

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

2. Jahrgang

Heft 2·2013



Themenschwerpunkt:
Arbeit und Sucht

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Herausgeber

Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
michael.musalek@api.or.at

Dr. Martin Poltrum
martin.poltrum@api.or.at

Dr. Oliver Scheibenbogen
oliver.scheibenbogen@api.or.at

Chefredakteurin

Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@api.or.at

Verlag

Pabst Science Publishers
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich
Tel. +49 (0)5484 308
Fax +49 (0)5484 550
<http://www.pabst-publishers.de>
<http://www.psychologie-aktuell.com>

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst
wp@pabst-publishers.com
Erika Wiedenmann
wiedenmann@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert
haarlammert@pabst-publishers.com
Herstellung: Bernhard Mündel

Urheber- und Verlagsrechte: Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit den im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Bestellservice und Abonnement

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise und Bezugsbedingungen:
Jahresabonnement: Inland 50,- €, Ausland 50,- €;
Einzelausgabe: 15,- € (Preise inkl. Versandkosten und MwSt.).

Bestellservice:
vahrenhorst@pabst-publishers.com
Tel. +49 (0)5484 97234
Fax +49 (0)5484 550

Soweit im Abonnementsvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Titelbild: Sonja Bachmayer

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

2. Jahrgang · Heft 2-2013

Themenschwerpunkt

Arbeit und Sucht

Inhalt

- 66 Editorial
Irene Schmutterer
- 68 „Arbeitssucht – (k)ein alter Hut“ –
Alte Fundstellen und neue Fakten zur Arbeitssucht
Stefan Poppelreuter
- 85 Alkohol und andere Drogen am Arbeitsplatz
Wolfgang Beiglböck, Senta Feselmayer
- 93 Therapeutikum Arbeit.
Kontraindikationen, Nebenwirkungen und Compliance
*Oliver Scheibenbogen, Ursula Prazak, Leopold Rossmann,
Gerlinde Antensteiner*
- 104 Burnout und Sucht – mehrperspektivisch betrachtet
Rezension: Burnout. Glut und Asche
Martin Tauss
- 107 Leerlauf und Langeweile – Sucht durch Boreout?
Elisabeth Prammer
- 111 Bildstrecke:
Chris Saupper – Héroes del Trabajo/Helden der Arbeit
- 113 Bildstrecke:
Christian Stock – „Würfelbilder“
- 115 Achtsamkeit als Haltung und Basis therapeutischer
Veränderungsprozesse – Chancen für die Suchtbehandlung
Andreas Rimmel, Britta Rimmel-Richarz, Martin Tauss
- 128 Hilfen für Angehörige pathologischer Spieler –
Praktikabilität des Entlastungstrainings ETAPPE
*Ursula Gisela Buchner, Annalena Koytek, Tanja Gollrad,
Melanie Arnold, Norbert Wodarz*
- 134 Mit großen Aufgaben verkehren.
Rezension: Musen und Sirenen. Ein Essay über das Leben als Spiel
Peter Natter
- 66 Nachrichtenübersicht

Nachrichtenübersicht

- 84 Beratung verringert Alkoholschäden bei Neugeborenen
- 92 Drogenmissbrauch: Immer mehr Abhängige von „Crystal Meth“
- 103 Online-Beratung: Hilfe für Eltern suchtgefährdeter Kinder
- 138 Elektrische Zigaretten – ein unkontrollierter Versuch am Verbraucher
- 139 Münstersches Forscherteam etabliert neues Verfahren zur Cannabis-Analyse
- 140 Konsum von Designerdrogen steigt rasant an
- Computerprogramm erleichtert die Erkennung von Medikamentenmissbrauch
- 141 HPV-Impfung beugt oralen Infektionen vor
- Alkoholismus: Immunsuppressivum könnte Rückfälle verhindern
- 142 Verschärfung von EU-Tabakgesetz nimmt parlamentarische Hürde
- Immer mehr alte Menschen leiden unter Suchterkrankungen
- Erfolgreiche Raucherentwöhnung im Krankenhaus
- 143 Ritalin könnte gegen Kokainabhängigkeit helfen
- Erstes Besäufnis entscheidender als erster Kontakt mit Alkohol
- 144 Taufliegen schützen Larven mit Alkohol
- Mit Diät-Limo gemixt steigt der Longdrink schneller zu Kopf

Editorial

„Arbeit und Sucht“ lautet das Schwerpunktthema dieser Ausgabe. Die Beiträge reichen von Arbeitssucht über Burnout und Boreout bis zu betrieblicher Suchtprävention und beruflicher Reintegration ehemals Suchtkranker. Zudem bringen wir auch wieder Beiträge abseits unserer Schwerpunktsetzung: diesmal zu den Themen Achtsamkeit und Angehörige pathologischer Spieler.

Den Anfang macht Deutschlands Arbeitssuchtexperte Nr. 1, der zum Thema Arbeitssucht promovierte Psychologe Stefan Poppelreuter mit seinem Beitrag „Arbeitssucht – (k)ein alter Hut“. In diesem weist er zum einen – auf alte Fundstellen zeigend – darauf hin, dass das Phänomen Arbeitssucht kein neues ist, und skizziert zum anderen – wissenschaftliche Arbeiten diskutierend – den aktuellen Forschungsstand, betonend, dass das Phänomen, trotz Hinzukommens immer wieder neuer wissenschaftlicher Arbeiten, noch sehr unzureichend abgesteckt, beschrieben und beforscht ist.

In unserem zweiten Beitrag geht es um den problematischen und abhängigen Konsum von Suchtmitteln – in erster Linie Alkohol – am Arbeitsplatz und um Möglichkeiten der betrieblichen Suchtprävention. Wolfgang Beiglböck und Senta Feselmayer, die über eine langjährige Erfahrung in der Beratungen und Schulung von Unternehmen in diesem Bereich verfügen, geben hier Einblick in historische Entwicklungen, ökonomische Grundlagen und Entstehungsbedingungen und vermitteln Möglichkeiten der Prävention und Implementierung von Maßnahmen, um der Problematik bestmöglich zu begegnen.

Unser dritter Beitrag ist der beruflichen Reintegration Suchtkranker gewidmet. Erwerbsarbeit hat in unserer Gesellschaft einen zentralen Stellenwert. Sie dient der Einkommenssicherung, ist identitätsstiftend, bringt sozialen Status und meist auch soziale Integration mit sich. Sie birgt aber auch die Gefahr negativer Erfahrungen, wie Ablehnung und Abwertung, die in Summe maßgeblich zu so-

zialer Desintegration beitragen können. Oliver Scheibenbogen, Ursula Prazak, Leopold Rossmann und Gerlinde Antensteiner, die alle an der Suchtklinik Anton-Proksch-Institut im Bereich der beruflichen Reintegration tätig sind, betonen in ihrem Beitrag Stellenwert und Herausforderungen der beruflichen Reintegration Suchtkranker und zeigen anhand mehrerer Projekte die Gratwanderungen, die es bei dieser Aufgabe zu bewältigen gilt.

Das Thema Burnout wird in unserer Schwerpunktausgabe zu Arbeit und Sucht im Rahmen einer Rezension behandelt. Der Wissenschaftsjournalist Martin Tauss bespricht für uns den von Michael Musalek und Martin Poltrum herausgegebenen Sammelband „Glut und Asche – Burnout. Neue Aspekte der Diagnostik und Behandlung“.

Dem Burnout nicht unähnlich wird seit geraumer Zeit das Phänomen des sogenannten Boreout beschrieben. Nicht das Brennen für, sondern Unterforderung und Langeweile mit den eigenen Arbeitsaufgaben führen hier – so die Definition – zu Krankheitssymptomen. Die zum Thema Boreout promovierte Soziologin Elisabeth Prammer klärt in ihrem Beitrag nicht nur über den Ursprung des Begriffs und dessen Bedeutung auf, sondern liefert darüber hinaus Einblicke in das Phänomen anhand von Aussagen interviewter Boreout-Betroffener.

Als Bildstreifen zeigen wir diesmal Chris Sauppers „Helden der Arbeit“ und die in ihrer

Entstehung mit langjährigem Arbeitsaufwand verbundenen „Würfelbilder“ von Christian Stock.

Unser erster Beitrag abseits des Schwerpunkts „Arbeit und Sucht“ widmet sich der Achtsamkeit. Achtsamkeit ist ein Thema, das zurzeit im Bereich des Gesundheitswesens immer häufiger Erwähnung findet. Andreas Remmel, ärztlicher Direktor des Psychosomatischen Zentrums Waldviertel – Klinik Eggenburg, Britta Remmel-Richarz, ebenfalls ärztlich am Psychosomatischen Zentrum Waldviertel tätig, und Martin Tauss, Wissenschaftsjournalist, zeigen in ihrem Beitrag über Achtsamkeit auf, wie diese als Haltung und Basis therapeutischer Veränderungsprozesse in der Behandlung von Suchtkranken genutzt werden kann.

Über die Praktikabilität eines neuen Entlastungstrainingsprogramms für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – kurz ETAPPE – berichten Ursula Gisela Buchner, Psychologin an der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS, Landesstelle Glücksspielsucht, und KollegInnen in einem weiteren Beitrag.

Abschließend bringen wir eine Rezension von Peter Natter über Martin Poltrums „Musen und Sirenen“ – einem philosophischen „Essay über das Leben als Spiel“.



Mag. Irene Schmutterer

Soziologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin des Bereichs Suchtpräventionsforschung und Dokumentation (SucFoDok) am Anton-Proksch-Institut, Wien.
irene.schmutterer@api.or.at

„Arbeitssucht – (k)ein alter Hut“ – Alte Fundstellen und neue Fakten zur Arbeitssucht

Stefan Poppelreuter

„Descansar es salud“ („Ausruhen ist gesund“)
Spanisches Sprichwort

„Thank God, it's Monday“
(„Gott sei Dank, es ist Montag“)
Wahlspruch englischsprachiger
Arbeitssüchtiger

Einleitung

Die Begriffe „Workaholic“ und „Arbeitssucht“ sind selbstverständlicher Bestandteil unserer Alltagssprache geworden. Wo man auch hinhört, findet man Menschen, die sich selbst oder andere mit diesen Begrifflichkeiten beschreiben, auf die Schippe nehmen oder glorifizieren. Bezeichnet man jemand anderen als arbeitssüchtig, kann das Beleidigung oder höchstes Lob sein. Benutzt man diesen Begriff, um sich selbst zu charakterisieren, so kann dies Hinweis auf eine schwerwiegende Problematik, aber auch der Versuch sein, sich selbst als besonders wertvolles Mitglied der Arbeitsgesellschaft darstellen zu wollen. Alleine diese Tatsache zeigt schon, dass das Phänomen der Arbeitssucht vielschichtig und vor allem in seiner Bewertung höchst umstritten ist. Spannend und erfreulich ist dabei, dass die alltäglichen Begriffe von der Arbeitssucht und dem Workaholic inzwischen auch Eingang in den Bereich wissenschaftlicher Forschung gefunden haben. Allerdings ist bislang weitestgehend ungeklärt, ob der allgemeine Gebrauch des Begriffs Arbeitssucht – sozusagen das „Laienverständnis“ – mit den Standpunkten von Wissenschaftlern und deren empirischen Erkenntnissen übereinstimmt. Für die meisten Menschen ist Arbeitssucht gleichzusetzen mit einer hohen Hingabe an die Arbeit, wobei mit Arbeit in der Regel die Erwerbs-/Berufsarbeit gemeint ist. Ob jemand arbeitssüchtig ist oder nicht, hängt nach der Auffassung vieler einzig und allein von der Zahl der Stunden ab, die jemand pro Woche arbeitet. Dass diese Einschätzung irreführend ist, ist in wissenschaftlichen Studien zwar immer

wieder betont worden (z.B. Poppelreuter, 1996, 1997), hat sich aber noch nicht in der kollektiven Wahrnehmung durchsetzen können. Zudem, wir wissen nach wie vor recht wenig über das Phänomen des exzessiven Vielarbeitens, der Arbeitssucht. Auffällig ist insbesondere, dass es anfänglich kaum Bemühungen gegeben hat, sich der Arbeitssucht wissenschaftlich und vor allem empirisch zu nähern. Viele Publikationen zur Thematik basieren weder auf der klaren Definition der Arbeitssucht, noch auf zuverlässigen Messinstrumenten zu deren Erfassung. Ebenso finden sich kaum Studien, die anhand empirischer Erhebungen das Phänomen der Arbeitssucht zu fassen versucht haben.

Arbeitssucht – ein literarisches und wissenschaftliches Streiflicht

Arbeitssucht – das Wort ist uns durchaus geläufig. Gerne bezeichnen wir einen Menschen mit zahlreichen Überstunden als „Workaholic“, als einen Arbeitssüchtigen. Doch woher stammen diese Begriffe überhaupt? Und was bedeuten sie eigentlich?

Für den angloamerikanischen Sprachraum wird immer wieder Oates (1971) als „Erfinder“ des Begriffs „Workaholic“ genannt. Allerdings fand der Begriff auch schon in einem Artikel des „Wall Street Journals“ vom 02.02.1971 Erwähnung, der sich mit der Problematik von Unternehmen befasste, ihre Belegschaft zum Nach-Hause-Gehen zu bewegen, wenn diese befürchten musste, aufgrund einer wirtschaftlich schlechten Lage ihre Arbeit zu verlieren. Schon in diesem Artikel werden Arbeitssüchtige als Persönlichkeiten beschrieben, die dringend therapeutische Hilfe benötigen, da sie sich ansonsten zu Tode arbeiten würden. Über 40 Jahre später sieht die Welt nicht anders aus. Auch heute gibt es ein zunehmendes Augenmerk auf die Menschen, die sich in unserer Gesellschaft „kaputt arbeiten“. Nur wird hier nicht von Arbeitssucht gesprochen – vielmehr ist Burnout der Begriff der Stunde.

Der bereits erwähnte Oates (1971) gibt an, dass „Workaholism“ ein von ihm geschaffener Neologismus sei, der – in Anlehnung an den Begriff „alcoholism“ – ein exzessives Bedürfnis nach Arbeit bezeichnet, welches ein solches Ausmaß erreicht hat, dass es zu unübersehbaren Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit, des persönlichen Wohlbefindens, der interpersonalen Beziehungen und/oder des von Oates (1971) so bezeichneten „sozialen Funktionierens“ allgemein kommt.

Für den deutschsprachigen Raum wird häufiger Mentzel (1979) als erster Autor benannt, der sich mit dem Phänomen der „Arbeitssucht“ befasst bzw. den Begriff in Deutschland bekannt gemacht hat. Eine genauere Analyse zeigt jedoch, dass die „Arbeitssucht“ schon sehr viel früher in wissenschaftlichen Aufsätzen Erwähnung fand, obgleich die beobachteten und beschriebenen Phänomene z.T. nicht unter diesem Stichwort fungierten. Auch wurde der Begriff der „Arbeitssucht“ zuvor schon aufgegriffen (so z.B. bei Kielholz, 1973, bei v. Gebssattel, 1954, oder Laubenthal, 1964, ist von „Arbeitswut“ die Rede).

Die Industriepsychologie und die Arbeitssucht

Der 1887 in Wiesbaden geborene Sozialpsychologe Wladimir Eliasberg war einer der ersten, der die Erkenntnisse seiner Wissenschaft im Bereich der Industriearbeit und der industriellen Arbeitsbeziehungen anwendete. Und auch wenn er den Begriff der „Arbeitssucht“ nicht verwendet hat, so finden sich in seinen Texten zur Arbeitsmotivation doch Beschreibungen von Einstellungs- und Verhaltensmustern, mit denen heute auch Arbeitssüchtige beschrieben werden. In einer 1926 erschienenen Arbeit beschäftigt sich Eliasberg mit den unterschiedlichen von ihm so genannten „Motivationsstufen“ der Arbeit, die er benutzt, um verschiedene Typen von Arbeitsverhalten zu differenzieren. Im Einzelnen unterscheidet er die folgenden Motivationsstufen:

1. den Zwang,
2. die freiwillige rationale Einordnung,
3. die übermäßige rationale Einordnung,
4. die Hingabe,
5. die Revolte,
6. die Selbstbestimmung.

Die ersten fünf Motivationsstufen begreift Eliasberg (1926) als stark von außen determiniert, während auf der Stufe der Selbstbestimmung die Arbeit ganz aus dem inneren Wesen der Persönlichkeit heraus geleistet wird. In den Begrifflichkeiten der modernen Motivations-

Personen, die auf der Stufe der übermäßig rationalen Einordnung stehen, „gehen ganz und gar in der Tätigkeit auf; sie sind unübertrefflich an Gewissenhaftigkeit und Sorgfalt. Sie verlangen kein Lob, aber sie sind äußerst empfindlich gegen Tadel und namentlich gegen jeden Eingriff in ihre vermeintlichen Rechte auf gerade diese Tätigkeit. Niemand darf ihnen da hineinreden. Wenn der Beamte versetzt werden soll, gibt es einen querulatorischen Kampf um die Dienststelle und bei ungünstigem Entscheid Selbstmord. (...) Auch unter jungen Kontoristinnen, Verkäuferinnen und Stenotypistinnen gibt es viele, die ohne das Gefühl der Unentbehrlichkeit nicht arbeiten können. Nicht etwa, weil sie sich selbst ihre Stelle sichern wollen, sondern aus einer Art Eifersucht heraus, die aber unerotisch ist. Auch die Empfindlichkeit als Kehrseite dieser übertriebenen Hingabe an das Geschäft ist vorhanden. Und ein weiteres Moment, das bei den älteren Personen nicht so deutlich ist, kann man bei ihnen gut beobachten: Das ganze Innenleben verkümmert. Mit der Freizeit wissen sie nichts anzufangen, es sei denn, dass ihnen das Geschäft noch weiter nachgeht. Sie werden ungesellig, vereinsamen. Aber die Natur rächt sich. Sie hat in die menschliche Organisation Forderungen gelegt, auf die sie nicht verzichtet. Und beides zusammen, der Ehrgeiz (...) und die Nichtbefriedigung tiefster Forderungen, führt früher oder später zu nervösen Symptomen verschiedenster Art.

psychologie würde man hier heute wohl von intrinsischer Motivation sprechen. Es würde zu weit führen, hier alle von Eliasberg (1926) beschriebenen Motivationsstufen im Einzelnen zu beleuchten. Es fällt aber auf, dass er Personen, die auf der dritten Motivationsstufe stehen („Übermäßige rationale Einordnung“) mit Begrifflichkeiten, Einstellungen und Verhaltensweisen beschreibt, die denen einer bestimmten Gruppe von heute so genannten Arbeitssüchtigen sehr nahe kommen (vgl. Kasten 1).

Die Formulierungen Eliasbergs (1926) mögen antiquiert erscheinen, aber im Kern beschreiben sie das, was heute – neben anderen Merkmalen – auch Arbeitssüchtigen nachgesagt wird. Und Eliasbergs (1926) Hinweis auf die natürlichen Bedürfnisse des Menschen, deren Nichtbefriedigung zu psychischen Auffälligkeiten führt, ist nichts anderes als die heute immer wieder aufgestellte Forderung nach einer ausgeglichenen Work-Life-Balance.

Kasten 1

Arbeitssucht in den Motivationsstufen der Arbeit nach Eliasberg (1926)

Kasten 2

Die „Sonntagsneurose“ als Symptom der Arbeitssucht nach Ferenczi (1919, S. 260 ff.; alle Kursivsetzungen im Original)

„Ich behandelte mehrere Neurotiker, deren spontan erzählte oder während der Analyse reproduzierte Krankheitsgeschichte die Angabe enthielt, gewisse nervöse Zustände hätten sich bei ihnen (...) an bestimmten Wochentagen, dann aber regelmäßig eingestellt. Die Mehrzahl verspürte die periodische Wiederkehr der Störungen an *Sonntagen*. Zumeist handelte es (s)ich um *Kopfschmerzen* oder *Magen-Darmstörungen*, die sich ohne besondere Ursache an diesem Tage einzustellen pflegten, und den (...) Leuten den einzigen freien Tag der Woche oft gründlich verdarben. Ich brauche wohl nicht zu versichern, dass ich dabei die Möglichkeit rationeller Ursachen nicht außer Acht ließ. Auch die Patienten selbst bemühten sich – scheinbar mit Erfolg – um eine sinngemäße Erklärung dieser sonderbaren zeitlichen Bestimmtheit ihrer Zustände und wollten sie mit der diätischen Sonderstellung des Sonntags in Zusammenhang bringen. Am Sonntag schläft man länger als sonst, darum hat man Kopfschmerzen, sagten die einen; Sonntags ißt man so viel und so gut, darum verdirbt man sich so leicht den Magen, sagten die anderen. Ich will auch die Wirksamkeit dieser rein somatischen Momente in der Hervorhebung der sonntäglichen Periodizität nicht in Abrede stellen. Manches spricht aber dafür, dass diese physiologischen Momente den Tatbestand nicht erschöpfen. Der Kopfschmerz z.B. kommt auch, wenn die Schlafdauer am Sonntag von der der übrigen Tage nicht verschieden war, und die Magenbeschwerden meldeten sich auch, wenn die Umgebung und der Patient selbst schon gewarnt waren und die Diät an diesem Tage prophylaktisch einschränkten.“

Einige Abschnitte weiter berichtet Ferenczi (1919, S. 262), „dass es außer der periodischen, aber rasch vorübergehenden ‚Sonntagsneurose‘ auch protrahiertere ‚Ferialneurosen‘ gibt. Die damit Behafteten sind während ihrer Schul- oder Amtsferien stets von mehr oder minder lästigen psychischen Zuständen geplagt. Abgesehen von den oben erwähnten ‚kleinen Hysterien‘, ist hier eine eigenartige Stimmungsveränderung recht häufig. Ich meine eine gewisse *spannungsvolle Langeweile*, die die Betreffenden mit keinerlei Zerstreuung hindern können, gepaart mit einer für sie selbst quälenden Arbeitsunfähigkeit. ‚Faulheit mit Gewissensbissen‘, ‚eine Faulheit, derer man sich nicht erfreuen kann‘, mit diesen Ausdrücken versuchte ein von ihr Betroffener diese Stimmung zu charakterisieren.“

Arbeitssucht in psychoanalytischen Kasuistiken

Eine Arbeit des ungarischen Psychoanalytikers Sandor Ferenczi aus dem Jahre 1919 beschäftigt sich mit „Sonntagsneurosen“, die er bei einem Teil seiner Patienten diagnostizierte. Damit bezeichnet Ferenczi (1919) regelmäßig am Sonntag wiederkehrende Beschwerden wie Kopfschmerzen, Unwohlsein, Erbrechen usw. Das Auftreten der Beschwerden wird als Reaktion auf die fehlende Arbeit am Sonntag interpretiert. Ferenczi (1919) betrachtet die Betroffenen als von der Arbeit abhängig wie Morphinisten von ihrem gewohnten Gift (siehe Kasten 2).

Arbeitssucht und die „Freizeitkrankheit“

In der Auslegung von Wacker (1987) beschreibt Ferenczi (1919) nichts anderes als muße- und freizeitunfähige Personen. Diese Merkmale kennzeichnen in der heutigen Zeit unter anderem ebenfalls den „Arbeitssüchtigen“. Interessanterweise sind die Sonntagsneurosen kein Phänomen der Epoche Ferenczis. Nach den Ergebnissen einer Studie von Vingerhoets, van Huijgevoort und van Heck (2002) von der Universität in Tilburg/Niederlanden leiden rund 3% der (niederländischen) Bevölkerung an der so genannten „Freizeitkrankheit“. Dabei erkranken die Betroffenen an den Wochenende meist an Kopfschmerzen oder Migräne, Erschöpfung, Muskelschmerzen oder Übelkeit (man vergleiche die Parallelen zu Ferenczi, 1919), im Urlaub hingegen treten eher Erkältungen oder grippale Infekte auf. Von den fast 1.900 für die Studie befragten Personen gaben 3,6% der Männer und 2,7% der Frauen an, regelmäßig am Wochenende zu erkranken und jeweils 3,2% der Befragten werden oft in der zweiten Urlaubswoche krank. Die meisten der Betroffenen leiden schon seit über 10 Jahren an der Freizeitkrankheit, wobei das erste Auftreten der Erkrankung häufig mit einem einschneidenden Lebensereignis zusammenhängt, etwa der Aufnahme eines neuen Jobs, der Heirat oder der Geburt des ersten Kindes.

Lebensstil- oder Freizeitgestaltungsvariablen spielen für diese Symptomatiken offensichtlich keine entscheidende Rolle, denn in Bereichen wie dem Kaffeekonsum oder aber den Rauch-, Trink- und Schlafgewohnheiten verhielten sich „Freizeitkranke“ ähnlich wie eine nicht betroffene Kontrollgruppe. Vingerhoets, van Huijgevoort und van Heck (2002) nehmen vielmehr an, dass eine hohe Arbeitsbelastung, ein ausgeprägter Leistungswille und Hang zum Perfektionismus, starkes Verant-

wortungsgefühl im Beruf und die Unfähigkeit, sich in der Freizeit zu entspannen, Ursache für die Symptomatiken sind. Vergleicht man diese Ursachenfaktoren mit den Erkenntnissen über Einstellungen und Verhaltensweisen von Arbeitssüchtigen, sind Parallelen unübersehbar.

Auch der Sozialismus geißelt die Arbeitssucht

Der französische Sozialist Paul Lafargue, Schwiegersohn von Karl Marx, beklagte schon 1883 in seiner Schrift „Das Recht auf Faulheit“ die Folgen der Arbeitssucht. Er benutzte sogar den Begriff der Arbeitssucht (siehe Kasten 3).

Lafargue beschreibt nicht nur die Folgen der Überbetonung der Arbeit aus seiner Sicht, er

„Eine seltsame Sucht beherrscht die Arbeiterklasse aller Länder, in denen die kapitalistische Zivilisation herrscht. Diese Sucht, die Einzel- und Masseneleid zur Folge hat, quält die traurige Menschheit seit zwei Jahrhunderten. Diese Sucht ist die Liebe zur Arbeit, die rasende Arbeitssucht, getrieben bis zur Erschöpfung der Lebensenergie des Einzelnen und seiner Nachkommen. Statt gegen diese geistige Verirrung anzukämpfen, haben die Priester, die Ökonomen und die Moralisten die Arbeit heilig gesprochen. Blinde und beschränkte Menschen, haben sie weiser sein wollen als ihr Gott; schwache und unwürdige Geschöpfe, haben sie das, was ihr Gott verworfen hat, wiederum zu Ehren zu bringen gesucht. Ich, der ich weder Christ, noch Ökonom, noch Moralist bin, ich appelliere von ihrem Spruch an den ihres Gottes, von den Vorschriften ihrer religiösen, ökonomischen oder freidenkerischen Moral an die schauerlichen Folgen der Arbeit in der kapitalistischen Gesellschaft.

In der kapitalistischen Gesellschaft ist die Arbeit die Ursache des geistigen Verkommens und körperlicher Verunstaltung. Man vergleiche die von einem menschlichen Dienerpack bedienten Vollblutpferde in den Ställen eines Rothschild mit den schwerfälligen normannischen Gäulen, welche das Land beackern, den Mistwagen ziehen und die Ernte einfahren. Man betrachte den edlen Wilden, wenn ihn die Missionare des Handels und die Vertreter in Glaubensartikeln noch nicht durch Christentum, Syphilis und das Dogma der Arbeit verdorben haben, und dann vergleiche man mit ihm unsere elenden Maschinensklaven. Will man in unserem zivilisierten Europa noch eine Spur der ursprünglichen Schönheit des

Menschen finden, so muß man zu den Nationen gehen, bei denen das wirtschaftliche Vorurteil den Haß gegen die Arbeit noch nicht ausgerottet hat. Spanien, das -ach!- verkommt, darf sich rühmen, weniger Fabriken zu besitzen als wir Gefängnisse und Kasernen; aber der Künstler genießt, den kühnen, kastanienbraunen, gleich Stahl elastischen Andalusier zu bewundern; und unser Herz schlägt höher, wenn wir den in seinem durchlöcherten Umhang majestätisch bekleideten Bettler einen Herzog von Orsana mit »Amigo« anreden hören. Für den Spanier, in dem das ursprüngliche Tier noch nicht ertötet ist, ist die Arbeit die schlimmste Sklaverei. Auch die Griechen hatten in der Zeit ihrer höchsten Blüte nur Verachtung für die Arbeit; den Sklaven allein war es gestattet zu arbeiten, der freie Mann kannte nur körperliche Übungen und Spiele des Geistes. Das war die Zeit eines Aristoteles, eines Phidias, eines Aristophanes, die Zeit, da eine Handvoll Tapferer bei Marathon die Horden Asiens vernichtete, welches Alexander bald darauf eroberte. Die Philosophen des Altertums lehrten die Verachtung der Arbeit, diese Herabwürdigung des freien Menschen; die Dichter besangen die Faulheit, diese Gabe der Götter: „O Meliboea, Deus nobis haec otia fecit.“ („Oh Meliboea, ein Gott schenkte uns diesen Müßiggang“, Vergil, Bucolica; Anm. d. Verf.)

Christus lehrt in der Bergpredigt die Faulheit: „Sehet die Lilien auf dem Felde, wie sie wachsen; sie arbeiten nicht, sie spinnen nicht, und doch sage ich Euch, daß Salomo in all seiner Pracht nicht herrlicher gekleidet war.“

Jehova, der bärtige und sauertöpfische Gott, gibt seinen Verehrern das erhabenste Beispiel idealer Faulheit: Nach sechs Tagen Arbeit ruht er auf alle Ewigkeit aus. Welches sind dagegen die Rassen, denen die Arbeit ein organisches Bedürfnis ist? Die Auvergnaten; die Schotten, diese Auvergnaten der Britischen Inseln; die Galizier, diese Auvergnaten Spaniens; die Pommern, diese Auvergnaten Deutschlands; die Chinesen, diese Auvergnaten Asiens. Welches sind in unserer Gesellschaft die Klassen, welche die Arbeit um der Arbeit willen lieben? Die Kleinbauern und Kleinbürger, welche, die einen auf ihren Acker gebückt, die anderen ihren Geschäften hingegeben, dem Maulwurf gleichen, der in seiner Höhle herumwühlt und sich nie aufrichtet, um mit Muße die Natur zu betrachten.

Und auch das Proletariat, die große Klasse, die alle Produzenten der zivilisierten Nationen umfasst, die Klasse, die, indem sie sich befreit,

Kasten 3

Die Arbeitssucht in den Schriften von Paul Lafargue (vgl. Fetscher 1966, S. 19 ff.)

die Menschheit von der knechtischen Arbeit befreien und aus dem menschlichen Tier ein freies Wesen machen wird, das Proletariat hat sich, seine Instinkte verleugnend und seine geschichtliche Aufgabe verkennend, von dem Dogma der Arbeit verführen lassen. Hart und schrecklich war seine Züchtigung. Alles individuelle und soziale Elend entstammt seiner Leidenschaft für die Arbeit.“

Kasten 4

Arbeitssucht
bei Wilhelm Busch (1959)

Wirklich, er war unentbehrlich!
Überall, wo was geschah
Zu dem Wohle der Gemeinde,
Er war tätig, er war da.
Schützenfest, Kasinobälle,
Pferderennen, Preisgericht,
Liedertafel, Spritzenprobe,
Ohne ihn, da ging es nicht.
Ohne ihn war nichts zu machen,
Keine Stunde hatt' er frei,
Gestern, als sie ihn begruben,
War er richtig auch dabei.

Kasten 5

Gustav Flaubert (1952) –
ein Arbeitssüchtiger?

„Ich liebe meine Arbeit mit einer frenetischen,
pervertierten Liebe, wie ein Asket sein härenes
Hemd, das ihm den Bauch zerkratzt.“

Kasten 6

Die Folgen zwanghaft-
arbeitssüchtiger
Verhaltensmuster bei
Thomas Buddenbrook
(Mann 2001, S. 466 ff.)

Wie bis zur Unkenntlichkeit verändert sein Gesicht sich ausnahm, wenn er sich allein befand! Die Muskeln des Mundes und der Wangen, sonst diszipliniert und zum Gehorsam gezwungen, im Dienste einer unaufhörlichen Willensanstrengung, spannten sich ab, erschlafften; wie eine Maske fiel die längst nur noch künstlich festgehaltene Miene der Wachheit, Umsicht, Liebenswürdigkeit und Energie von diesem Gesichte ab, um es in dem Zustande einer gequälten Müdigkeit zurückzulassen; die Augen mit trübem und stumpfen Ausdruck auf einen Gegenstand gerichtet, ohne ihn zu umfassen, röteten sich, begannen zu tränen – und, ohne Mut zu dem Versuche, auch noch sich selber zu täuschen, vermochte er von allen Gedanken, die schwer, wirr und ruhelos seinen Kopf erfüllten, nur den einen, verzweifelten festzuhalten, daß Thomas Buddenbrook mit zweiundvierzig Jahren ein ermatteter Mann war.

(...) Solchen Maßregeln entsprach das freudlose Tempo, das der Geschäftsgang angenommen hatte. Nichts war mehr zu verspü-

ren von dem neuen und frischen Geiste, mit dem der junge Thomas Buddenbrook einst den Betrieb belebt hatte, – und sein Socius, Herr Friedrich Wilhelm Marcus, welcher, nur mit geringem Kapitale beteiligt, in keinem Falle bedeutenden Einfluß besessen hätte, war von Natur und Temperament jeder Initiative barm.

liefert direkt auch eine „Landkarte der Arbeitssüchtigen“ mit, die sich bezeichnenderweise mit auch heute noch vorfindbaren Vorurteilen gegenüber der Arbeitsmoral unterschiedlicher Völker deckt. Man denke nur an die angebliche südländische Müßigkeit im Arbeitsleben oder den immer wieder kolportierten Fleiß der Chinesen. Dass ausgerechnet die Griechen keine allzu ausufernde Arbeitsmoral vorzuweisen haben, dürfte manchem Euroskeptiker angesichts der aktuellen Wirtschaftskrise in Europa in die Karten spielen.

Arbeitssucht und Literatur

Nicht zuletzt auch die Literatur bietet Beispiele für arbeitssüchtige Verhaltensweisen. So greift ein kleines Gedicht von Wilhelm Busch (1959) auf ironische Weise die übermäßige Aktivität arbeitssüchtiger Menschen auf (Kasten 4), und auch Gustav Flaubert (1852) beschreibt in seiner Korrespondenz seine ganz persönliche Beziehung zur Arbeit (Kasten 5).

Und schließlich lassen sich auch in Thomas Manns „Buddenbrooks“ (2001) Beschreibungen der Auswirkungen des Lebens- und Arbeitsstiles von Thomas Buddenbrook finden, der sehr an zwanghaft-arbeitssüchtiges Verhalten erinnert (Kasten 6).

Wissenschaftliche Entwicklungen in den USA und in Deutschland

In der wissenschaftlichen Erforschung von Arbeitssucht hat sich in der Zwischenzeit die Lage etwas gebessert. In den USA durchgeführte Forschungen zur Arbeitssucht können auf zuverlässigere Erfassungsinstrumente, ausgefeiltere wissenschaftliche Studien und die Einbindung von „tatsächlichen“ Arbeitssüchtigen zurückgreifen. Doch wie ist die Lage in Deutschland? Auch hier gab es, mit einer gewissen Verzögerung im Vergleich zu den USA, in den 1970er Jahren ein erstes Interesse am Phänomen der Arbeitssucht. Zwar tauchte der Begriff von der Arbeitssucht vereinzelt sowohl in der Wis-

senschaft als auch in der Literatur auf, aber es war ein Artikel von Gerhard Mentzel, seinerzeit Ärztlicher Direktor der Hardtwaldklinik II in Bad Zwesten, einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik in Nordhessen, der sich erstmalig in der deutschen Fachliteratur mit der Arbeitssucht befasste. Schon damals stellte Mentzel einen an die Fragebögen der Anonymen Alkoholiker zur Erfassung von Alkoholproblemen angelehnten Fragebogen zur Erfassung von Arbeitssucht vor. In der Folge sollte es aber weitere 10 Jahre dauern, bis Sabine Rentrop eine erste auf qualitativen Daten beruhende Studie zum süchtigen Arbeiten vorlegte. Da diese Untersuchung jedoch nur auf wenige Interviewdaten zurückgreifen konnte, musste die Reichweite ihrer Aussagen als gering betrachtet werden. Erst Mitte der 90er Jahre erschien die erste empirische Studie zum Thema Arbeitssucht in Deutschland. Diese von Poppelreuter vorgelegte Arbeit basierte zwar auch nur auf relativ kleinen Stichproben, stellte aber aufgrund ihrer hypothesengeleiteten und methodisch fundierten Vorgehensweise einen ersten Markierungspunkt in der Erforschung der Arbeitssucht in Deutschland dar.

Arbeitssucht – nach wie vor wenig Wissen, viel Anekdote

Wer gehofft hatte, dass hiervon ein Aufbruchsignal zur systematischeren und intensiveren Erforschung der Arbeitssucht ausgehen würde, der sah sich getäuscht. Inzwischen hat es zwar weitere vereinzelte Studien und (Teil-)Untersuchungen zur Arbeitssucht gegeben, und das Feld der nicht-stoffgebundenen Süchte – zu denen neben der Arbeitssucht auch Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. die Spielsucht, die Kaufsucht oder die Online-Sucht gehören – findet auch im wissenschaftlichen Bereich immer größere Aufmerksamkeit. Insgesamt aber ist festzuhalten, dass der Wissensstand zur Arbeitssucht in Deutschland wie auch in den anderen Ländern, in denen überhaupt Arbeitssuchtforschung in nennenswertem Umfang betrieben wird – Nordamerika und Japan – nach wie vor noch gering ist. Insofern müssen die nachfolgenden Ausführungen, sei es zur Diagnostik, zur Prävalenz oder auch zur Intervention bei Arbeitssucht, mit gewisser Vorsicht gelesen werden.

Arbeitssucht – ein zunehmendes Problem?

Es lässt sich jedoch nicht länger verdrängen, dass es zunehmend Menschen gibt, die über ihren Umgang mit Arbeit, über ihre Unfähigkeit, abzuschalten und sich auch einmal eine Auszeit zu nehmen, klagen. In diesen Klagen stimmen auch immer mehr Partner/Partnerinnen oder Kinder von betroffenen Arbeitssüchtigen ein, die unter deren Einstellungs- und Verhaltensmustern zunehmend leiden. Und schließlich setzt sich auch auf Seiten der Unternehmen die Erkenntnis mehr und mehr durch, dass es zwar erstrebenswert ist, motivierte Angestellte zu haben, dass aber der Workaholic aufgrund zahlreicher Probleme und Schwierigkeiten, die er in Unternehmen, Organisationen und Verwaltungen hineinträgt, längst nicht das Idealbild des Mitarbeiters darstellt. Dass entsprechende Interventionsmaßnahmen der Unternehmen eher als „Work-Life-Balance“-Maßnahmen deklariert werden denn als Strategien zur Bekämpfung von Arbeitssucht, ändert nichts an der Tatsache, dass die Einsicht in die Notwendigkeit eines ausgewogenen – und damit in keiner Weise süchtigen, also auch nicht arbeitssüchtigen – Lebensstils auch auf Seiten der Unternehmen zunehmend spürbar ist.

Arbeitssucht – deskriptiv betrachtet

Versucht man den Begriff Arbeitssucht zu definieren, so muss man sich zwangsläufig auf der deskriptiven Ebene bewegen. So ließe sich Arbeitssucht ganz im Sinne von Oates (1971) beschreiben als ein exzessives Bedürfnis nach Arbeit, das ein solches Ausmaß erreicht hat, dass es für den Betroffenen zu unübersehbaren Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit, des persönlichen Wohlbefindens, der interpersonalen Beziehungen und des sozialen Funktionierens kommt. Eine solche „Definition“ wirft jedoch unmittelbar die Frage auf, wie Begriffe wie „exzessiv“, „unübersehbar“ und „Beeinträchtigungen“ genau zu erfassen sind. Im Alltagssprachgebrauch wird unter einem Arbeitssüchtigen eine Person verstanden, die außerordentlich viel in ihre Arbeit investiert und andere Lebensbereiche vernachlässigt. Nicht zuletzt aufgrund dieser Beschreibung des Arbeitssüchtigen als unausgeglichener oder unbalancierter Person findet sich die Arbeitssuchtproblematik heutzutage häufig in Work-Life-Balance-Trainings wieder.

Definitorische Schwierigkeiten – diagnostische Probleme

Wie schwierig eine Definition des Begriffs Arbeitssucht ist, zeigt die Tatsache, dass sich der Begriff Arbeitssucht trotz seiner weiten Verbreitung bislang nicht in der offiziellen medizinisch-psychiatrischen und psychologischen Diagnostik hat durchsetzen können. Die definitorischen Probleme finden ihre unmittelbare Widerspiegelung in diagnostischen Schwierigkeiten.

Dabei waren bereits Ende des 19. Jahrhunderts die allgemeinen Merkmale stoffgebundener und auch „stoffungebundener“ Suchterkrankungen wie beispielsweise der Alkoholabhängigkeit einerseits und der Spielsucht andererseits bekannt. Offensichtlich fand schon damals eine gewisse Gleichsetzung stoffgebundener und stoffungebundener Suchterkrankungen statt, zumindest was ihre diagnostischen Kriterien angeht. Kennzeichnend für den Konsum von psychotropen Substanzen (Alkohol, Drogen etc.) ist eine Reihe von Syndromen, die von der Intoxikation unmittelbar nach dem Konsum bis zum schädlichen Gebrauch (Missbrauch) und zum Abhängigkeitssyndrom reichen. Das Abhängigkeitssyndrom wiederum kann von Entzugssymptomen, Toleranzbildung bis hin zu erheblichen körperlichen und diversen schweren psychischen Beeinträchtigungen begleitet sein. Diese Beeinträchtigungen können sich sowohl auf körperlicher als auch auf Verhaltens- als auch auf geistig-seelischer Ebene äußern. Zu nennen sind in diesem Zu-

sammenhang beispielsweise das Auftreten von Entzugssymptomen beim plötzlichen Absetzen einer Substanz, der unwiderstehliche Wunsch, eine Droge zu konsumieren, der Kontrollverlust während des Konsums einer Substanz oder einer Substanzklasse sowie der Vorrang des Konsums gegenüber gesellschaftlichen, sozialen und rechtlichen Verpflichtungen.

Ein Zwischenfazit

Fassen wir zusammen: Arbeitssucht ist ein nur vordergründig neuzeitliches Phänomen. Wahrscheinlich gibt es übertriebene Fokussierungen auf die Arbeit schon solange, wie es die Arbeit selbst gibt, also seit dem Beginn der Menschheit. Dennoch stehen wir, was die wissenschaftliche Erforschung des Phänomens angeht, noch ganz am Anfang. Es gibt weder eine einheitliche Definition der Problematik, noch gibt es allgemein akzeptierte Kriterien zur Diagnose einer solchen Auffälligkeit. Schließlich ist noch nicht einmal unumstritten, ob es sich bei Arbeitssucht überhaupt um eine Problematik oder sogar eine Krankheit handelt. In diesem Zusammenhang ist ein Beitrag von Smith (2002) interessant, der sich mit der Frage beschäftigt, was überhaupt eine Krankheit ist und was nicht. Denn schon Ivan Illich (1976) schrieb, dass jede Gesellschaft ihre eigenen Krankheiten definiert. Was eine Krankheit in der einen Gesellschaft sei, sei in einer anderen möglicherweise eine chromosomale Abnormität, ein Verbrechen, Heiligkeit oder Sünde. Insofern, so Smith (2002), sei es von erheblicher Bedeutung festzustellen, welche Auffälligkeiten oder Probleme in einer Gesellschaft als Krankheiten begriffen würden, oder auch nicht. Eine sicherlich nicht repräsentative, aber dennoch bemerkenswerte Umfrage unter den Lesern des *British Medical Journal* (in der Regel Mediziner unterschiedlichster Fachrichtungen, insgesamt beteiligten sich 570 Personen an der Befragung) ergab nämlich eine „Hitliste“ der „Nicht-Krankheiten“ (siehe Kasten 7). Die Arbeit belegt auf dieser Liste Platz 2. Mit anderen Worten wird von den Teilnehmern dieser Umfrage die Arbeit nicht als Krankheit begriffen. Leider bleibt unklar, ob sich diese Einschätzung nur auf die Arbeit allgemein oder aber auch auf Arbeitsstörungen wie z.B. die Arbeitshemmung oder eben auch die Arbeitssucht bezieht. Betrachtet man jedoch die weiteren genannten „Nicht-Krankheiten“, so liegt die Vermutung nahe, dass die Arbeitssucht hier sicher nicht den Status einer Krankheit hat.

Die öffentliche Resonanz und auch die Präsenz der Thematik in allen Epochen der Menschheit lassen es jedoch notwendig und

Kasten 7

Die Hitliste der
„Nicht-Krankheiten“
(Smith, 2002)

Älterwerden
Arbeit
Langeweile
Tränensäcke
Ignoranz
Haarausfall
Sommersprossen
Große Ohren
Graues/weißes Haar
Hässlichkeit
Geburt eines Kindes
Allergie gegen das 21. Jahrhundert
Jetlag
Unglücklichsein
Zellulitis
Kater
Angst bezüglich der Penisgröße/Penisneid
Schwangerschaft
Ausrasten beim Autofahren
Einsamkeit

sinnvoll erscheinen, sich der Arbeitssucht intensiver zu widmen, und wenn es nur zum Nutzen derer geschieht, die unter der Problematik leiden. Dass dies nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren näheres und weiteres Umfeld – also z.B. die Angehörigen, Freunde, Kollegen, Mitarbeiter und Vorgesetzten – und schließlich auch die gesamte Gesellschaft sind, macht das Anliegen nur dringlicher.

Wie viele sind betroffen? Das Problem der Prävalenzaussage bei Arbeitssucht

Eine der beliebtesten – und auch der berechtigtesten – Fragen, wenn man über Krankheiten, psychische Auffälligkeiten oder Abweichungen spricht, ist die nach der Häufigkeit des Vorkommens. Wie viele Menschen sind betroffen, z.B. von Krebserkrankungen, von Gedächtnisproblemen und eben auch von Symptomatiken wie der der Arbeitssucht? Eine Auffälligkeit gilt dabei umso gravierender, je mehr Menschen davon betroffen sind. Prävalenzaussagen zur Arbeitssucht sind besonders schwierig, weil bislang noch nicht einmal eine einheitliche Auffassung über definitorische Merkmale und diagnostische Kriterien zur Arbeitssucht vorliegen. Wie soll man aber angeben, wie viele Menschen von einer Problematik betroffen sind, wenn man noch nicht einmal einig darüber ist, wodurch sich die Problematik genau kennzeichnen und feststellen lässt?

Über die Prävalenz der Arbeitssucht kann angesichts der defizitären Forschungslage bislang also nur spekuliert werden. Angaben aus US-amerikanischen Studien, wonach 5% (Machlowitz, 1980) bzw. 10% (Cherrington, 1980; Naughton, 1987) der berufs- bzw. erwerbstätigen Bevölkerung von Arbeitssucht betroffen sind, müssen nach gegenwärtigem Forschungsstand allerdings als übertrieben betrachtet werden. Diese Einschätzung wird auch nicht durch die Tatsache geändert, dass Doerfler und Kammer (1986) in einer Stichprobe von Ärzten, Rechtsanwälten und Psychiatern/Therapeuten einen Anteil von 23% Arbeitssüchtigen ausmachten. Kanai, Wakabayashi und Fling (1996) ermittelten in einer großen Stichprobe von japanischen Managern 21% Arbeitssüchtige. Erst recht überzogen muss eine von Burke (1999) genannte Zahl gelten: Er geht davon aus, dass bis zu 49% (!) der US-amerikanischen Bevölkerung am Symptom der Arbeitssucht leiden. Eine Studie von Windholz (1997; siehe auch Poppelreuter & Windholz, 2001) kommt zu dem Ergebnis, dass – legt man die von Poppelreuter (1996; 1997) definierten Kriterien zur Diagnose von

Arbeitssucht an – ca. 13% der untersuchten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (N = 185) zweier großer deutscher Industrieunternehmen als zumindest arbeitssuchtgefährdet gelten können.

Eine neuere Studie von Städele (2008) untersucht die gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die mit Arbeitssucht einhergehen, und das komorbide Auftreten von Arbeitssucht und einem sorgfältigen Persönlichkeitsstil bzw. einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Außerdem wurde erforscht, ob es demografische Unterschiede zwischen arbeitssüchtigen und nicht-arbeitssüchtigen Personen gibt, die ein Individuum für Arbeitssucht prädisponieren, und ob Arbeitssüchtige ihre Zeit anders für verschiedene Tätigkeiten einsetzen als Nicht-Arbeitssüchtige.

Im Rahmen der Studie wurden 466 Personen mit einem Fragebogen im World Wide Web zu verschiedenen Aspekten befragt: ihrer Einstellung zur Arbeit, zur eigenen Persönlichkeit, zum Gesundheitszustand, zur Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen sowie zu demografischen Angaben. Die Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen wurden anhand eines künstlichen Kriteriums identifiziert, indem aus den 20 Items der „Skala für Arbeitssucht“ (Schneider, 2001) für jeden Studienteilnehmer ein standardisierter Score ermittelt wurde, anhand dessen Extremgruppen gebildet wurden. Die 25% der Befragten mit den höchsten Werten auf dieser Skala gehörten zu der Gruppe der Arbeitssüchtigen (111 Personen). Diejenigen 25% mit den niedrigsten Werten kamen in die Gruppe der Nicht-Arbeitssüchtigen (121 Personen). Die beiden Gruppen wurden miteinander verglichen und die Gruppenunterschiede mit nicht-parametrischen Verfahren analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitssüchtige im Vergleich zu Nicht-Arbeitssüchtigen bedeutend mehr über körperliche Beschwerden klagen. In der Gruppe der Arbeitssüchtigen berichten 40% von Herz- und 54% von Gliederschmerzen. 43% der Arbeitssüchtigen leiden unter Magenbeschwerden und 58% unter einer generellen Erschöpfung (z.B. Müdigkeit, Schwächegefühl). In allen Aspekten können die arbeitssüchtigen Befragten in einem stärkeren Maße der gesundheitlich schwer belasteten Gruppe zugeordnet werden, während die Nicht-Arbeitssüchtigen eher zur unbelasteten oder mittelmäßig belasteten Gruppe gehören. Die Gruppenunterschiede sind statistisch hoch signifikant. Auch wenn keine kausalen Zusammenhänge nachgewiesen werden können, so zeigt sich, dass Arbeitssucht in erhöhtem Maße mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht.

Arbeitssucht steht aber nicht nur mit gesundheitlichen, sondern auch mit psychischen Beeinträchtigungen in Zusammenhang. Dies wurde indirekt über die Zufriedenheit der Befragten mit verschiedenen Lebensbereichen ermittelt: Arbeit und Beruf, Gesundheit, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den Kindern, Beziehung zu Freunden und Verwandten. Statistisch signifikante Gruppenunterschiede zeigen sich in fast allen Bereichen, denn Arbeitssüchtige sind mit nahezu allen abgefragten Aspekten unzufriedener als Nicht-Arbeitssüchtige.

Weitere signifikante Gruppenunterschiede wurden im Bereich des sorgfältigen Persönlichkeitsstils und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung gefunden. Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein „tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz“ (Saß et al., 2003, S. 263). Persönlichkeitsstörungen sind extreme, unangemessene Ausprägungen moderater Persönlichkeitsstile (Sachse, 2006). In diesem Fall ist die zwanghafte Persönlichkeitsstörung als klinisch bedeutsame Ausprägung des sorgfältigen Persönlichkeitsstils zu verstehen. Es gibt starke phänomenologische Überschneidungen zwischen den Erscheinungsbildern der zwanghaften Persönlichkeitsstörung und der Arbeitssucht. Beiden Störungsbildern gemeinsam ist der starke Hang zum Perfektionismus. Die extrem ausgeprägte perfektionistische Grundeinstellung hindert den Betroffenen an einer angemessenen Aufgabenerfüllung, weil ihm seine hohen Ansprüche im Weg stehen. Bei beiden Störungen liegt eine Vorliebe für Ordnung und Organisation vor, was durch eine übermäßige Beschäftigung mit Regeln und Details, rigide Verhaltensweisen und eine akribische Terminplanung zum Ausdruck kommt. Diese Auffälligkeiten führen dazu, dass Betroffene ungern mit anderen Menschen zu tun haben bzw. zusammen arbeiten, nur widerwillig Aufgaben an Kollegen delegieren und grundsätzlich auf der eigenen Arbeitsweise beharren. Damit einher geht die Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten, weil nur Tätigkeiten, die mit Leistung verbunden sind, einen Wert haben, so dass sie zu Aufgaben mit einem ernstzunehmenden Leistungscharakter umfunktioniert werden. Diese deskriptiven Ähnlichkeiten zwischen beiden Störungsbildern werden durch die signifikanten Ergebnisse der Studie bestätigt. Ein Drittel der Arbeitssüchtigen kann der Gruppe der zwanghaften Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden und mehr als die Hälfte

befindet sich in der Gruppe mit der mittelmäßigen Ausprägung eines sorgfältigen Persönlichkeitsstils. Im Vergleich dazu befinden sich 41% der Nicht-Arbeitssüchtigen in der Gruppe mit der geringen Ausprägung des sorgfältigen Persönlichkeitsstils. Die Gruppenbildung erfolgte durch die Aufteilung der Stichprobe in Quartile anhand der im „Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar“ (Kuhl & Kazén, 1997) erreichten Werte auf der Skala ‚sorgfältiger Stil und zwanghafte Persönlichkeitsstörung‘. Für die Diagnose von Arbeitssucht bedeutet dies, dass zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale zuverlässiger für eine Diagnose sind als z.B. die quantitative Stundenanzahl für Erwerbsarbeit pro Woche. Für Therapiemaßnahmen sind die Ergebnisse dahingehend relevant, dass nicht nur die Suchtaspekte der Arbeitssucht Berücksichtigung finden müssen, sondern ebenfalls die für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung existierenden Programme helfen können. So sollte z.B. an der perfektionistischen Grundeinstellung gearbeitet und soziale Kompetenzen gefördert werden. Auch das erhöhte Depressionsrisiko muss bei der Behandlung berücksichtigt werden. Nicht umsonst betonen Wissenschaftler immer wieder, dass Arbeitssucht eine Störung mit tödlichen Folgen sein kann (z.B. Poppelreuter, 2007).

In der Untersuchung zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen bei verschiedenen demografischen Variablen (z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstatus). Daraus ist zu schließen, dass es keine spezifischen Merkmale gibt, die ein arbeitssüchtiges Individuum in besonderem Maße kennzeichnen. Daher kann Arbeitssucht auch nicht als Managerkrankheit oder „Leiden der Leitenden“ (Gross, 2003, S. 124) gelten, weil ebenso Hausfrauen, Rentner und Studenten arbeitssüchtig sein können. Demnach handelt es sich bei der Arbeitssucht um ein universelles Problem, das jeden gleichermaßen treffen kann.

Allerdings unterscheiden sich arbeitssüchtige von nicht-arbeitssüchtigen Personen in der Art, wie sie ihre zur Verfügung stehende Zeit an einem Tag für verschiedene Tätigkeiten verwenden. Arbeitssüchtige unterscheiden sich sowohl in ihrem Arbeits- als auch in ihrem Freizeit- und Schlafverhalten von Nicht-Arbeitssüchtigen. An einem durchschnittlichen Arbeitstag wenden Arbeitssüchtige ca. 1,5 Stunden mehr für Arbeit und sonstige Verpflichtungen auf als Nicht-Arbeitssüchtige. Dadurch bleibt ihnen weniger Zeit für Freizeitaktivitäten und Schlaf. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für arbeitsfreie Tage, nur dass Arbeitssüchtige und Nicht-Arbeitssüchtige in gleichem Maße an ei-

nem freien Tag schlafen. Die statistisch signifikanten Gruppenunterschiede verdeutlichen, dass Arbeitssüchtige sich auch in ihrer Freizeit mit Zusatzaktivitäten eindecken, weil sie z. B. sonst wegen des Nichts-Tuns unter Schuldgefühlen leiden oder sogar Entzugssymptome entwickeln können. Diese Ergebnisse sind dahingehend wichtig, dass Arbeitssucht bisher immer als eine Störung gesehen wurde, die sich vor allem in der Erwerbsarbeit zeigt. Arbeitssucht macht aber nicht vor der Haustür Halt, sondern beeinflusst genauso das Freizeit- und Privatleben. Arbeit muss demnach umfassender als reine Erwerbsarbeit verstanden werden.

Insgesamt jedoch ist die empirische Basis zur Aussage der Häufigkeit von Arbeitssucht immer noch sehr dünn. Angesichts der unterschiedlichen Definitionen und diagnostischen Kriterien zur Differenzierung von Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen verwundern die immens großen Variationen in der Prävalenz der Symptomatik nicht. Solange es jedoch keine einheitliche Auffassung dessen, was Arbeitssucht ist und sie kennzeichnet, gibt, wird eine zuverlässige Schätzung der Häufigkeit des Phänomens auch schwierig bleiben.

Arbeitssucht wird nicht erfasst – Burnout schon

Andererseits sehen die Ergebnisse zahlreicher Studien der jüngsten Vergangenheit, aber auch die Statistiken der Krankenkassen, die Erfahrungsberichte der Betriebsärzte, die Eindrücke der betrieblichen Gesundheitsmanager dramatisch aus: Es wird angeblich zu viel gearbeitet. Und zu viele Überstunden machen krank. Die Zahl der psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz nimmt zu. Burnout ist zur Modeerkrankung der Neuzeit geworden.

So kommt der DGB-Index Gute Arbeit (2012) auf der Grundlage einer repräsentativen Befragung von 6.083 abhängig Beschäftigten zum Thema „Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung“ zu alarmierenden Ergebnissen: Bundesweit fühlt sich jeder zweite Beschäftigte bei der Arbeit sehr häufig oder oft gehetzt, wobei Arbeitnehmerinnen in besonderem Maße von dieser Hetze betroffen sind. 63% der Beschäftigten machen die Erfahrung, dass sie seit Jahren immer mehr in der gleichen Zeit leisten müssen. 27% der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer müssen sehr häufig oder oft auch außerhalb ihrer Arbeitszeit für betriebliche Belange erreichbar sein. Die moderne Kommunikationstechnologie macht es möglich: Aus Überstunden können schnell Überallstunden werden, denn ich kann letztlich immer und

überall erreichbar sein, mich einloggen, Daten herunterladen, Mails schreiben und Videokonferenzen abhalten.

15% der Beschäftigten erledigen sehr häufig oder oft auch außerhalb ihrer Arbeitszeit Aufgaben für ihren Betrieb. Über einem Drittel (34%) der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fällt es schwer, nach der Arbeit abzuschalten. Darüber klagen insbesondere die Beschäftigten, die lange Arbeitszeiten aufweisen. Ebenso können Frauen schlechter abschalten als Männer, Ältere schlechter als Jüngere. Arbeitsbezogene Probleme und Schwierigkeiten begleiten 37% der Beschäftigten auch nach Hause, bei den gehetzten Befragten berichten dies sogar 53%. Jeder fünfte Befragte (20%) leistet 10 oder mehr Überstunden pro Woche, wobei hierbei generell auch gilt: Je mehr Überstunden absolviert werden, desto größer ist die Arbeitshetze. Schließlich sind 49% der Beschäftigten wiederholt auch dann zur Arbeit gegangen, wenn sie sich „richtig krank fühlten“. Diese Quote ist besonders hoch bei denjenigen, die von Arbeitshetze und Leistungsverdichtung betroffen sind.

Eine aktuelle britisch-finnische Langzeitstudie – als Beispiel für eine Vielzahl ähnlich gelagerter Studien mit ähnlichen Ergebnissen – an der 1.626 männliche und 497 weibliche Angestellte britischer Behörden teilnahmen, zeigt zudem, dass eine regelmäßige Mehrarbeit von drei bis vier Stunden täglich das Risiko einer schweren Depression erheblich erhöht (Virtanen, Stansfeld, Fuhrer, Ferris & Kivimäki, 2012). Deutlich wird, dass es eine zunehmende Sensibilität und Aufmerksamkeit sowohl bei Experten als auch bei Betroffenen und auch in der Öffentlichkeit für die steigenden Belastungen und Beanspruchungen in Arbeit und Beruf – und hier vor allem im psychischen Bereich – gibt.

Dynaxität und Arbeitssucht

Als eine der Ursachen für die Zunahme der Belastungen wird gerne auf die gestiegene Dynaxität unserer (Arbeits-) Welt verwiesen (Kastner, 2005). Es handelt sich hierbei um ein Kunstwort, zusammengesetzt aus den Begriffen Dynamik und Komplexität. Produkte, Dienstleistungen, Prozesse und Organisationen verändern sich in Richtung und Intensität immer schneller (Dynamik) und werden komplexer, d.h. die Anzahl, die Vielfalt der Systemelemente und deren Vernetzungsgrad steigen (Komplexität). Diese Kombination aus Dynamik und Komplexität (Dynaxität) stellt vor allem hinsichtlich der zunehmenden Eigendynamiken der Systeme, die kaum noch durch den Menschen beherrschbar sind, die zentrale

Herausforderung für uns dar. Hier liegen nach Auffassung vieler Arbeitsexperten wesentliche Gründe für Scheitern, psychosoziale Störungen und verminderte Lebensqualität.

Wer ist betroffen? Und wer ist gefährdet?

Arbeitssucht wurde (und wird auch immer noch) gerne als ein „Leiden der Leitenden“ (Hofstetter, 1987) betrachtet, als typische „Managerkrankheit“. Die empirischen Erkenntnisse hierzu sehen allerdings anders aus. Poppelreuter (1996; 1997) kam zu dem Ergebnis, dass sowohl Männer als auch Frauen, leitende Angestellte, Selbstständige und einfache Arbeiter, jüngere wie ältere Menschen und selbst Nicht-Berufstätige im klassischen Sinne wie beispielsweise Hausfrauen, Rentner oder Studenten arbeitssüchtig sein können (siehe dazu auch Heide, 2000). Die Arbeitssucht ist mithin ein universelles Phänomen, das letztlich jeden betreffen kann, der in irgendeiner Form produktiv tätig ist (oder sein möchte), unabhängig von Alter, Geschlecht, Beruf. Hier ist die Arbeitssucht durchaus vergleichbar mit anderen Abhängigkeitsformen, beispielsweise der Alkoholabhängigkeit. Auch sie ist ein universelles Phänomen. Zahlreiche Versuche nachzuweisen, dass bestimmte Berufsgruppen (wie z.B. Seeleute, Wirte oder Außendienstmitarbeiter) signifikant häufiger von Alkoholproblemen belastet sind als andere, schlugen ebenso fehl, wie die oftmals angestrebte Definition einer „Suchtpersönlichkeit“ (siehe dazu auch Hobi, 1982). Hier wurde davon ausgegangen, dass Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (z.B. geringe Frustrationstoleranz, hohes Anspruchsniveau an die eigene Leistungsfähigkeit) eher dazu neigen, Sucht- und Abhängigkeitsprobleme zu entwickeln als andere.

Es lässt sich also nicht sagen, dass bestimmte Berufsgruppen oder Menschen mit speziellen Persönlichkeitscharakteristika als besonders arbeitssuchtgefährdet betrachtet werden können. Holger Heide (2000) geht aufgrund seiner Studien zum Thema „Arbeitssucht“ allerdings davon aus, dass die an Arbeitssucht erkrankten Personen in drei Gruppen eingeteilt werden können. Zunächst sind da die Erwerbstätigen, die einer relativ selbstständigen Arbeit nachgehen (Ärzte, Handwerker, Bauern, Politiker, Manager) bzw. die sich in einem sozialen Berufsfeld bewegen (Seelsorger, Sozialarbeiter, Lehrer). Die persönliche Identität dieses Personenkreises hängt sehr stark mit ihrer Erwerbsarbeit zusammen – oft wird auch von Berufung zur Arbeit gesprochen. Als zweite Gruppe

identifiziert Heide (2000) die abhängig Beschäftigten, die durch ein besonderes Vielarbeiten den oftmals geringen Entscheidungsspielraum und die Unselbstständigkeit der eigenen Arbeit kompensieren wollen. Durch neue Arbeitsformen (Teamarbeit, „flache Hierarchien“, Heimarbeitsplätze) etabliert sich aber auch bei den abhängig Beschäftigten eine neue Selbstständigkeit, nicht zuletzt auch gefördert durch flexible Arbeitszeiten und mehr Verantwortung hinsichtlich des Unternehmensgewinns (Bohmeyer, 2002). Die dritte Gruppe umfasst nach Heide (2000) Personen außerhalb des Erwerbslebens. Hierzu zählen Hausfrauen und Rentner. Besonders am Beispiel der Rentner lässt sich die hohe Bedeutung der Arbeit für die soziale Anerkennung und damit verbundene Selbstachtung verdeutlichen (Bohmeyer 2002).

Schließlich wird immer wieder betont, dass es sowohl Rahmenbedingungen im persönlichen als auch im beruflichen Umfeld von Menschen geben kann, die arbeitssüchtiges Verhalten begünstigen und fördern können. Robinson (2000) unterscheidet Einflussfaktoren der Arbeitssucht auf unterschiedlichen Ebenen. Zunächst ist da das unmittelbare Umfeld, gekennzeichnet durch die Lebensbereiche Familie, Arbeit, Schule, Kirche. Sowohl die Herkunftsfamilie als auch Gegebenheiten in der beruflichen Ausbildung und Karriere können arbeitssüchtiges Verhaltensmuster fördern. Als Beispiel nennt Robinson (2000) Menschen, die zu viel arbeiten, um die finanziellen Ansprüche ihrer Partner oder Kinder zu erfüllen. Oder es wird aufgrund gestörter familiärer Verhältnisse der Arbeitsplatz dem Zuhause vorgezogen. Alleinerziehende Mütter oder Väter können nach Robinson (2000) ebenfalls leicht arbeitssüchtig werden, insbesondere wenn sie aufgrund der gegebenen Bedingungen zwei oder mehr „Berufe“ (besser gesagt: Einkommensquellen) haben müssen, um finanziell über die Runden zu kommen.

Auf einer zweiten Ebene nennt Robinson (2000) Wechselbeziehungen zwischen den Variablen Familie, Arbeit, Schule und Kirche/Religion, die die Arbeitssucht forcieren können. Beispiel hierfür wäre eine Firma, die von ihren Angestellten verlangt, einen Teil ihrer Freizeit zu opfern, um mehr zu verdienen und Anerkennung zu erlangen. Beruflicher und/oder finanzieller Erfolg werden eng an Anstrengungsbereitschaft und Leistungserbringung geknüpft, was nicht nur einen positiven motivationalen, sondern am äußeren Ende auch einen negativen, weil überschießenden Effekt haben kann. Oder, wie Diane Fassel es im Titel ihres 1991 erschienenen Buches ausdrückte: „Wir arbeiten uns noch zu Tode“.

Robinson (2000) nennt auf dieser zweiten Ebene aber auch technische Veränderungen und technologische Fortschritte, die dazu beitragen können, dass die Grenze zwischen Heim und Arbeitsplatz oder zwischen Heim und Schule verschwimmt. In diesem Zusammenhang ist sicherlich auf die in bestimmten Branchen immer beliebter werdenden „Heimarbeitplätze“ zu verweisen. Eigentlich dienen solche Heimarbeitplätze auch dazu, die berufliche Arbeit flexibler und damit auch familienfreundlicher zu gestalten. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass durch diese Vermischung von beruflicher und privater Sphäre für bestimmte Personen ein nur schwer zu kontrollierender ständiger Arbeitsdruck entsteht.

Auf einer dritten Ebene schließlich nennt Robinson (2000) gesellschaftliche Umfeldfaktoren (Medien, gesellschaftliche Mythen, Sprichwörter etc.), die ein arbeitssüchtiges Verhalten fördern können. Hier wären beispielsweise Sprichwörter wie „Spare, lerne, leiste was – dann hast du, kannst du, bist du was“ (ein alter Werbeslogan einer Finanzdienstleistungsgruppe), aber auch kollektive Verunglimpfungen führender Politiker (man denke an das Wort vom „kollektiven Freizeitpark Deutschland“ des Ex-Bundeskanzlers Helmut Kohl oder die Schelte über das Arbeitsverhalten deutscher Lehrer seines Amtsnachfolgers Gerhard Schröder) oder auch Werbemedien, die den Workaholic als Leitbild darstellen, zu nennen.

Folgen und Konsequenzen von Arbeitssucht

Entgegen der landläufigen Meinung, dass Arbeit noch nie jemandem geschadet hat und dass arbeitssüchtige Mitarbeiter ein „Segen“ für jedes Unternehmen sind (Machlowitz 1978, 1981), verweisen zunehmend mehr Autorinnen und Autoren also auf die fatalen Folgen und die zahlreichen negativen Konsequenzen, die ein Zuviel an Arbeit und die Arbeitssucht mit sich bringen können, und das nicht nur für die Betroffenen selber, sondern auch für ihr näheres und weiteres Umfeld (z.B. Familie, Freunde, Kollegen) sowie für die Gesellschaft insgesamt. Im Folgenden soll kurz auf mögliche Auswirkungen der Arbeitssucht in unterschiedlichen Bereichen eingegangen werden.

Betroffene

Im Gegensatz zu stoffgebundenen Abhängigkeiten, bei denen die ersten Konsequenzen eines Suchtmittelmissbrauchs schon nach re-

lativ kurzer Zeit feststellbar sind, kann es bei der Arbeitssucht Jahre oder sogar Jahrzehnte dauern, bis die Auswirkungen des süchtigen Verhaltens erkennbar werden. Gerhard Mentzel (1979) hat in Anlehnung an Erkenntnisse der Alkoholismusforschung ein Phasenmodell der Arbeitssucht entwickelt. Dieses Phasenmodell ist weniger als ein empirisch abgesicherter und daher wissenschaftlich fundierter Verlauf einer Arbeitssuchtproblematik zu begreifen, sondern dient eher illustrativen Zwecken, um die Entwicklung und die Konsequenzen der Problematik zu verdeutlichen. Mentzels (1979) Phasenmodell der Arbeitssucht besteht aus drei Abschnitten (Einleitungsphase oder psychovegetatives Stadium, Kritische Phase oder psychosomatisches Stadium, Chronische Phase), später fügte Mentzel (1987) noch als vierte Phase die Endphase hinzu.

Die anfangs auftretenden Folgeerscheinungen der Arbeitssucht („Einleitungsphase/psychovegetatives Stadium“) sind nach Mentzel (1979) beispielsweise Erschöpfungsgefühle, leichte depressive Verstimmungen, Konzentrationsstörungen und unbegründbare Ängste im psychischen Bereich, während als physische Beschwerden Kopf- oder Magenschmerzen und Herz-Kreislaufbeschwerden beispielhaft zu nennen sind. Wegen ihrer Unspezifität werden diese Beschwerden häufig überspielt und häufig sogar durch vermehrten Arbeitseinsatz wettgemacht. In der Regel ist das Bewusstsein der Betroffenen, was ihren problematischen Arbeitsstil angeht, in dieser frühen Phase noch nicht besonders entwickelt. Es wird angenommen, dass man lediglich „ein bisschen überarbeitet“ ist und nach einer kurzen Phase der Entspannung wieder zur alten Leistungsstärke zurückfinden wird.

Die zweite Phase („kritische Phase/psychosomatisches Stadium“) ist durch massive psychische und/oder physische Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Es kommt zu deutlichen Depressionen, die die Karriere unter- oder gar abbrechen können. Im körperlichen Bereich treten schwerwiegende Probleme wie Bluthochdruck, Herzinfarkt oder Magengeschwüre auf. Aufgrund ihrer Schwere können diese Symptome nicht überspielt werden und müssen intensiv behandelt werden. Die eigentliche Ursache der Erkrankung, der problematische Arbeitsstil, wird jedoch häufig nicht erkannt und entsprechend auch nicht behandelt, was zu einer Chronifizierung des Leidens führen kann.

Allerdings ist nach Mentzel (1979) auch eine andere Entwicklung denkbar, denn an die Stelle einer körperlichen Erkrankung kann auch eine Suchtverschiebung treten, d.h. zur Wahrung des inneren Gleichgewichts werden auch

süchtiges Rauchen, vermehrter Alkoholkonsum und exzessives Essen auftreten. Natürlich ergeben sich aus diesen Verhaltensweisen wiederum Risikofaktoren für die Gesundheit.

Was den Arbeitsstil angeht, so findet in der zweiten Phase eine zunehmende psychische Bindung an die Arbeit statt. Arbeit dient der Flucht vor Konflikten oder dem Vermeiden unangenehmer Situationen. Die Arbeitssüchtigen verlieren zunehmend die Kontrolle über ihr Arbeitsverhalten, d.h. sie arbeiten auch dann weiter, wenn sie eigentlich zu erschöpft sind. Es zeigt sich eine massive Erhöhung der Arbeitsstundenzahl, die schnell 70-80 und mehr Stunden erreichen kann. Arbeitssüchtige glauben, dass ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit keine Grenzen gesetzt sind. Unter völliger Missachtung ihrer körperlichen und geistigen Bedürfnisse treten sie immer stärker in den Kreislauf von Arbeiten bis zur Erschöpfung und kurzfristigem Regenerieren ein.

In der dritten Phase (chronische Phase) schließlich hat die Arbeit den Arbeitssüchtigen vollständig unter Kontrolle. Es treten Entzugserscheinungen auf, wenn nicht gearbeitet wird, in physischer Hinsicht zum Beispiel Schweißausbrüche oder Herzjagen, in psychischer Hinsicht starke emotionale Stimmungsschwankungen und Angstattacken. Das soziale Leben des Arbeitssüchtigen schränkt sich mehr und mehr ein, diesbezügliche Verpflichtungen werden von ihm nicht mehr wahrgenommen. Es wird nur noch, quasi rund um die Uhr, gearbeitet, abends, an Wochenenden, an Feiertagen, im Urlaub.

Im Endstadium schließlich kommt es zu in der Regel irreparablen Minderungen der Leistungsfähigkeit, sowohl in körperlicher als auch in geistig-seelischer Hinsicht. Mentzel (1987) verweist auf deutliche Konzentrationsschwächen, eine verlangsamte Wahrnehmungs- und Denkfähigkeit sowie chronische Depressionen bis hin zum vorzeitigen (Frei-) Tod als Konsequenzen der ständigen Überforderungen durch das arbeitssüchtige Verhalten. Fassel (1991, S. 71) erwähnt den „moralischen und spirituellen Bankrott“ als kennzeichnendes Merkmal der Arbeitssüchtigen im Endstadium.

Partner/Familie

Arbeitssüchtigen fällt es schwer, ihr suchtkrankes Verhalten auf den Beruf zu beschränken. Schließlich sind sie arbeitssüchtig und nicht berufssüchtig. D.h., die Verhaltens- und Lebensmuster der Arbeitssüchtigen belasten zunehmend auch das partnerschaftliche und familiäre Leben. Dadurch, dass Arbeitssüchtige

Arbeit mit ins Bett nehmen, die Wochenenden durcharbeiten und auch im Urlaub ständig Arbeit verfügbar haben (und auch erledigen), fallen Zeiten für die Pflege und das Ausleben von Beziehungen weg. Die einseitige Fokussierung des Arbeitssüchtigen auf die Arbeit wird von den nächsten Angehörigen zu recht als Desinteresse und mangelnde Aufmerksamkeit gedeutet. Beziehungen verarmen sowohl psychisch als auch physisch. Machlowitz (1981) beschreibt verschiedene Möglichkeiten, wie Arbeitssüchtige in der Familie (nicht) präsent sein können:

- Sie sind quasi nie anwesend, was von der Familie entweder hingegenommen oder aber ständig moniert werden kann. In beiden Fällen kommt es in der Regel jedoch zum Bruch. Nicht-anwesende Elternteile können zudem in keinerlei Hinsicht als Ansprechpartner oder Erziehungsinstanz für die Kinder dienen.
- Es kann auch vorkommen, dass die Arbeitssüchtigen zwar physisch anwesend sind, gedanklich sich aber nur mit ihrer Arbeit befassen. Ebenso wie im ersten Fall steht der Arbeitssüchtige aber weder seinem Partner/ seiner Partnerin noch seinen Kindern zur Verfügung. Es findet kein Austausch statt, ein gemeinsames partnerschaftliches oder familiäres Leben wird nicht praktiziert.
- Eine andere Form der familiären Beteiligung zeigen Arbeitssüchtige, die die langen Zeiten ihrer Abwesenheit durch intensives Eingreifen in das familiäre Leben innerhalb kürzester Zeit kompensieren wollen. Es werden dann förmlich „Sprechstunden“ am Sonntagnachmittag eingerichtet, wo man den Kindern für 2 Stunden zur Verfügung steht und sich ausschließlich um sie kümmert. Arbeitssüchtige bemühen allzu gerne die Argumentation, dass es ja nicht auf die reine Menge an Zeit, die man mit den Kindern und der Familie verbringt, ankommt, sondern auf die Qualität der Interaktion. Auch wenn diese Argumentation nicht grundsätzlich falsch sein muss, so stellt sich aber dennoch die Frage, ob es nicht eine Mindestanforderung an Eltern gibt, was die physische Präsenz angeht, wenn sie wirklich aktiv die Erziehung ihrer Kinder gestalten wollen.

Was den Freundes- und Bekanntenkreis angeht, so sind ähnlich negative Entwicklungen bei Arbeitssüchtigen festzustellen. Entweder werden die freundschaftlichen Beziehungen zunehmend vernachlässigt und schlafen schließlich vollends ein, oder aber der Freundes- und Bekanntenkreis wird primär aus Arbeits- und Geschäftskollegen rekrutiert, was dann zur Folge hat, dass auch in der sogenannten Freizeit

vermehrt Arbeits- und Berufsthemen eine Rolle spielen.

Vorgesetzte, Mitarbeiter, Kollegen, Unternehmen

Möglicherweise bedingt durch die Tatsache, dass Arbeitssucht als eigenständiges Verhaltensmuster oder gar Krankheitsbild höchst umstritten ist, haben sich bislang nur wenige Unternehmen und Forscher der Frage gewidmet, ob und inwiefern arbeitssüchtiges Verhalten ein für Organisationen bedeutsames Problem darstellt.

Während stoffgebundene Störungen wie Alkoholismus, Tabletten- und Rauschmittelabhängigkeit in den letzten Jahren, auch und gerade im Bereich Arbeit und Beruf, verstärkte Beachtung finden, weil solche Störungen erhebliche ökonomische und psychologische Konsequenzen für die Organisation mit sich bringen, werden stoffungebundene Suchtformen kaum problematisiert.

Im Sinne einer ganzheitlichen Perspektive kann aber davon ausgegangen werden, dass jede Form süchtigen oder abhängigen Verhaltens letztlich negative Konsequenzen für eine Person und damit mit großer Wahrscheinlichkeit auch für das diese Person beschäftigende Unternehmen hat. Nach Taylor (1984) ist mit folgenden, sowohl seitens des Betroffenen als auch seitens des Unternehmens unerwünschten Effekten arbeitssüchtigen Verhaltens zu rechnen:

- Ein Mitarbeiter wird während der regulären Arbeitszeit weniger effektiv arbeiten, da er die Abend- und Nachtstunden als „Ausweichraum“ für unerledigte Arbeit betrachtet.
- Mit wachsender Arbeitszeit kommt es zu einem Verlust an Aufnahme- und Verarbeitungsleistung, die Arbeiterledigung wird zunehmend ineffektiver.
- Es kommt zu Zeitverlusten für wesentliche andere Tätigkeiten (Planung, Innovationsförderung, Erholung).
- Eine unbalancierte Beziehung zwischen Arbeitszeit und Freizeit entsteht.
- Arbeitssucht verhindert die Entstehung und/oder Fortentwicklung anderer am Arbeitsplatz erwünschter Verhaltensmuster (Delegation, Verantwortungsabgabe, Kooperation und Teamarbeit etc.).

Arbeitssucht schadet also nicht nur dem Betroffenen, sondern auch und gerade dem Unternehmen, für das er arbeitet. Unternehmen täten also gut daran, arbeitssüchtige Verhaltensmuster ihrer Mitarbeiter frühzeitig zu erkennen

und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Darauf weisen auch die Betriebswirtschaftler Horst Steinmann, Bernd Richter und Sabine Großmann (1984) hin, die in einem Aufsatz die Folgen arbeitssüchtigen Verhaltens für Unternehmen aus wirtschaftlicher Perspektive beschreiben.

- a) Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf die Aufgabenerfüllung (betroffene Mitarbeiter halten sich nicht an Arbeitsteilungen und Kompetenzzuweisungen, sie mischen sich in alles ein, glauben, alles besser zu können).
- b) Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf das Interaktionsverhalten (betroffene Mitarbeiter werden zunehmend kommunikationsunfähig, sie ziehen sich zurück, als Vorgesetzte überfordern sie ihre Mitarbeiter, sie delegieren nicht).
- c) Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf die individuelle Leistungsfähigkeit (der problematische Arbeitsstil führt mit fortschreitender Zeit zu physischen und psychischen Auffälligkeiten, die krankheitsbedingte Abwesenheit nimmt zu, längere Arbeitsunfähigkeit und/oder Frühinvalidität droht).

Steinmann et al. (1984) plädieren auf Basis der vorgenannten Argumentation für geeignete Maßnahmen zur Prävention, Identifikation und Therapie der Arbeitssucht. Suchtfördernde Arbeitsbedingungen seien zu vermeiden, betroffene Mitarbeiter zu erkennen und therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

Die Autoren regen u.a. dazu an, dass Unternehmen

- über ihre Personalauswahlverfahren und ihre Anforderungsprofile bei Stellenbesetzungen nachdenken, um die frühzeitige Kultivierung einer suchtfördernden Organisationsumgebung zu verhindern,
- ihre Anreizsysteme („Qualität statt Quantität“) sowie ihre Arbeitszeit-, Pausen- und Urlaubsregelungen im Hinblick auf suchtbegünstigende Aspekte untersuchen,
- sich bemühen, Arbeitssucht in ihrer Organisation zu identifizieren, die Organisationsmitarbeiter insgesamt für die Problematik zu sensibilisieren und geeignete Maßnahmen zur Rehabilitation Betroffener zu realisieren.

Gesamtgesellschaft

Die Diskussion um die gesamtgesellschaftlichen Folgen arbeitssüchtigen Verhaltens ist aus zwei Blickwinkeln zu betrachten. Einer-

seits werden die Folgen und Konsequenzen des Fehlverhaltens des Arbeitssüchtigen für die Gesamtgesellschaft dargestellt. So führen Breitsameter und Reiners-Kröncke (1997) an, dass die Arbeitssüchtigen mit ihren, das normale Maß weit überschreitenden Arbeitszeiten, vielen anderen die Arbeitsplätze wegnehmen. Und davon seien nicht nur diejenigen betroffen, die keine Arbeit mehr fänden, sondern auch jene, die über ihre Steuerbeiträge Arbeitslosengelder und -hilfen finanzieren müssten. Hinzu käme, dass die Arbeitssüchtigen aufgrund ihres exzessiven Verhaltens sich nachhaltig gesundheitlich schädigen würden, was vermehrt zu krankheitsbedingten Fehl- und Ausfallzeiten bis hin zu Frühberentungen führen würde. Dadurch würden die Kranken- und Rentenkassen immens belastet.

Auf der anderen Seite wird allerdings auch diskutiert, inwiefern nicht die Gesellschaft überhaupt eine Grundlage für die Entwicklung arbeitssüchtigen Verhaltens schafft. Puschmann und Wegener (1992) beispielsweise betrachten Arbeitssucht als ein Phänomen, „das einer Sozialpathologie entspricht“ (S. 33). Die Arbeitssucht stellt nach ihrer Auffassung ein gesamtgesellschaftliches Problem dar, eine „kollektive Verhaltensform“ (S. 36). Durch die Anwendung des Begriffs auf bestimmte Personen sollten diese in eine Art Außenseiterrolle gedrängt und von der persönlichen Verfangenheit des Begriffsverwenders in gesellschaftlich bedingte Sachzwänge abgelenkt werden. Puschmann und Wegener (1992) halten es für fraglich, ob sich eine Person überhaupt diesen gesellschaftlichen Sachzwängen entziehen kann und eine rein individuelle Bestimmung des Verhältnisses Person-Tätigkeit möglich ist, ob es in unserer auf Besitz und Konsum ausgerichteten Gesellschaft also realistisch ist, dass jemand „nicht-arbeitssüchtig“ ist. Einen Maßstab dafür zu finden, ab wann jemand in Konkurrenzgesellschaften als arbeitssüchtig zu bezeichnen ist, halten Puschmann und Wegener (1992) für schwerlich möglich. Kurz gesagt: Nach Auffassung der Autoren ist Arbeitssucht ein zwangsläufiges Symptom unserer Arbeitsgesellschaft. Lesenswerte Beiträge zur Überbetonung der Arbeit in unseren Industrienationen liefert auch Hank (1995).

Axel Bohmeyer (2002, S. 5) stellt die Arbeitssucht als ein individuelles pathologisches Verhalten dar, „das allerdings durch die hohe normative Fixierung auf die Arbeit in der Gesellschaft hervorgerufen wird“. Arbeit sei aus zweierlei Gründen in unserer Gesellschaft wichtig: zum einen, um gesellschaftliche Anerkennung zu erhalten, und zum anderen, weil es eine materielle Notwendigkeit gebe, eine

bezahlte Arbeit aufzunehmen. „Der Wunsch, eine materielle Grundlage zu haben, sozial anerkannt zu werden und sich selbst verwirklichen zu können, findet in der gesellschaftlich organisierten Arbeit seinen Ort. (...) Doch die hohe soziale Anerkennung, die mit der Teilhabe an der Erwerbsarbeit verbunden ist, führt zu sozialen Pathologien. Sie hat ihre Wurzel in der normativen Überladung der Erwerbsarbeit. Die hohe soziale Wertschätzung der Erwerbsarbeit kann zu einem arbeitssüchtigen Verhalten führen, weil ein solches Verhalten nicht missbilligt wird, sondern im Gegenteil zu sozialer Anerkennung führt“ (Bohmeyer, 2002, S. 19 f.). In Zeiten hoher Erwerbslosigkeit sei die Wahrscheinlichkeit, vermehrt arbeitssüchtige Verhaltensmuster vorzufinden, sogar noch erhöht, da das Instrument, um gesellschaftliche Anerkennung zu erfahren – nämlich eine Erwerbstätigkeit –, ein rares Gut ist. Und um sich dieses Gut zu sichern, tendieren (immer mehr) Menschen dazu, sich vollends und ausschließlich auf ihre Arbeit zu konzentrieren.

Die Gesellschaft leidet somit nicht nur unter den Folgen der Arbeitssucht, nach Auffassung nicht weniger Autoren provozieren und fördern die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Wertehierarchien geradezu arbeitssüchtige Verhaltensmuster. Insofern hat die Prävention und Intervention arbeitssüchtiger Verhaltensmuster nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern auch und gerade auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene anzusetzen. Es grenzt dabei schon an Hohn, dass in den letzten Jahren auch und gerade solche Dienstleistungen und Branchen einen Aufschwung verspürten, die einen Kontrapunkt zum tätigen Leben darstellen wollen, nämlich die Tourismus- und Wellness-Branche. Und ist es nicht bemerkenswert, dass vor einigen Jahren noch die Arbeitssucht in den Augen nicht weniger Manager, Forscher und Politiker ein zu belächelndes und vernachlässigbares Thema darstellte, und dass inhaltlich identische Seminare und Publikationen heute großen Anklang und Absatz finden, nur weil sie unter dem Begriff „Work-Life-Balance“ in die Öffentlichkeit getragen werden? Offensichtlich findet auch in der Gesellschaft ein Bewertungswandel statt, was das Phänomen der Arbeitssucht angeht. Es wird nicht länger gelegnet, dass es so etwas tatsächlich geben kann. Und es wird ernsthaft darüber nachgedacht, wie man zu einer ausgeglicheneren Lebensführung kommen kann, in der neben der Arbeit auch andere Bereiche menschlichen Daseins (der soziale Kontakt, die Muße, die Spiritualität, das Spiel) einen angemessenen Raum einnehmen. Und das ist auch gut so!

Literatur

- Bohmeyer, A. (2002). *Arbeitssucht als soziale Pathologie der Erwerbsarbeitsgesellschaft*. (Frankfurter Arbeitspapiere zur gesellschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Forschung, Nr. 34). Frankfurt am Main: Nell-Breuning-Institut.
- Breitsameter, J. & Reiners-Kröncke, W. (1997). *Arbeitssucht – ein umstrittenes Phänomen. Ursachen – Formen – Folgen – Hilfen*. St. Augustin: Asgard.
- Burke, R. J. (1999). Workaholism in organizations: measurement validation and replication. *International Journal of Stress Management*, 6, 45-56.
- Busch, W. (1959). *Gesammelte Werke*. München: Braun & Schneider.
- Cherrington, D. J. (1980). *The Work Ethic: Working Values that Work*. New York: Amacom.
- DGB-Index Gute Arbeit (2012). *Arbeitshefte, Arbeitsintensivierung, Entgrenzung*. Berlin: DGB.
- Doerfler, M. C. & Kammer, P. P. (1986). Workaholism: sex and sex role stereotyping among female professionals. *Sex Roles*, 14, 551-560.
- Eliasberg, W. (1926). Richtungen und Entwicklungstendenzen in der Arbeitswissenschaft. *Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik*, 56, 78-87, 99-101, 687, 691-700, 727-732.
- Fassel, D. (1991). *Wir arbeiten uns noch zu Tode*. München: Kösel.
- Ferenczi, S. (1919). Sonntagsneurosen. In: M. Balint (Hrsg.) (1970). *Sandor Ferenczi – Schriften zur Psychoanalyse* (Band 1, S. 260-265). Frankfurt am Main: Fischer.
- Fetscher, I. (Hrsg.) (1966). *Paul Lafargue – Das Recht auf Faulheit und persönliche Erinnerungen an Karl Marx*. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- Flaubert, G. (1852). Briefe an Zeit- und Zutunftgenossen. In: E. W. Fischer (Hrsg.) (1907), *Flauberts gesammelte Werke* (Band 9). München: Bruns.
- Gebtsattel, V. E. Frhr. v. (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer.
- Gross, W. (2003). *Sucht ohne Drogen – Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben...* (überar. Neuauflage). Frankfurt am Main: Fischer.
- Hank, R. (1995). *Arbeit – die Religion des 20. Jahrhunderts*. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Heide, H. (2000). *Arbeitssucht – individuelle und sozialökonomische Dimensionen*. Vortrag gehalten auf der Fachtagung „Sucht 2000“ der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren, Karlsruhe, 13.-15.11.2000.
- Hofstetter, H. (1987). *Die Leiden der Leitenden*. Köln: Datakontext.
- Illich, I. (1976). *Limits to Medicine*. London: Marion Boyars.
- Kanai, A., Wakabayashi, M. & Fling, S. (1996). Workaholism among employees in Japanese corporations: An examination based on the Japanese version of the Workaholism scales. *Japanese Psychological Research*, 38, 192-203.
- Kastner, M. (2005) *Magersucht beim Personal ist ungesund* [www-Dokument]. Verfügbar unter <http://www.netzeitung.de/arbeitsundberuf/326584.html> [17.11.2012]
- Kielholz, P. (1973). Addictive behavior in man. In: L. Goldberg & F. Hoffmeister (Eds.), *Psychic Dependence* (S. 8-12). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Laubenthal, F. (1964). Allgemeine Probleme um Mißbrauch, Süchtigkeit und Sucht. In: F. Laubenthal (Hrsg.), *Sucht und Mißbrauch* (S. 1-32). Stuttgart: Thieme.
- Machlowitz, M. (1978). *Determining the effects of workaholism*. Unveröffentl. Dissertation. New Haven: Yale University.
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with Them, Working with Them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Machlowitz, M. (1981). *Arbeiten auch Sie zuviel? Arbeitssucht und wie man damit leben kann*. Landsberg: mvg-Verlag.
- Mann, T. (2001). *Buddenbrooks* (50. Auflage). Frankfurt am Main: Fischer.
- Mentzel, G. (1979). Über die Arbeitssucht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 25, 115-127.
- Mentzel, G. (1987). Politisch Tätige als arbeitssüchtige Patienten. *Die Neue Gesellschaft – Frankfurter Hefte*, 34, 261-264.
- Naughton, T. J. (1987). A conceptual view of workaholism and implications for career counseling and research. *Career Development Quarterly*, 35, 180-187.
- Oates, W. (1971). *Confessions of a Workaholic*. New York: Abingdon.
- Poppelreuter, S. (1996). *Arbeitssucht – Integrative Analyse bisheriger Forschungsansätze und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Symptomatik*. Bonn/Witterschlick: Wehle.
- Poppelreuter, S. (1997). *Arbeitssucht*. Weinheim: PVU.
- Poppelreuter, S. (2007). Arbeitssucht – Erholungsunfähigkeit – Pathologische Anwesenheit. In: A. Weber & G. Hörmann (Hrsg.), *Psychosoziale Gesundheit im Beruf* (S. 167-183). Stuttgart: Gentner-Verlag.
- Poppelreuter, S. & Windholz, C. (2001). Arbeitssucht in Unternehmen – Formen, Folgen, Vorkehrungen. *Wirtschaftspsychologie*, 4, 62-69.
- Puschmann, W. & Wegener, B. (1992). Arbeit: Die Sucht der Angepassten? *Suchtreport*, 4, 29-36.
- Robinson, B. E. (2000). *Wenn der Job zur Droge wird*. Düsseldorf: Patmos.

- Sachse, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Hogrefe: Göttingen.
- Schneider, C. (2001) *Skala für Arbeitssucht*. [www.Dokument]. Dissertation. Würzburg: Bayerische Julius-Maximilians-Universität. Verfügbar unter: <http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=964433443> [12.11.2007].
- Smith, R. (2002). In the search of „non-disease“. *British Medical Journal*, 324, 883-885.
- Städele, M. (2008). *Die zwanghafte/anankastische Persönlichkeitsstörung und ihr Zusammenhang mit der Arbeitssucht*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Bonn: Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität.
- Steinmann, H., Richter, B. & Großmann, S. (1984). *Arbeitssucht im Unternehmen*. Diskussionsbeiträge des Lehrstuhls für Allgemeine BWL und Unternehmensführung an der Universität Erlangen-Nürnberg. Erlangen-Nürnberg: Universität Erlangen-Nürnberg.
- Taylor, H. (1984). Workaholism. *Canadian Manager*, 9, 19-20.
- Vingerhoets, A. J. J. M., Huijgevoort, M. van & Heck, G. L. van (2002). Leisure Sickness: A pilot study on its Prevalence, Phenomenology, and Background. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 311-317.
- Wacker, A. (1987). Economic Animals – Zur Psychologie der Arbeitssucht. *Störfaktor*, 1, 49-64.
- Windholz, C. (1997). *Arbeitssucht – Theoretische Analyse und empirisch-psychologische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung von Selbstkonzept und sozialer Erwünschtheit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Tübingen: Universität Tübingen.



Dr. Stefan Poppelreuter

Diplom-Psychologe, Leiter des Bereichs HR Development Service der TÜV Rheinland Personal GmbH, Bonn. Promotion zum Thema Arbeitssucht, einschlägige Forschung und Publikationen zum Thema Arbeits- und Verhaltenssucht.
stefan.poppelreuter@de.tuv.com

NACHRICHT

Beratung verringert Alkoholschäden bei Neugeborenen

Mehrmalige kurze Beratungsgespräche können die Abstinenz von Schwangeren steigern und so die Gesundheit von Neugeborenen verbessern. Das hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Rahmen eines Health Technology Assessments (HTA) ermittelt. Das durch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verursachte fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist die häufigste vermeidbare Behinderung bei Neugeborenen. Eine Heilung betroffener Kinder ist nahezu unmöglich.

Schwangere können ein FAS ihres Babys verhindern, indem sie vollständig auf Alkohol verzichten. Um Ungeborene besser vor Alkohol zu schützen, empfiehlt der HTA-Bericht im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge deshalb

sogenannte Kurzinterventionen. Diese wiederholten Beratungsgespräche sollen Schwangere für die Problematik sensibilisieren und ihnen Informationen und praktische Hinweise zu Verhaltensänderungen vermitteln.

Bislang sehen Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren vor, den Alkoholkonsum routinemäßig, beispielsweise über einfache Fragebögen zu erfassen. Um die Frauen anschließend effektiv beraten zu können, empfiehlt der HTA-Bericht, Gynäkologen und andere Multiplikatoren durch Weiterbildungen stärker für das Thema zu sensibilisieren.

Aufgrund mangelnder deutscher Studien basiert der HTA-Bericht größtenteils auf US-Studien. Laut DIMDI sind diese Studienergebnisse jedoch nur eingeschränkt übertragbar. So gelten in Deutschland eher ältere Frauen der sozialen Oberschicht als Risikogruppe, während die US-Studien vorwiegend sozial benachteiligte Gruppen untersuchten. 

Alkohol und andere Drogen am Arbeitsplatz

Wolfgang Beiglböck, Senta Feselmayer

1 Einführung

1.1 Historische Entwicklung

Suchtmittel am Arbeitsplatz – haben v.a. im militärischen Bereich – schon sehr früh eine große Rolle gespielt. So gab es bereits im 16. Jahrhundert bei der königlich britischen Marine Vorschriften über Rum- und Bierzuteilungen für Seeleute, die vor der Schlacht entsprechend erhöht wurden (vgl. Ranft et al., 2002). Erst im 19. bzw. beginnenden 20. Jahrhundert wurde v.a. Branntwein als am Arbeitsplatz problematische Droge gewertet, wobei die ersten Präventionsmaßnahmen darin bestanden Schnaps durch Bier zu ersetzen. Erst später wurden auch „harmlosere“ Drogen wie Kaffee und Tee als Ersatzgetränke vorgeschlagen und die Arbeitsbedingungen als Mitauslöser für den Alkoholmissbrauch der Arbeitnehmer gesehen (Böhmer, 1889; Grotjahn, 1903). Die ersten Employee Assistance Programme (EAPs), die anfänglich nur auf Suchtprobleme fokussierten, wurden in den 1940er Jahren des vorigen Jahrhunderts ausgehend von der Alcoholics Anonymous-Bewegung in den USA entwickelt, wobei damals Intervention und nicht Prävention im Vordergrund stand. 1998 wurde in der UN-Vollversammlung eine Deklaration verabschiedet, die die Wirtschaft aufforderte, Suchtpräventionsmaßnahmen zu unterstützen. Bereits 1996 veröffentlichte die ILO (International Labour Organisation) Richtlinien für betriebliche Suchtprävention. Mittlerweile finden betriebliche Suchtpräventionsmaßnahmen nicht nur in den USA und Europa, sondern auch in der asiatischen Region weite Verbreitung (UNODC, 2007).

1.2 Ökonomische Grundlagen

Obwohl in bestimmten Bevölkerungsgruppen (z.B.: bei Straffälligen oder Arbeitslosen) Drogen weiter verbreitet sind, fand einer der letzten Household Surveys in den USA, dass 70% aller

User illegaler Drogen zwischen 18 und 49 (Gebrauch in den letzten 30 Tagen) und 77% aller Alkoholmissbraucher (5 Drinks oder mehr pro Tag in den letzten 30 Tagen) Vollzeit beschäftigt waren (SAMSHA, 1999). Viele Konsumenten beginnen mit dem regelmäßigen Gebrauch erst um das 20. Lebensjahr, sodass es zu manifesten Problemen erst im mittleren Lebensalter kommt. Mangione et al. (1999) fanden in einer groß angelegten Studie einen engen Zusammenhang zwischen Leistungsproblemen (z.B.: verminderte Arbeitsleistung, Abwesenheiten vom Arbeitsplatz, ...) und moderatem bis deutlich überhöhtem Alkoholkonsum. Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch beim Cannabisgebrauch und dem Gebrauch von ärztlich verordneten Psychopharmaka. Ein geringer Alkoholkonsum jedoch scheint die Produktivität eher zu steigern (zumindest in Großbritannien), jedoch bei bereits gering erhöhtem Konsum fällt die Arbeitsleistung deutlich ab (Rannia, 2003).

Über das genaue finanzielle Ausmaß der Schäden für ein Unternehmen finden sich aufgrund vielfacher methodologischer Probleme sehr unterschiedliche Angaben. Die weitverbreitete Faustformel des Stanford Research Institute (1975) von 25% jährlich nicht erbrachter Lohnleistung pro Arbeitnehmer beruht lediglich auf Schätzungen. So reichen die Ergebnisse bezüglich Arbeitsunfällen unter Alkohol-/Drogeneinfluss von einem Fünftel aller Unfälle bis zu 5% aller Arbeitsunfälle, wobei eine intermittierende Variable im generellen betrieblichen Problemverhalten zu liegen scheint, dass mit Drogengebrauch einhergeht (Spicer et al., 2003). Insgesamt wird jedoch davon ausgegangen, dass v.a. Alkohol einen deutlichen Einflussfaktor bei Arbeitsunfällen darstellt (Lehmann, 1993). Bezüglich der Krankenstandstage pro Jahr reichen die Ergebnisse bei Alkohol von einer Erhöhung um das 5-fache (Resch et al., 1998) bis zu einem Tag mehr pro Jahr für Nikotin (Parrot, 2000). Für illegale Drogen liegen für alle Parameter kaum Daten vor (Cook, 2002), auch die Effekte von rezeptpflichtigen Medikamenten wurden bisher nicht ausreichend

untersucht und finden in entsprechenden Programmen auch wenig Beachtung. In einer Untersuchung im Anton-Proksch-Institut (Schneider, 1991) wird von einem personenbezogenen Produktivitätsausfall von 12,5-25% bei Alkoholkranken im letzten Jahr vor einer stationären Behandlung ausgegangen. Die Folgekosten für ein Unternehmen wie z.B. beschädigte Geräte oder Schadenersatzklagen sind darin nicht inkludiert. Für das Jahr 2002 berechnete Rania (2003) die betrieblichen Kosten für das Vereinigte Königreich mit 1,2-1,8 Milliarden Pfund für Krankenstände und andere Abwesenheiten vom Arbeitsplatz. Für Nikotin liegt der entsprechende Wert bei 588 Millionen Pfund (unter Einrechnung der Rauchpausen steigt dieser Wert auf 5,2 Milliarden Pfund).

1.3 Entstehungsbedingungen

Begünstigende Faktoren für das Auftreten von Suchtproblemen bei Mitarbeitern werden einerseits in organisatorischen Einflussfaktoren, aber auch Arbeitsbedingungen und personenbezogenen Einflussfaktoren gesehen. Einer der wesentlichsten Einflussgrößen am Arbeitsplatz ist die suchtbezogene Unternehmenskultur, d.h. wie mit Suchtmitteln am Arbeitsplatz umgegangen wird, welchen Stellenwert sie haben, die Trinknormen, Peer-group Pressure, „Macho-Ethos“ etc. Dieser Zusammenhang konnte in einer Reihe von Studien gesichert werden (Ames et al., 1999; Mangione et al., 1999).

Dabei kommt auch der sozialen Kontrolle am Arbeitsplatz eine besondere Bedeutung zu (Ames et al., 2000). Berufe, die einer geringen sozialen Kontrolle unterliegen (wie z.B. Politiker, Ärzte und teilweise auch Führungskräfte der oberen hierarchischen Ebenen) scheinen von Suchtproblemen vermehrt betroffen zu sein (Galea et al., 2005). Neben diesen Berufen scheint es noch eine Reihe von weiteren zu geben, die aufgrund der Arbeitsplatzbedingungen vermehrt gefährdet sind: Dazu gehört zweifelsohne das Gastgewerbepersonal und Gesundheitsberufe – wohl wegen der leichten Verfügbarkeit von Alkohol bzw. Medikamenten. Weiters dürften Schichtarbeit und auch arbeitsbedingte Stressfaktoren (Zeitdruck, körperliche Belastungen, finanzielle Unsicherheiten, usw.) zu der erhöhten Gefährdung beitragen. Neben Angehörigen von Sicherheitsberufen v.a. des Militärs finden sich auch Seeleute, Lehrer und Journalisten unter den gefährdeten Berufsgruppen (Galea et al., 2005).

Die personenbezogenen Einflussgrößen sind generell jene, die auch für die Gesamtbevölkerung gelten – d.h. besonders gefährdet

erscheinen junge Männer mit einem niedrigen Selbstwert, mit einer familiären Suchtbelastung und einer forensischen Vorgeschichte (Lehmann et al., 2002). Andererseits liegen verschiedenen Daten vor, dass auch zunehmend Mädchen bzw. Frauen von Suchtproblemen betroffen sind (Currie et al., 2004; Uhl et al., 2011). In einer sich heute rasch verändernden Arbeitsumwelt scheinen auch jene Personen vermehrt gefährdet, die Schwierigkeiten mit Anpassung an die Macro- und Microbedingungen einer sich verändernden Arbeitswelt haben (Lucas, 2005).

2 Prävention und Intervention

Nach Ghodse (2005) hat ein modernes und erfolgreiches Präventionsprogramm nicht sanktionierend zu sein. Es soll Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Evaluation beinhalten. Weiters sollte es Teil der „business development strategy“ eines Unternehmens sein.

Ein erster Schritt eines derartigen Programmes sollte aus der Erhebung des dysfunktionalen Umganges mit Suchtmitteln in einem Unternehmen bestehen.

Jahrelanges Zuschauen beziehungsweise Wegschauen sind Strategien, die zwar aus der Ratlosigkeit und der „erlernten Hilflosigkeit“ der Führungskräfte verständlich sind (Fuchs et al., 1998), aber im Regelfall zu einer Eskalation der Problematik führen. Kündigungen sind zwar auch eine vorübergehende Lösung der Problematik, jedoch der nächste alkohol- bzw. suchtkranke Mitarbeiter kommt bestimmt. Bis zur Kündigung ist allerdings mit einer massiven persönlichen Belastung der Mitarbeiter und Führungsproblemen zu rechnen. Die Entwicklung z.B. einer Alkoholkrankheit dauert zwischen 6 Jahren (bei Frauen) und 12 Jahren (bei Männern) (Beiglböck et al., 1998).

Wenn das Suchtproblem bei einem Mitarbeiter nicht mehr zu übersehen ist, wird meist nicht die zuständige Führungskraft aktiv, sondern es kommt zu einem Delegieren an die „zuständigen Fachkräfte“, sprich Betriebsarzt oder Betriebsrat und/oder Personalabteilung. Diese sind jedoch mit der Situation meist überfordert. Der Betriebsarzt kennt nur den Mitarbeiter und seine medizinische Situation, aber nicht die Probleme, die direkt am Arbeitsplatz auftreten, der Betriebsrat ist von seiner Funktion her genötigt, sich schützend vor den Mitarbeiter zu stellen, während die Personalabteilung in diesem Stadium der Entwicklung nur mehr massive disziplinarische Maßnahmen setzen kann. Eine effiziente Hilfe für den betroffenen Mitarbeiter ist so nicht mehr möglich.

Eine andere dysfunktionale Vorgangsweise besteht im Abschieben des „unbequemen Mitarbeiters“ in mehr oder weniger offiziell definierte „Sozialabteilungen“.

So landen qualifizierte Juristen beim Aktenkopieren und -ordnen und es entwickeln sich in bestimmten Abteilungen, da alle MitarbeiterInnen mit Suchtproblemen dorthin versetzt werden, beeindruckende Trinkunsitten.

Ein weiterer inadäquater Umgang ist das sogenannte „co-abhängige“ Verhalten. Dieser Begriff ist in der Literatur weit verbreitet und soll daher hier beibehalten werden, wobei jedoch damit keinesfalls das Verhalten der mit suchtkranken interagierenden Personen pathologisiert werden soll. Es handelt sich lediglich um eine kommunikative Dynamik, die in der Interaktion mit Suchtkranken entsteht. Diese Interaktionsform geschieht ja meist aus der Absicht heraus dem Mitarbeiter zu helfen und ihm den Arbeitsplatz zu erhalten. Dabei wird allerdings übersehen, dass man mit dieser Vorgangsweise eigentlich dazu beiträgt, dass sich die Alkoholproblematik noch weiter verschärft.

Obwohl schwer nachzuvollziehen, gehört zu den ineffizienten Maßnahmen auch ein, meist noch dazu zu rasch ausgesprochenes, Alkoholverbot, falls es als einzige Maßnahme der Suchtprävention durchgesetzt wird. Im Regelfall ist der einzige Effekt des Entfernens der Bierautomaten und des Verbots von alkoholischen Getränken bei Betriebsfeiern ein massiver Widerstand seitens der Belegschaft und damit verschiebt sich der Alkoholkonsum „in den Untergrund“ (Reaktanzphänomen). Damit wird dazu beigetragen, dass die Alkoholprobleme noch mehr verleugnet werden und eine sinnvolle Intervention kaum mehr möglich ist. Die im Spülkasten der Sanitäranlagen versteckten Bierflaschen sind nicht nur gut versteckt, sondern auch gut gekühlt.

Es ist manchmal beklemmend zu erleben, wie zuerst das Unternehmen jahrelang tatenlos zusieht, dann passiert ein dramatischer Zwischenfall (drogen- oder alkoholbedingter Todesfall eines jüngeren Mitarbeiters, Arbeitsunfall u.ä.) und dann sollte sofort etwas geschehen. Am besten sollte ein komplettes Programm in 3 Wochen stehen und auch bereits erste Erfolge zeigen.

Aufgrund der oben erwähnten Widerstände und des bisherigen Umganges ist jedoch ein derartig schnelles Implementieren auch des besten Präventionsprogrammes der Garant für ein sicheres Scheitern jeglicher Bemühungen. Ein sinnvolles Vorgehen hat daher langsam zu erfolgen und dauert im Regelfall mehrere Jahre.

2.1 Zieldefinition

Oft ist der Anspruch des Auftraggebers lediglich erkrankten Mitarbeitern zu helfen. Dies ist zwar eine wesentliche Aufgabe, jedoch nur ein Teilbereich der notwendigen Interventionen. Bei der Erstellung der betriebsspezifischen Teilziele muss somit darauf geachtet werden, dass auch entsprechende primär und sekundär präventive Programme implementiert werden. Sonst werden zwar Abhängige behandelt, aber die Entstehungsbedingungen nicht berücksichtigt.

Primär präventive Maßnahmen sind all jene Interventionen, die dazu geeignet sind, das Auftreten von Suchtproblemen im Betrieb zu minimieren. Unter sekundär präventiven Maßnahmen versteht man jene Interventionen, die dazu dienen bereits bestehende Probleme rechtzeitig zu erkennen und Interventionen so zu setzen, dass es zu keiner Eskalation kommen kann. Ein effizientes Präventionsprogramm muss daher alle drei Bereiche umfassen.

2.2 Durchführungsphase

2.2.1 Entwicklung und Implementierung eines Präventionsprogrammes

Der für einen Betrieb schwierigste Teil besteht in der Installation eines innerbetrieblichen Präventions- und Früherkennungsprogrammes. Ein solches innerbetriebliches Programm kann nur funktionieren, wenn es vom gesamten Betrieb getragen wird. Wir meinen damit: Führungsspitze, Betriebsrat, mittleres Management und Basis. Es muss einheitlich und transparent sein. Unsere Erfahrung zeigt, dass wenn nur eine dieser Instanzen ausfällt oder es sogar sabotiert, das vorgegebene Ziel nicht erreicht werden kann.

2.2.2 Maßnahmen zur Sensibilisierung

Ein wesentlicher Punkt ist daher, im Vorfeld einer eventuellen Implementierung eines derartigen Programmes eine Sensibilisierung aller Ebenen des Betriebes zu erreichen. Dies muss mit besonderer Sorgfalt geschehen, um häufig zu beobachtendem Abwehrverhalten vorzugreifen. Bereits hier sollten externe Berater innerbetrieblichen Entscheidungsträgern zur Seite stehen. Als neutrale Beobachter mit dem entsprechenden Expertenwissen können sie mit der nötigen Vorsicht auch die „heißen Eisen“ ansprechen.

Jedenfalls ist es notwendig vor der Installation einer innerbetrieblichen Arbeitsgruppe mit allen Entscheidungsträgern eines Unternehmens Kontakt aufzunehmen, um Erwartungen abzuklären, mögliche und sinnvolle Interventionschritte vorzustellen, die Auswirkungen des Problems (menschlich und finanziell) für das Unternehmen sichtbar zu machen und sie von der Notwendigkeit der oben beschriebenen Maßnahmen zu überzeugen. Es muss das prinzipielle Einverständnis der obersten Führungsebene, der Personalabteilung und des Betriebsrats vorliegen, bevor erste Maßnahmen in einer Projektgruppe erarbeitet werden.

2.2.3 Implementierung

Erst nach Abschluss dieser Phase ist die Installation einer „kick-off group“ angebracht. Generell erscheint es jedoch sinnvoll darauf hinzuwirken, dass die Tätigkeit derartiger Gruppen nicht nur auf Suchtprobleme beschränkt bleibt, sondern auch die Erlangung der Kompetenz zur Entwicklung breiter angelegter Gesundheitsförderungsprogramme angestrebt wird. Dies erhöht nicht nur die Akzeptanz eventueller Programme in der Belegschaft, sondern scheint auch im Hinblick auf andere psychosoziale Schwierigkeiten (z.B. psychosomatische Erkrankungen) oder gesundheitsgefährdendes Verhalten (z.B. Fehlernährung) von Bedeutung zu sein. Außerdem können über den Umweg von Gesundheitszirkeln auch betroffene Mitarbeiter erfolgreich in primär präventive Aktionen eingebunden werden, die sonst nicht erreicht werden können (Shain et al., 1986; Shedah et al., 1990)

Diese „Projektgruppe“ sollte einerseits aus Personen bestehen, die ein Interesse daran haben ein betriebliches Präventionsprogramm aufzubauen, wobei neben Betriebsrat, Betriebsarzt, Betriebspsychologe zumindest auch die Personalabteilung vertreten sein sollte. Wesentlich ist, dass ein Mitglied der obersten Führungsebene als Projektmentor fungiert; er selbst muss aber nicht Mitglied der Projektgruppe sein. Mögliche weitere Mitglieder dieser Gruppe sind, je nach Organisationsstruktur und Aufgabengebiet des Unternehmens, Sicherheitstechniker, Jugendvertrauenspersonen u.a. Diese Projektgruppe erstellt einen Maßnahmenkatalog und begleitet das gesamte Projekt, wobei wie bereits weiter oben angeführt alle drei Bereiche der Prävention abgedeckt sein müssen.

Primärpräventive Maßnahmen

Für den Bereich Primärprävention heißt das zum Beispiel: Nutzung der innerbetrieblichen

Medien (Entwurf und Ausführung eines Info-Folders, laufende Beiträge in der Betriebszeitung, ...), Regeln für den Umgang mit Alkohol und andere Suchtmittel im Betrieb (Kantine, Feiern, etc.), Abklärung der Arbeitsplatzbedingungen, etc. Eventuell sind auch zielgruppenorientierte Aktionen, wie etwa für Lehrlinge, anzustreben. Ein besonderes Problem stellt die Änderung der suchtmittelbezogenen Unternehmenskultur dar. Ein erfolgversprechender Ansatz, der leider noch zu wenig verfolgt wird, sind Peer-unterstützte Programme. Während dieser Ansatz in der schulischen Prävention weit verbreitet ist, fand er im betrieblichen Umfeld bisher wenig Beachtung. Der „peer assistance approach“ beruht auf der Prämisse, dass Arbeitskollegen am ehesten dafür qualifiziert sind die Probleme und Bedürfnisse ihrer Arbeitskollegen zu kennen (Sonnenstuhl, 1996).

Sekundärpräventive Maßnahmen

Im Bereich der Sekundärprävention sind dies u.a. folgende Maßnahmen: Installation einer Krisengruppe, Erarbeitung eines Stufenprogrammes und Schulung von Führungskräften. Während sich Drogenscreening Programme v.a. in Sicherheitsberufen und in Verkehrsbetrieben großer Beliebtheit erfreuen, „the evidence of its preventive/deterrence effects is less definitive than generally assumed by industry and the public“ (Cook et al., 2002, S. 118). Andererseits werden immer wieder in Einzelfällen spektakuläre Erfolge berichtet. Walsh (1995, zitiert nach Cook et al., 2002) z.B. berichtet, dass 1987 noch 21% aller Eisenbahnmitarbeiter in den USA nach Unfällen positiv auf Drogen getestet wurden, während es nach Einführung eines Drogenscreeningprogramms nur mehr 5% waren. Allerdings wurde in nahezu allen Unternehmen, die derartige Erfolge berichten, nicht nur ein Drogenscreeningprogramm eingeführt, sondern umfassende Präventionsprogramme, sodass die einzelnen Wirkfaktoren nur schwer auseinandergehalten werden können (Cook et al., 2002).

Üblicherweise erfolgt ein Drogentest entweder beim Einstellungsgespräch, nach Unfällen oder anderen betrieblichen Vorfällen. Ein besonderes ethisches Problem stellt das „random testing“ dar. Ethische Probleme ergeben sich in allen Bereichen der Prozedur. Zum Beispiel bei der Abnahme von Harnproben, die ja unter Beobachtung erfolgt, was zu demütigenden Vorgangsweisen unter Kollegen führen kann. Andere Probleme sind – abgesehen von nicht zuverlässigen Prüfmethode –, dass unklar ist, ob der gemessene erhöhte Wert tatsächlich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Geschehen steht. Zum Beispiel kann THC bis zu

mehreren Wochen nach dem Letztkonsum nachgewiesen werden (vgl. z.B. Christofides et al., 2005). Die Einführung derartiger Maßnahmen sollte daher genau überlegt werden, wobei alle innerbetrieblichen, aber auch generellen Rechtsvorschriften Beachtung finden müssen. Es empfiehlt sich dringend die Festlegung einer „chain of custody“ unter Beachtung der Leitlinien der ILO (1996).

Die Krisengruppe soll als Ansprechstelle für Führungskräfte und Betroffene dienen. Daher sollten ihr nicht nur Mitglieder des Betriebsrates und der betriebsärztlichen Abteilung angehören, sondern auch entsprechend geschulte Führungskräfte. Die Mitglieder dieser Krisengruppe können unabhängig voneinander handeln, sich aber regelmäßig über aufgetretene Probleme bei der Umsetzung des Programmes beraten und an die Projektgruppe rückmelden.

Eine wesentliche sekundärpräventive Maßnahme ist die Erstellung eines sogenannten „Stufenprogrammes“. Gemeint ist damit, einen konsequenten Umgang mit gefährdeten Mitarbeitern mit Hilfsangeboten zu koppeln. Das bedeutet, dass 4-6 Gespräche mit einer zunehmenden Öffentlichkeit und einem zunehmenden Ausmaß an Konsequenzen für den Betroffenen geführt werden. Der Zeitrahmen eines solchen Stufenprogrammes umfasst ca. 9 Monate und muss im Betrieb allen MitarbeiterInnen zur Kenntnis gebracht werden. Es muss jedoch den rechtlichen und betriebsinternen Rahmenbedingungen angepasst werden. Eine Kündigung ist erst möglich, wenn sich der Mitarbeiter trotz mehrmaliger Aufforderung keiner Behandlung unterzogen hat und auch nicht abstinent wird. Ziel dieser Maßnahmen ist allerdings nicht der disziplinierte Druck an sich, sondern beim betroffenen Mitarbeiter eine bewusste Wahrnehmung seiner Suchtprobleme zu erreichen.

Begleitende Schulungen für Führungskräfte sollten v.a. folgende Bereiche umfassen (Beiglböck et al., 2009 und 2010):

- Selbstreflexion des eigenen Trinkverhaltens und des Zuganges zu betroffenen Mitarbeitern,
- Früherkennung,
- Information über Suchtmittel, -entwicklung und -verhalten,
- Kommunikation und Gesprächsführung,
- Umgang mit betriebsinternen Programmen.

Die Kommunikation, das heißt Gespräche mit Gefährdeten und Abhängigen, gehört für Vorgesetzte mit Führungsverantwortung zu den besonders schwierigen Aufgaben. Erfahrungsgemäß ist das erste problemzentrierte Gespräch, also das Konfrontationsgespräch, wobei besondere Schwellenängste überwunden werden müssen, eher schwierig. Anhand von

exemplarischen Fällen und im Rollenspiel müssen daher entsprechende Fertigkeiten intensiv trainiert werden.

Die Unsicherheiten in der „technischen“ Durchführung derartiger Gespräche sind allerdings nicht der einzige Hinderungsgrund, der Führungskräfte das Gespräch mit abhängigen Mitarbeitern zu spät suchen lässt. Fuchs et al. (1998) führen, ausgehend von einer Untersuchung in einer deutschen Bank folgende Ergebnisse an: 74% der befragten Führungskräfte geben als Grund für nicht geführte oder zu spät geführte Konfrontationsgespräche an, dass sie unsicher in der Einschätzung der Problematik waren oder zu wenig Beweise hatten (44%). Hemmungen und Peinlichkeit werden zu 36% angegeben, annähernd gleich oft wie die Angst vor den Reaktionen des Mitarbeiters (34%). Auch die mangelnde Information über die Krankheit Alkoholismus (28%) scheint eine große Rolle zu spielen. Erst an sechster Stelle wird der in Seminaren oft spontan angegebene Grund „Zeitmangel“ genannt (22%). Immerhin zu 9% wird der eigene Alkoholkonsum als Hinderungsgrund angegeben. Auch die Befürchtung, dem Mitarbeiter zu schaden, die Angst, sich unbeliebt zu machen, und die mangelnde Unterstützung der eigenen Vorgesetzten sind von nicht zu unterschätzender Bedeutung (13%, 8% und 8% der Nennungen). Aus diesen Antworten geht ziemlich eindeutig hervor, dass die ausschließlich theoretische Vermittlung der spezifischen Gesprächstechniken nicht ausreichen wird. Da emotionale Unsicherheiten, aber scheinbar auch Schuldgefühle und mangelndes Wissen bezüglich der Abhängigkeitserkrankungen eine zentrale Bedeutung zu haben scheinen, ist diesen Umständen in entsprechenden Schulungen entsprechende Aufmerksamkeit zu widmen.

Tertiärpräventive Maßnahmen

Für den Bereich der Tertiärprävention heißt das, dass die Zusammenarbeit zwischen dem Unternehmen und Behandlungs- und Rehabilitationseinrichtungen geregelt werden muss, da eine Folge des Stufenprogrammes auch die Behandlung des Arbeitnehmers sein kann. Es hat sich als günstig erwiesen, Ansprechpartner in der Behandlungseinrichtung zu ernennen, die sowohl den Führungskräften als auch den möglicherweise betroffenen Mitarbeitern namentlich bekannt sind. So können Hemmschwellen leichter überwunden werden, die Behandlung kann schneller begonnen werden.

Um die nötige Vertraulichkeit herzustellen, ist es aber unabdingbar, dass der Therapeut nicht mit dem Berater des Unternehmens identisch ist. Dieser Umstand muss auch im-

mer wieder innerbetrieblich kommuniziert werden.

In einigen Staaten hat sich auch das Prinzip eines innerbetrieblichen Suchthelfers etabliert. Eine entsprechend geschulte Person (oft auch ein ehemaliger Abhängiger) übernimmt die Betreuung/Behandlung eines betroffenen Kollegen. Unserer Erfahrung nach funktionieren derartige Strukturen nur in jenen Staaten, die eine langjährige Tradition in der Laiensuchthilfe haben (USA oder Deutschland) oder in welchen Suchterkrankungen mit einem geringeren Tabu besetzt sind. Diese Überlegungen sollten daher vor der Einsetzung innerbetrieblicher Behandlungsmaßnahmen erfolgen.

Durch die Zusammenarbeit des Unternehmens mit einer Behandlungseinrichtung entsteht aber auch ein größeres Verständnis des Unternehmens für therapeutische Prozesse, womit auch eine bessere Wiedereingliederung des Mitarbeiters in das Unternehmen möglich wird. So wird z.B. die Notwendigkeit einer längerfristigen ambulanten Behandlung verstanden, diese innerbetrieblich unterstützt und kontrolliert und der Patient erfährt auch direkt am Arbeitsplatz mehr Unterstützung (eventuell Arbeitsplatzwechsel, etc.).

3 Rahmenbedingungen

Um ein effizientes Vorgehen zu gewährleisten, bedarf es einiger innerbetrieblicher Rahmenbedingungen, die nochmals kurz zusammengefasst werden sollen:

- Den Projektgruppen muss der notwendige zeitliche Rahmen zur Verfügung gestellt werden und alle üblichen Richtlinien der Projektarbeit sind zu beachten.
- Die notwendigen finanziellen Mittel für die Durchführung müssen bereitgestellt werden.
- Die erarbeitete Vorgangsweise darf nicht den Dienstnehmerrechten widersprechen und muss mit bestehenden innerbetrieblichen Rechtsvorschriften kompatibel sein.
- Einbeziehung der Ergebnisse der Projektgruppe in die Führungsrichtlinien, d.h. Vorgesetzte sind verpflichtet, das problemzentrierte Gespräch mit dem Mitarbeiter zu führen.
- Schriftliche Festlegung der innerbetrieblichen Vorgangsweise als Richtlinien oder bei nachgewiesener Sinnhaftigkeit langfristig als Betriebsvereinbarung (für Beispiele aus verschiedenen Unternehmen vgl. Ghodse et al., 2005).
- Nach Abschluss der Projektarbeit muss die Projektgruppe in eine ständige Arbeitsgruppe

übergeführt werden, die dafür sorgt, dass die Ergebnisse auch weiterhin umgesetzt werden (z.B. Schulung neu eintretender Mitarbeiter und neuer Führungskräfte, Präsenhalten des Themas im betrieblichen Alltag, ständige Anpassung der Maßnahmen an geänderte betriebliche Gegebenheiten, etc.).

4 Evaluation

Obwohl die Evaluation getroffener Entscheidungen im betrieblichen Alltag üblicherweise einen hohen Stellenwert einnimmt, wird sie in diesem Bereich unserer Erfahrung nach oft vernachlässigt. Diese sollte jedoch im Sinne einer ständigen Optimierung breitere Aufmerksamkeit finden.

Die Berechnung der finanziellen Einsparungen, die ein Unternehmen mit derartigen Maßnahmen erreichen kann, ist methodisch etwas schwierig, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass der überwiegende Teil dieser Programme positive Resultate zeitigt (Kurtz et al., 1984). Eine umfangreiche betriebswirtschaftliche Studie der Firma McDonnell-Douglas aus den Jahren 1985 bis 1988 geht davon aus, dass bereits 2 Jahre nach Einführung eines derartigen Programmes der Nutzen im Vergleich zu den Aufwendungen 3:1 stand und in den weiteren Jahren auf 4:1 stieg (Fuchs et al., 1998). Letztendlich sollte es sich aber bei solchen Maßnahmen nicht nur um eine Kostenentscheidung handeln, sondern um eine Werteentscheidung!

5 Schlussbemerkungen

Die Prävention von Alkoholproblemen am Arbeitsplatz stellt – sofern es sich nicht um ausschließlich „kosmetische“ Maßnahmen handelt – eine effiziente Methode der Suchtprävention dar. Sie ermöglicht in einem eng umschriebenen Setting zielgerichtete person- und situationsspezifische Interventionen zu koordinieren und zu evaluieren. Obwohl es sich bei Alkoholpräventionsprojekten um eng umschriebene problembezogene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung handelt, darf nicht übersehen werden, dass es sich bei der Abwicklung derartiger Programme um Veränderungen im Sinne einer Personal- und Organisationsentwicklung handelt.

Als externer Berater ist daher mit einem entsprechenden organisationspsychologischen und betriebswirtschaftlichen Hintergrundwissen und in Kenntnis organisatorischer Abläufe des Unternehmens vorzugehen. Ein eingeeing-

tes, ausschließlich „psychotherapeutisches“ Herangehen an diese Problematik ist nicht nur kontraproduktiv für das betreffende Unternehmen, sondern führt auch dazu, dass gescheiterte Projekte als weiterer Beleg für die Richtigkeit einer diesbezüglichen nihilistischen Einstellung herangezogen werden. Der in Österreich ohnehin nicht sehr florierende Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung wird damit weiterhin von betrieblichen Entscheidungsträgern nicht aufgegriffen werden.

Literatur

- Ames, G. M. & Grube, J. W. (1999). Alcohol availability and workplace drinking. Mixed Methods Analyses. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 383-393.
- Ames, G. M., Grube, J. W., Moore, R. S. (2000). Social control and workplace drinking norms: A comparison of two organizational cultures. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 203-219.
- Beigelböck, W. & Feselmayer, S. (1998). Alcohol in the workplace: Attitudes, Policies and Programmes in Austria. *Country Report for the European Commission DGV F3*.
- Beigelböck, W. & Feselmayer, S. (2009). Addiction at Work – A Challenge for Occupational Health Psychology. In: A.-S. G. Antoniou, C. L. Cooper, G. P. Chrousos, Ch. D. Spielberger, M. W. Eysenck (Ed.), *Handbook of Managerial Behavior And Occupational Health*. Cheltenham: Edward Elgar Publ.
- Beigelböck, W. & Feselmayer, S. (2010). Austria – Employee Assistance Programs In: Masi, D. A. (Ed.), *International Employee Assistance Anthology* (4th Ed., S. 57-65). Washington: Masi Research Consultants Inc. Publ.
- Böhmert, V. (1889). *Der Branntwein in Fabriken*. Leipzig: Duncker & Humblot.
- Christofides, J. & Egerton, M. (2005). Drug Screening and Detection. In: H. Ghodse (Ed.), *Addiction at Work – Tackling Drug Use and Misuse in the Workplace*. Aldershot, Burlington: Gower Publ. Ltd.
- Cook, R. & Schlenger, W. (2002). Prevention of Substance Abuse in the Workplace: Review of Research on the Delivery of Services. *The Journal of Primary Prevention*, 23, 1, 115-142.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., Rasmussen, V. B. (Ed.) (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Fuchs, R., Rainer, L., Rummel, M. (Hrsg.) (1992). *Betriebliche Suchtprävention*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Galea, S. & Ghodse, H. (2005). Drug Misuse and the Work Place Culture. In: H. Ghodse (Ed.), *Addiction at Work – Tackling Drug Use and Misuse in the Workplace*. Aldershot, Burlington: Gower Publ. Ltd.
- Ghodse, H. (Ed.) (2005). *Addiction at Work – Tackling Drug Use and Misuse in the Workplace*. Aldershot, Burlington: Gower Publ. Ltd.
- Grotjahn, A. (1903). *Soll man bei der Arbeit Alkohol genießen?* Berlin: Mäßigkeits-Verlag.
- ILO (International Labour Organisation) (1996). *Management of Alcohol and Drug-related Problems in the Workplace*. Genf: ILO.
- Kurtz, N. R., Googins, B., Howard, W. C. (1984). Measuring the Success of Occupational Alcoholism Programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 1, 33-45
- Lehmann, W. E. K., Farabee, D. J., Halcom, M. L., Simpson, D. D. (1993). Employee accidents: Influences of Personal Characteristics, Job Characteristics and Substance Use in Jobs Differing in Accident Potential. *Journal of Safety Research*, 24, 205-221.
- Lehmann, W. E. K. & Bennet, J. B. (2002). Job Risk and Employee Substance Abuse: The Influence of Personal Background and Work Environment Factors. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28 (2), 263-286.
- Lucas, G. (2005). Effects and Risk of Workplace Culture. In: Ghodse, H. (Ed.), *Addiction at Work – Tackling Drug Use and Misuse in the Workplace*. Aldershot, Burlington: Gower Publ. Ltd.
- Mangione, T., Howland, J., Amick, B., Cote, J., Lee, M., Bell, N. & Levine, S. (1999). Employee drinking practices and work performance. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 261-270.
- Masi, D. A. (Ed.) (2000). *International Employee Assistance Anthology*. Washington: Dallen Inc.
- Parrot, S., Godfrey, C., Raw, M. (2000). Costs of Employee Smoking in the Workplace in Scotland. *Tobacco Control*, 91, 187-192.
- Ranf, B. & Hill, J. R. (Eds.) (2002). *The Oxford illustrated History of the Royal Navy*. Oxford: Oxford University Press.
- Rannia, L. (2003). *Alcohol misuse: How much does it cost?* London: Strategy Unit Labour Office.
- Resch, M. & Fuchs, R. (1998). Alkohol und Arbeitssicherheit. In: R. Fuchs, L. Rainer, M. Rummel (Hrsg.), *Betriebliche Suchtprävention*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Samsha (1999). *Summary of findings from the 1998 National Household Survey on Drug Abuse. Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. Rockville: Office of Applied Studies.

- Schneider, S. (1991). *Vorteilhaftigkeitsuntersuchung der Alkoholentwöhnungskur im Anton-Proksch-Institut*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien.
- Shain, M. Surrvali, H. & Boutilier, M. (1986). *Healthier workers: Health promotion and employee assistance programs*. Lexington: Lexington Books.
- Shehadeh, V. & Shain, M. (1990). *Influences on wellness in the workplace: A multivariate approach*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sonnenstul, W. (1996). *Working sober: The transformation of an occupational drinking culture*. Ithaca: Cornell University Press.
- Spicer, R. S., Miller, T. R., Smith, G. S. (2003). Worker Substance Use, Workplace Problems and the Risk of Occupational Injury: A Matched Case Control Study. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 570-579.
- SRI (Stanford Research Institute) (1975). *Betriebliche Alkoholismusprogramme in US-Firmen. Ein Untersuchungsbericht des Long Range Planning Service*. London: Menlo Park.
- Uhl, A., Bachmayr, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U., Musalek, M. (2011). *Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- United Nations (1998). *Special Session of the General Assembly, Guiding Principles of Drug Demand Reduction. IV E 15*. New York, 8.-10. June 1998.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2007). *Annual Report 2007 – covering activities in 2006*. Wien: UNODC.
- Walsh, J. M. (1995). *Is workplace drug-testing effective: Let's see the data*. Guest Editorial in MRO Update, October.



Dr. Wolfgang Beiglböck
Univ.Lektor, Klinischer Psychologe,
Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut
wolfgang.beiglboeck@api.or.at



Dr. Senta Feselmayer
Univ.Lektorin, Klinische Psychologin,
Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin

NACHRICHT

Drogenmissbrauch: Immer mehr Abhängige von „Crystal Meth“

Auf die hohen Zuwachsraten beim Missbrauch der Droge „Crystal Meth“ machten Sachverständige im Gesundheitsausschuss des Bundestages aufmerksam. Der Anhörung ging ein Antrag der SPD voraus, in dem ein schärferes Vorgehen gegen neue synthetische Drogen gefordert wird (17/10646). Prof. Dr. med. Rainer Thomasius vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf wies darauf hin, dass vor allem in Sachsen – im Grenzgebiet zu Tschechien

– die Zahl der hilfesuchenden Konsumenten von Crystal Meth im Vergleich zum Vorjahr um 41 Prozent gestiegen sei. Auch Bayern und Thüringen seien betroffen.

Meth-Amphetamin sei eine extrem gesundheitsschädigende Substanz und weise ein hohes psychisches und physisches Abhängigkeitspotenzial auf, erklärte Thomasius weiter. Akute Intoxikationen könnten zu kardialen Arrhythmien, Herzinfarkt, Atemdepression, Krampfanfällen, Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma führen. Bei mittel- bis langfristigem Konsum träten induzierte Psychosen, aggressives Verhalten und Auszehrung auf. Der Kinder- und Jugendpsychiater forderte, die Maßnahmen zur Reduzie-

rung des Angebots und der Nachfrage auszuweiten. Notwendig seien mehr zielgruppenspezifische Programme in der Suchtbehandlung und Prävention.

Dieser Forderung schloss sich Dr. med. Roland Härtel-Petri, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, an. Dringend erforderlich sei zusätzlich eine epidemiologische Forschung. Das aus frei verkäuflichen Medikamenten unter anderem in „tschechischen Küchen“ produzierte Methyldamphetamin sei in Oberfranken längst keine Partydroge mehr. „Die enormen Zuwachsraten hilfesuchender Abhängiger nicht nur aus Sachsen sind alarmierend“, betonte er. Sie würden sehr schnell psychiatrische Komorbiditäten entwickeln und deshalb Hilfe suchen. 

Therapeutikum Arbeit

Kontraindikationen, Nebenwirkungen und Compliance

Oliver Scheibenbogen, Ursula Prazak, Leopold Rossmann, Gerlinde Antensteiner

Einleitung

Im Fokus der Bemühungen beruflicher (re-) integrativer Maßnahmen ist die (Wieder-)Aufnahme einer geregelten Erwerbstätigkeit. Arbeit bedeutet jedoch nicht nur Integration, sie kann ihrerseits auch maßgeblich zur Desintegration – zum Ausschluss des Betroffenen aus einer bestehenden Gemeinschaft – führen. Erfahrungen von Ablehnung und Abwertung in sozialen Interaktionen am Arbeitsplatz führen im Sinne microtraumatischer Erfahrung letztlich zur zukünftigen Vermeidung selbstwertbedrohender Situationen.

Dies trifft in besonderer Weise auf Personen mit Suchterkrankungen zu, da diese sowohl aufgrund der Suchterkrankung als auch der Arbeitslosigkeit in doppelter Weise von Stigmatisierung betroffen sind. Die Suchterkrankung führt in fortgeschrittenem Stadium zu zunehmender Isolation, soziale Kontakte können immer seltener gepflegt werden – Arbeit als wichtigste Verbindung zur Realität – geht verloren. Berufstätigkeit dient nicht nur der Einkommenssicherung, sie weist auch noch weitere wichtige Faktoren auf, wie etwa sozialer Status und Identitätsstiftung, Strukturierung des Alltags sowie die Förderung sozialer Interaktionen. Kaum ein anderes gesellschaftliches Angebot wie die Arbeit ist in der Lage, diese psychischen Funktionen gesammelt zu ersetzen.

Der vorliegende Artikel versucht am Beispiel mehrerer Projekte einen ersten Weg auf dem schmalen Grad der beruflichen (Re-) Integration arbeitsloser Personen mit Abhängigkeits-erkrankungen zwischen Überforderung und Hoffnungslosigkeit der Betroffenen aufzuzeigen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Verschränkung beruflich reintegrativer Strategien mit psychologischen Prinzipien gelegt.

Arbeitsreintegration bei Personen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen

Für die Arbeits(re-)integration sind vielfältige Maßnahmen wie Arbeitsgelegenheiten, Arbeitsplätze am Regelarbeitsmarkt als auch in (Re-)Integrationsfirmen, unterschiedliche Beschäftigungsinitiativen sowie geschützte Tätigkeiten und Förderung von sinnstiftenden Tätigkeiten notwendig (Adler, Hinze, Morschhauser, Oettler, Lenga-Radzuweit, Reichel, Rilke, Schütze, Walter & Zimmermann, 2009).

Für das Anton-Proksch-Institut, Europas größte Suchtklinik, stellt das Thema Arbeit und Beschäftigung einen wichtigen Bestandteil der Behandlungskette dar. Seit 2012 werden im Rahmen zahlreicher Projekte, darunter das Projekt „Arbeits- und Beschäftigungs-Training (ABT)“, gezielt PatientInnen in den beiden Modulen Arbeits- und Beschäftigungstraining beschäftigt und durchlaufen ein dreistufiges Qualifizierungsmodell. Das Pilotprojekt ABT ist bis Ende Jänner 2014 geplant und wird aus Mitteln des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (bmask) gefördert. Damit wird mit arbeitsreintegrativen Maßnahmen bereits während des stationären Aufenthalts begonnen. PatientInnen nehmen gleichzeitig therapeutische als auch berufliche Reintegrationsangebote in Anspruch, Synergien sowohl auf diagnostischer als auch auf therapeutischer Ebene können gezielt genutzt werden.

Aus der Perspektive des Suchttherapeuten stellen berufliche (re-)integrative Maßnahmen eine systematische Manipulation des Faktors „Umfeld“ innerhalb des Bedingungsgefüges zur Aufrechterhaltung der Sucht dar (vgl. Küfner, Soyka, Feuerlein, 2011). Eine über den stationären Entzugs- bzw. Entwöhnungsaufenthalt hinaus bestehende Arbeitslosigkeit erschwert die Aufrechterhaltung der gerade erzielten Abstinenz deutlich.

Das von dem Arbeitspsychologen Peter Warr (Hollederer & Brand, 2006) dargestellte Vitamin-Modell gibt Aufschluss darüber, was Erwerbstätige und auch arbeitslose Menschen für eine psychische Gesundheit benötigen. Peter Warr nennt, in Analogie zur lebensnotwendigen Versorgung des Menschen mit Vitaminen, neun kontextbezogene Faktoren, die die psychische Gesundheit arbeitsloser Menschen stützen sollen.

Tabelle 1

Neun kontextbezogene Faktoren psychischer Gesundheit arbeitsloser Menschen nach Warr (2011).

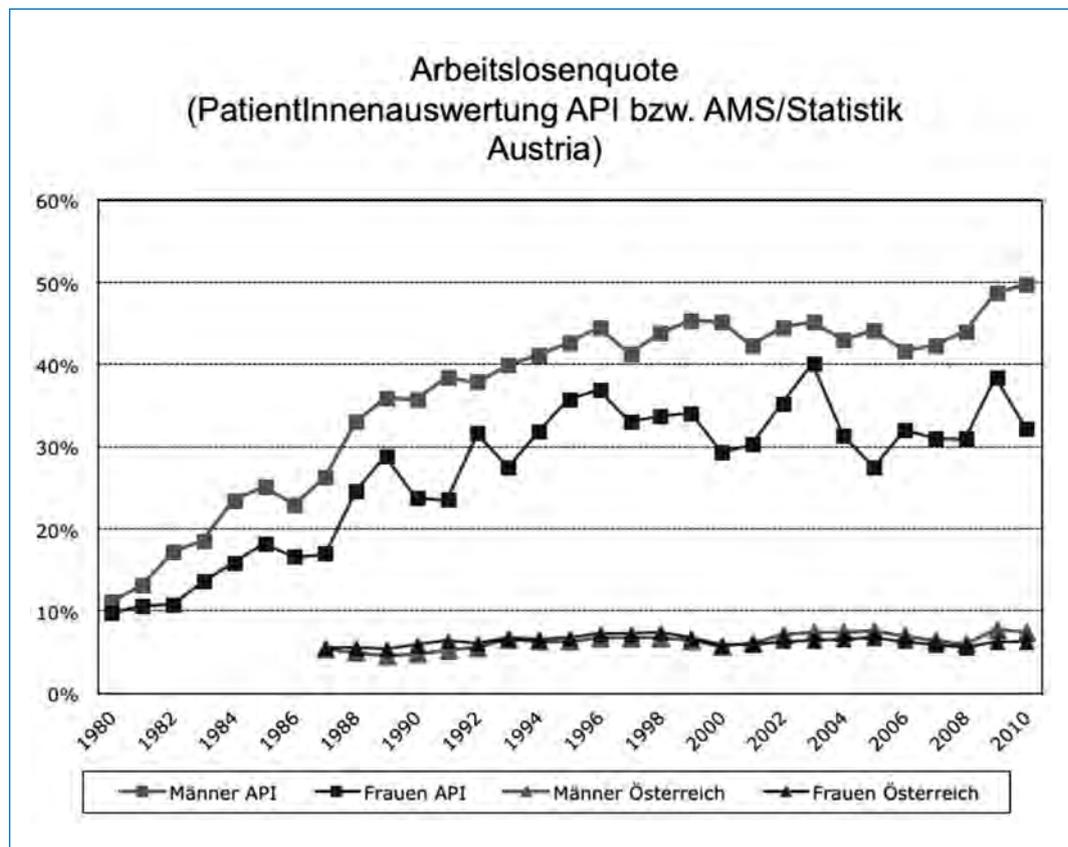
1. Kontrollmöglichkeit der eigenen Lebensbedingungen
2. Entwicklung und Anwendungsmöglichkeiten der eigenen Fähigkeiten
3. Externe Zielvorgaben, die aktivierend und motivierend wirken
4. Abwechslung und die Möglichkeit, neue Erfahrungen zu machen
5. Vorhersehbarkeit und Durchschaubarkeit von Ereignissen
6. Verfügbarkeit ausreichender finanzieller Ressourcen
7. Vorhandene physische Sicherheit
8. Vorhandene soziale Kontakte
9. Eine soziale Position, die Selbstachtung und Anerkennung durch andere begünstigt

Nach Warr hängt es von der Ausprägung der erwähnten Faktoren ab, wie die Arbeitslosigkeit empfunden wird. Die individuellen Reaktionen und Umgangsweisen arbeitsloser Menschen stellen keinen einheitlichen Reaktionsautomatismus dar, sondern sie werden durch zahlreiche Einflussfaktoren definiert, dabei spielt die bisherige Arbeitserfahrung als Berufs- oder Arbeitsorientierung eine wichtige Rolle. Menschen, die ihrer Beschäftigung einen hohen Stellenwert zuschreiben, leiden stärker unter dem Verlust des Arbeitsplatzes (Jackson et al., 1983; Kulik, 2000).

Mit fortschreitender Dauer der Arbeitslosigkeit sinkt die Motivation der Betroffenen dagegen anzukämpfen, ihre Situation wieder zu verändern. Die anfänglich durch die Differenz aus Einstellung (Arbeitenwollen) und Verhalten (keine Arbeit) entstandene Dissonanz (vgl. Festinger, 1957) wird durch den Umstand, dass eine Verhaltensänderung (Aufnahme einer Arbeit) aktuell nicht möglich ist, durch eine Einstellungsänderung reduziert bzw. beseitigt. Einstellungsdiskrepantes Verhalten führt auf lange Sicht zu einer Veränderung der Einstellung gegenüber der Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit. Die Einstellung bzw. Meinung über die Arbeit und alle assoziierten Themen wird reduziert, die der Arbeitslosigkeit wird aufgewertet. Dies wirkt zwar innerpsychisch stabilisierend,

Abbildung 1

Arbeitslosenquote der stationären PatientInnen im Anton-Proksch-Institut im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in Österreich.



hat aber auf die Motivation zur Arbeitssuche massiv negative Auswirkungen. Aus psychologischer Sicht ist daher bei reintegrativen Bemühungen bei Langzeitarbeitslosigkeit mit besonders starken Reaktanzphänomenen zu rechnen. Diesem Umstand muss bei der Gestaltung von beruflichen Reintegrationsmaßnahmen bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen in besonderer Weise Rechnung getragen werden, da die Dauer der Arbeitslosigkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ca. zehnfach erhöht ist (siehe Abbildung 1).

Finanzielle Einschränkungen und womöglich der Zwang, Ausgaben zu reduzieren oder Schulden zu machen, bedeutet ebenfalls eine psychosoziale Belastung. Die Belastung der Arbeitslosigkeit zeigt aber auch altersabhängige Belastungsprofile. Arbeitslose Menschen im mittleren Alter mit einem abhängigen Angehörigen sind am verletzlichsten. Die Belastung bei älteren und jüngeren Arbeitslosen ist im Mittel ein wenig geringer (Jackson & Warr, 1984). Grund dafür ist die bei Älteren oft resignativ vorgezogene Verrentung und bei Jüngeren, wenn sie noch nie gearbeitet haben.

Bei Männern und Frauen zeigt sich bei den Reaktionen auf Arbeitslosigkeit dann ein Unterschied, wenn Arbeit und Berufstätigkeit für diese eine unterschiedliche Bedeutung haben (Mohr, 1993). Sind gesellschaftliche Alternativen wie etwa bei Frauen häufig die Rolle der Mutter gegeben, werden auch die individuellen Folgen des Verlustes abgeschwächt.

Menschen mit niedriger Qualifikation stehen unter einem höheren Risiko, arbeitslos zu werden. Sie verfügen über ein geringes Maß an Bewältigungsstrategien, das auch ihre geringe Stressresistenz begründet. Psychosozialer Stress in der Arbeitslosigkeit ist bei jenen Menschen hoch, die über ein schwach ausgeprägtes Aktivitätsniveau im Bereich sozialer und qualifikationsbezogener Aktivitäten aufzeigen, mit der sie ihre Tagesstruktur formen. Menschen, denen es an einer Zukunftsperspektive fehlt, erleben eine Entstrukturierung von Tagesabläufen. Arbeitslose Menschen erleben ihren Tagesablauf daher häufig als sinnlos, da die Orientierungspunkte auf Aufstehen – Mittagessen – Schlafengehen, jedoch zeitlich ungebunden, reduziert sind.

Wenig soziale Kontakte, keine physische Sicherheit und eine Position, die Selbstachtung und die Anerkennung durch andere erschwert, führen zur Verschlechterung der psychischen Gesundheit. Der Psychologe Martin E. P. Seligman spricht bei der Arbeitslosigkeit auch von einer erlernten Hilflosigkeit, nämlich dann, wenn ein Mensch vergeblich eine Arbeitsstelle sucht und er in der Situation der unfreiwilligen

Arbeitslosigkeit verweilen muss. Seligman weist dabei auf den erlebten Kontrollverlust des Menschen hin, der nicht mehr über das eigene Leben verfügen kann und ständig mit Hilflosigkeit und Enttäuschung konfrontiert wird. Dabei kommt es zu emotionalen, kognitiven und vor allem motivationalen Defiziten.

Nach Mühlendorfer (2002) ist bei arbeitslosen Personen der Umgang mit der Zeit weniger effektiv als bei Erwerbstätigen, wobei die Arbeitslosendauer keine Rolle spielt. Äußerer Druck, zum Beispiel durch die geregelten Strukturen des Erwerbslebens, ist ein Hauptfaktor dafür, dass Menschen sich ihre Zeit wirksamer einteilen (Mühdorfer, 2002). Die durch Arbeitslosigkeit hervorgerufene, verminderte Fähigkeit der selbstbestimmten Zeitgestaltung sowie das Verlorengehen von gewohnten Tagesstrukturen führen die Arbeitslosen oftmals in eine prekäre Situation. Hingegen wird bei Arbeitslosen, welche eine hohe soziale Unterstützung z.B. bei der Arbeitssuche erfahren, der Alltag systematischer strukturiert und ihre Motivation gesteigert.

Nach Mühdorfer (2002) weisen Arbeitslose, welche eine hohe soziale Unterstützung erfahren, höhere Werte bei der Selbstwirksamkeitserwartung auf.

Was bedeutet es nun, wenn alkoholranke Menschen arbeitslos sind oder werden? Arbeitslosigkeit ist eine Änderung im Leben eines Menschen, die ein Faktor im Bedingungsgefüge der Alkoholerkrankung ist. Um die durch Arbeitslosigkeit auftretenden Probleme abzuschwächen, wird Alkohol eingesetzt. Bestand bereits während einer Berufstätigkeit eine Alkoholerkrankung, verschärft sich häufig dieses Problem während einer Arbeitslosigkeit. Menschen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, weisen eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit auf, dazu zählen Depressionssymptome, Angstsymptome oder psychosomatische Beschwerden.

Damit Menschen mit Alkoholerkrankung eine Motivation zur Veränderungsbereitschaft zeigen, erfordert es neue Lebensperspektiven und besonders auch die Teilhabe am Arbeitsleben. Dies wird auch aus Katamneseuntersuchungen deutscher Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen ersichtlich (Zobel et al., 2005). Überproportional viele Klienten – nämlich mehr als ein Drittel – waren bereits zu Beginn des Therapieaufenthaltes arbeitslos. Jene Klienten, die gegen Ende der Therapie immer noch arbeitslos waren oder während des stationären Aufenthaltes arbeitslos wurden, hatten eine signifikant geringere Erfolgsquote hinsichtlich ihrer Therapie als jene Klienten, die erwerbstätig waren. Angebote, um wieder in

den Arbeitsmarkt inkludiert zu sein, sollten nahtlos nach einem stationären Aufenthalt erfolgen (Lindenmayer, 2005). Arbeit dient gerade bei Menschen mit Alkoholerkrankung als Stabilitätsfaktor.

Klienten, die eine stationäre Therapie abgeschlossen haben, finden häufig nicht zurück in den Arbeitsprozess, weshalb wiederum die Gefährdung für einen Rückfall steigt. Dabei wäre eine Integration in den Arbeitsprozess für diese Klienten wichtig, um die soziale (Wieder-)Eingliederung zu erleichtern. Zudem würde es ihren Selbstwert erhöhen. Langfristige Stabilität und dauerhafte Abstinenz ist mit Erwerbstätigkeit stark verbunden. Schon die Hoffnung auf eine Arbeitsstelle wirkt abstinenzhaltend. Das heißt, Erwerbstätigkeit hat präventive Wirkung bezüglich eines Rückfalls und Abstinenz sorgt somit für den Verbleib im Arbeitsprozess – ein sich selbst verstärkender Kreislauf (Albrecht & Fritz, 2000).

Die ersten Monate nach der Entlassung aus der stationären Therapie sind für die meisten Klienten sehr schwierig. Ein Grund ist die Tatsache, dass sie Denk- und Verhaltensweisen nun im Zustand der Abstinenz erleben. Verdrängte Probleme, wie etwa Schulden oder der Umgang mit der Arbeitslosigkeit, werden wieder spürbar (Körkel & Kruse, 2005). Studien, die die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit analysieren, zeigen, dass es bei Arbeitslosigkeit signifikant häufiger zu Rückfällen kommt als bei Rehabilitationsprozessen während einer aufrechten Erwerbstätigkeit (siehe Tabelle 2). Bei Menschen, die nach einem stationären Aufenthalt arbeitslos bleiben oder werden, treten Rückfälle nahezu zweimal häufiger auf als bei jenen, die einer geregelten Arbeit nachgehen (Waldow & Börner, 1985; Kufner et al., 1986). Nach einem Katamnesezeitraum von zwölf Monaten zeigt sich die Rückfallsquote bei arbeitslosen Menschen bei etwa 35%, bei Erwerbstätigen hingegen bei 20% (Waldow et al., 1985; Kufner et al., 1986). In einer Studie von Hedden, Tielking, Weiss (1999) an 5 stationären und 13 ambulanten Suchtbehandlungseinrichtungen in Deutschland gaben 64% der PatientInnen an,

während ihres stationären Aufenthalts nicht gut auf die Anforderungen des Berufslebens vorbereitet worden zu sein.

Die Befunde von Kufner et al. zeigen, dass der Verlust des Arbeitsplatzes nach einem stationären Therapieaufenthalt als das psychisch am stärksten belastendes Problem empfunden wird. Der Tod eines Familienangehörigen wird als vergleichsweise schwächer empfunden. Bei Frauen wird der Verlust des Arbeitsplatzes noch belastender empfunden als bei Männern. Das Empfinden der Belastungen durch Konflikte am Arbeitsplatz wurde wesentlich geringer definiert. Arbeitslosigkeit stellt demzufolge eine psychische destabilisierende Bedingung während der Rehabilitation dar (Henkel, 1992).

Kursmaßnahme BRISANT (Berufliche Reintegration substanzabhängiger Personen nach Therapie)

Im März 2010 startete die Kursmaßnahme BRISANT mit seinem Standort am Gelände des Anton-Proksch-Instituts. Die Dauer der Maßnahme beträgt acht Wochen; die Teilnehmer sind von Montag bis Freitag von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr anwesend. In der Kursmaßnahme BRISANT können maximal 15 Teilnehmer mit Alkoholerkrankung aufgenommen werden, diese müssen in Wien oder Niederösterreich arbeitslos gemeldet, mindestens 40 Jahre alt sein und einen stationären Aufenthalt zur Behandlung ihrer Alkoholerkrankung absolviert haben. Die meisten Klienten sind bereits längere Zeit aus dem Regelarbeitsmarkt ausgeschlossen und vom AMS als schwer vermittelbar eingestuft. Sie weisen neben der Alkoholerkrankung häufig den Missbrauch einer weiteren Substanz sowie komorbide Störungen auf. Primäres Ziel von BRISANT ist eine Vermittlung der Klienten in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt. Dafür sind unter anderem die Förderung der jeweiligen Ressourcen zur beruflichen Reintegration, fortwährende Betreuung und individuelle Abklärung notwendig. Des Weiteren verfolgt BRISANT auch arbeitsmarktpolitische Ziele, darunter Qualifizierung sowie die Erweiterung der praktischen Erfahrung im Berufsleben. Generell wird versucht, die allgemeine Lebenssituation des Klienten zu stabilisieren und seine Leistungsfähigkeit zu steigern. Letztendlich sollen die Klienten an den Regelarbeitsmarkt herangeführt und dorthin vermittelt werden. Bei der Arbeit mit den Klienten werden deren vorhandene Ressourcen, ihre Motivation und ihre Visionen angesprochen. Im Fokus stehen darüber hinaus Erlernen von höherer Eigen-

Tabelle 2

Vergleich der Abstinenzraten zwischen beschäftigten und arbeitslosen Suchtkranken nach stationärer Therapie. Zusammenfassung mehrerer Studien

Waldow 1984:	35-45% bei arbeitslosen Suchtkranken 15-20% bei beschäftigten Suchtkranken
Missel u.a. 1998:	44% bei arbeitslosen Suchtkranken 21% bei beschäftigten Suchtkranken
Kyserlingk 1996:	34% bei arbeitslosen Suchtkranken 11% bei beschäftigten Suchtkranken

verantwortung, Einüben einer Tagesstruktur sowie Erweiterung der Fähigkeit zur sozialen Interaktion.

Psychologische Wirkfaktoren beruflicher (Re-)Integrationsmaßnahmen

Prazak (2012) konnte in ihrer Master-Thesis zum Thema „Motivation zur Veränderung bei arbeitslosen Menschen mit Alkoholproblemen unter besonderer Berücksichtigung einer Maßnahme zur beruflichen Reintegration“ im empirischen Teil analysieren, welche Faktoren für arbeitslose Menschen mit Alkoholerkrankung nach einem stationären Aufenthalt im Anton-Proksch-Institut eine Motivation zu Veränderung auslösen. Es wurden sechs offene, teilstrukturierte Interviews mit arbeitslosen Menschen mit Alkoholerkrankung durchgeführt, die Teilnehmer der Reintegrationsmaßnahme BRISANT waren. Diese Interviews wurden im Schnitt zwei Monate nach Beendigung der Maßnahme durchgeführt. Die soziodemografischen Daten wurden standardisiert erhoben. Alle Teilnehmer hatten sich vor der Kursmaßnahme einem stationären Therapieprogramm unterzogen.

Die Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring zeigte, dass es für Menschen wichtig ist, einen nahtlosen Übergang in ein berufliches Reintegrationsprogramm zu haben. Sie empfanden sich noch nicht stabil genug, um ihrem Tag eine Struktur zu geben, Probleme, die sie nun abtinent wahrnehmen, lösungsorientiert anzudenken und berufliche Ziele zu definieren. Die Teilnahme an der Kursmaßnahme BRISANT erfolgte aufgrund ihrer Eigenmotivation und der Einsicht, dass sie nach ihrem stationären Aufenthalt eine Tagesstruktur benötigen, um nicht wieder in ihr altes Lebensmuster zu fallen.

Drei motivierende Faktoren konnten identifiziert werden:

- Erwerb von Kompetenzen,
- Tagesstruktur und
- soziale Kontakte.

Beim Erwerb von Kompetenzen steigen der Selbstwert und auch die Wahrnehmung der eigenen Selbstwirksamkeit. Arbeitslose Menschen mit Alkoholerkrankung erkennen, dass sie Leistung erbringen können und über Fähigkeiten verfügen, die in der Arbeitswelt verlangt werden, und dies auch ohne Alkohol. Rückmeldung über diese Tatsachen erfuhren die Menschen einerseits bei der Arbeitserprobung oder andererseits bei Exkursionen in Betriebe, aber auch durch Gruppenarbeiten. Die Aus-

sicht auf ein positives Ergebnis, das Vertrauen in das eigene Können und die Rückmeldung, dem Arbeitsmarkt zu entsprechen, motivieren arbeitslose Menschen mit Alkoholerkrankung, Veränderung zuzulassen und durchzuführen. Die sinnvolle Betätigung bei BRISANT strukturierte ihren Tag und es wurde die erworbene Tagesstruktur als besonders hilfreich empfunden, auch im Hinblick auf einen möglichen Arbeitseinstieg.

Rossmann (2012) konnte in einer Diplomarbeit zeigen, dass es durch die oben beschriebene Kursmaßnahme über 6 Wochen im Parameter „Selbstwirksamkeitserwartung“ zu einem signifikanten Anstieg bei den Teilnehmern kommt. In dieser Studie ferner verwendeten Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) kommt es durch die Maßnahme in der Versuchsgruppe zu einer Reduktion in der Skala Fatalistische Externalität. Die Kursteilnehmer beschreiben sich im Vergleich zum 1. Testzeitpunkt nach der Kursmaßnahme als nicht mehr ganz so schicksalsgläubig, glauben nicht mehr in dem Ausmaß an die Bedeutung des Zufalls wie zuvor, sehen eher Möglichkeiten, sich vor Pech zu schützen, Glück spielt für den Erfolg eher eine geringe Rolle. Generell tendieren die Kognitionen der TeilnehmerInnen in Richtung rationalerer Überlegungen, um Situationen einzuschätzen. Ebenso weisen die KursteilnehmerInnen nach Abschluss der Maßnahme ein höheres Selbstbewusstsein auf, sind sicherer in Handlungsplanung und Realisation, ebenso ideenreicher in neuen und mehrdeutigen Situationen, sind zunehmend handlungsorientierter, sind behavioral flexibler, aktiver und handlungsfähiger. Damit verbunden ist auch ein geringeres Gefühl der Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, geringerer Fatalismus, geringere Hilflosigkeit und geringere Abhängigkeit von mächtigen Anderen waren fassbar.

Während der Kursmaßnahme kommt es zu wesentlich günstigeren Kontrollüberzeugungen und Kompetenzzuschreibungen, sodass in Zukunft mit einer besseren Handlungsfähigkeit und einem günstigeren Attributionsstil zu rechnen ist. Diese Ergebnisse sind jedoch von dem Faktor „Stimmung“ und „Befindlichkeit“ weitgehend unabhängig der als Kontrollvariable mit registriert wurde.

Struktur gibt Halt und Motivation

Die Nachbetreuung, die alle Teilnehmer in Anspruch nahmen, wurde ebenfalls als wichtig gesehen. Einen strukturierten Tag zu haben, empfanden die Befragten als Zeichen dafür, ein normales, geregeltes Leben zu führen. Sie sehen

sich demnach als ein Teil der Gesellschaft und dieses geregelte Leben motiviert sie dazu, auch andere Schwierigkeiten in ihrem Lebensumfeld zu verändern. Somit findet eine Motivation bezüglich der Selbstwirksamkeit statt. Die befragten Teilnehmer konnten die Struktur nach der Maßnahme größtenteils aufrechterhalten. Es zeigte sich auch, dass es einen Zusammenhang zwischen Arbeit und Abstinenz gibt. Arbeit oder die Aussicht auf Arbeit hat präventiven Charakter. Als dritte motivierende Maßnahme bei BRISANT wurden die sozialen Kontakte genannt. Der offene Austausch über die Alkoholerkrankung und die individuelle Betreuung in Form von Einzelgesprächen sind wichtige Motivationsfaktoren. Durch das Enttabuisieren der Alkoholerkrankung erleben sich viele Menschen als wertvoll, auch für den Arbeitsmarkt.

Soziale Anerkennung, positives Feedback durch die Gruppe und in Einzelgesprächen sowie das Erweitern der sozialen Kompetenzen steigerte bei den Teilnehmern ihre Selbstsicherheit. Sie zeigten sich motivierter, Vorstellungsgespräche wahrzunehmen. Die erlebte Ähnlichkeit gibt ein Gefühl der Sicherheit und Zugehörigkeit.

Kompetenzen erwerben

Ein wichtiger Beitrag für die Motivation zur Veränderung ist ebenso der Erwerb oder das Anwenden von Kompetenzen, weil dadurch Selbstwert, Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeit erlernt oder wieder bewusst gemacht werden. Da die Nachbetreuung als fixer Bestandteil in ihren neu strukturierten Tagesablauf aufgenommen wurde, gehen auch nach BRISANT alle Teilnehmer in eine Nachbetreuungseinrichtung. Der Kontakt zu den Betreuern von BRISANT nach Ende der Kursmaßnahme bleibt bei weniger als einem Drittel über einen längeren Zeitraum aufrecht. Meist sind es Teilnehmer, die vermittelt wurden und sich nach etwa zwei Wochen melden, um über ihre Arbeitsstelle zu berichten.

Nicht alle Teilnehmer können ihre Ziele definieren, Soziale Arbeit unterstützend annehmen oder auf Alkohol verzichten. Es kann nicht jeder Teilnehmer die Tagesstruktur einhalten, vor allem dann nicht, wenn doch über Jahre mit „der eigenen Struktur“ gut und gern gelebt wurde. Für viele sind die sich häufenden Absagen sowie niedrige Löhne im Bewerbungsprozess zu frustrierend und es kommt zu Rückfällen und schlussendlich zu einer erneuten stationären Aufnahme. Manche Teilnehmer möchten an dem Kurs teilnehmen, schaffen es aber aufgrund einer Wartezeit bis zum Kurs-

antritt nicht, alleine diese sensible Phase nach dem stationären Aufenthalt durchzustehen. Auch sie werden häufig rückfällig. Für viele ist der Tag des Kursantrittes eine Hemmschwelle und sie melden sich wieder ab oder erscheinen nicht.

BRISANT ist in seiner Form die einzige Kursmaßnahme in Wien und Niederösterreich, die sich an diese Zielgruppe wendet und Hilfe zur Selbsthilfe aus der doppelten Stigmatisierung Alkoholerkrankung und Arbeitslosigkeit anbietet. Es bleibt zu hoffen, dass es nicht nur weitere Projekte in diesem Themenfeld, sondern auch eine eindringlichere Beschäftigung damit – sowohl in Fachkreisen als auch in der Öffentlichkeit – geben wird.

Lernzentrum

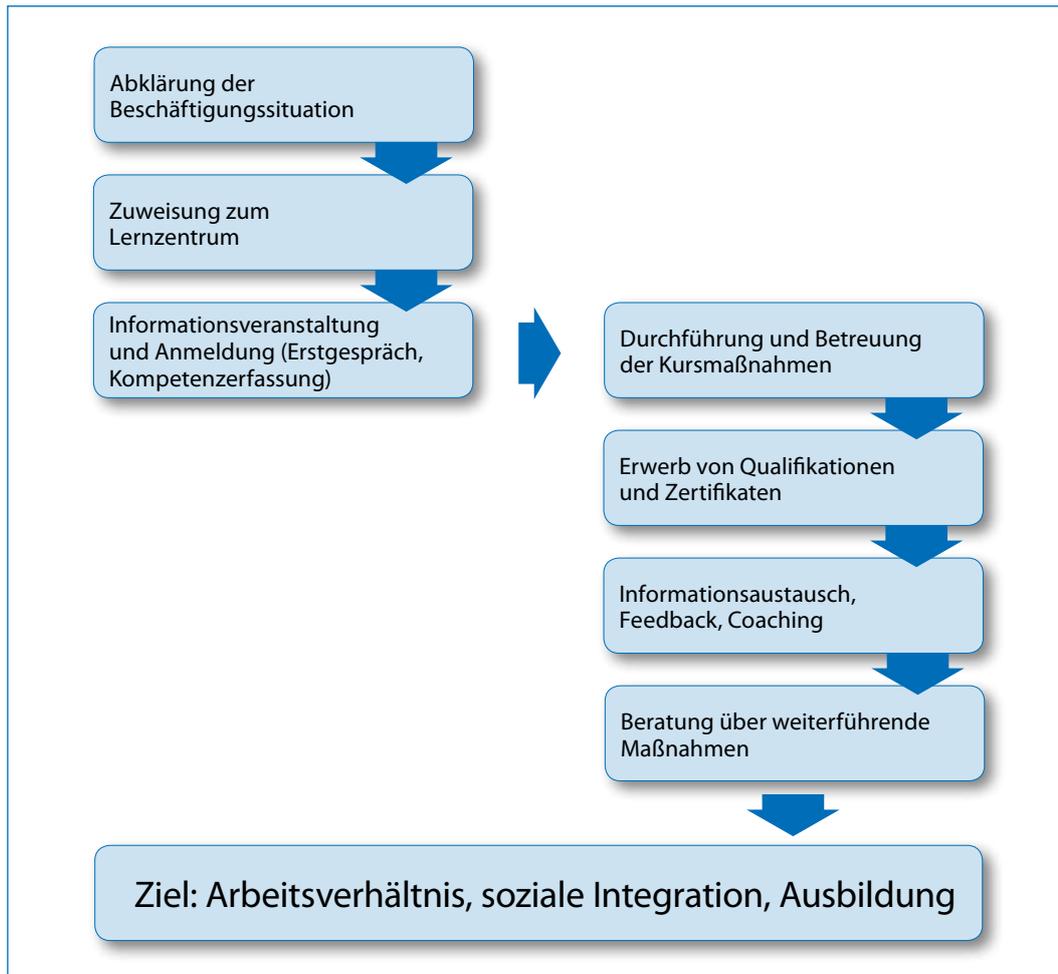
Ein weiteres Projekt mit klarer Ausrichtung auf die berufliche Reintegration von abhängigkeits-erkrankten Personen, das im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Projekten auf PatientInnen im stationären Bereich fokussiert, ist das Lernzentrum des Anton-Proksch-Instituts Wien.

Dieses ermöglicht die Qualifizierung von Kursmaßnahmen zur beruflichen Reintegration, um bereits vorhandene Kenntnisse zu aktualisieren oder zu vertiefen. Zusätzlich werden den PatientInnen im Lernzentrum Möglichkeiten zur effizienten Arbeitsplatzsuche und Stellenbewerbung geboten sowie Informationen, professionelle Unterstützung und konstruktive Hilfe bei der Umsetzung dieser Ziele zur Verfügung gestellt.

Nur die Kombination von Fachkenntnissen der betreuenden MitarbeiterInnen im Bereich der Suchtkrankenhilfe mit pädagogischer Kompetenz bei der Vermittlung dieser arbeitsmarktbezogenen Bildungsangebote sowie Know-how im Coachingbereich ermöglichen eine individuelle Beratung und Betreuung von KursteilnehmerInnen.

In Übereinstimmung von therapeutischem Vorgehen und sozialrehabilitativem Ansatz wird im Lernzentrum des Anton-Proksch-Instituts das Ziel der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt gemeinsam mit den PatientInnen geplant und deren Umsetzung unterstützt. Inhaltliche Schwerpunkte und die Dauer der Teilnahme an den Maßnahmen werden individuell festgelegt.

Die therapeutische Zielsetzung in diesem Bereich betrifft das Erkennen, Aktivieren und Stabilisieren von prämorbid vorhandenen Ressourcen der alkoholkranken PatientInnen auf körperlicher, psychischer, kognitiver und sozialer Ebene.

**Abbildung 2**

Ablaufschema
Lernzentrum

Der Ablauf gliedert sich im Wesentlichen in zwei Bereiche: Zuweisung und Kursmaßnahmen (siehe Abbildung 2).

peuten in Zusammenarbeit mit dem multidisziplinären Team (SozialarbeiterInnen, PhysiotherapeutInnen, ...).

Abklärung der Beschäftigungssituation

Im multidisziplinären Team (FachärztInnen für Psychiatrie, PsychotherapeutInnen, klinische PsychologInnen, ErgotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen) wird während der stationären Aufnahme der PatientInnen in den wöchentlichen Teamsitzungen die aktuelle Beschäftigungssituation erhoben.

Im Fall von arbeitslosen PatientInnen im erwerbsfähigen Alter wird je nach Ausbildungs- und Qualifizierungsniveau bei Bedarf die Möglichkeit von beruflichen (Re-)Integrationsmaßnahmen diskutiert.

Zuweisung zum Lernzentrum

Die Zuweisungen zu den Kursmaßnahmen des Lernzentrums erfolgen durch den Bezugsthera-

Durchführung und Betreuung der Kursmaßnahmen

- a) Didaktische Methoden:
Die Bildungsangebote bieten didaktisch aufbereitetes Wissen zur Erlangung bestimmter Qualifikationen. Angeleitetes Lernen wird mit selbständigem Lernen verbunden. Die Lernrichtung, die Lernwege, die Lernzeiten und das Lerntempo können selbst bestimmt werden.
- b) Blended Learning:
Das Konzept des Blended Learning – Präsenzphasen und technologiebasierte Phasen (Onlinephasen) wechseln sich miteinander ab – ermöglicht den Lernenden ihren Lernstil und ihr Lerntempo selbst zu bestimmen. Auch bezüglich der Zeiteinteilung bietet dieses Lernsystem, speziell in

einer Klinik mit vielen Therapieangeboten, große Flexibilität.

- c) Workshops:
Die Workshops werden in Kleingruppen abgehalten und sind gekennzeichnet durch intensives Lernen mit vielen praktischen Beispielen. Die Dynamik beim Lernen innerhalb einer Gruppe erweist sich oft als positiv und förderlich für den Lernprozess; da jedes Gruppenmitglied über unterschiedliche Erfahrungen verfügt, entstehen Wechselwirkungen bezüglich Qualität und Kreativität von Problemlösungen.
- d) Einzeltraining:
Beim Einzeltraining ist in der Regel ein wesentlich intensiverer Prozess möglich als in einem Workshop, da die Aufmerksamkeit des Trainers einer Person gewidmet wird. Es hat den Vorteil, dass sehr gezielt auf Probleme, Fragen, Ängste und persönliche Lernschwierigkeiten eingegangen werden kann.

Zertifikate

Das Lernzentrum ist ein von der Österreichischen Computer Gesellschaft (OCG) autorisiertes Test-Center im Rahmen des Europäischen Computer Führerscheins (ECDL).

Durch Ablegen der Prüfungen zu den Modulen der ECDL-Ausbildung können sowohl Zertifikate zum ECDL-Core als auch zum ECDL-Advanced sowie auch ein OCG-Typing

Certificate im TestCenter des Anton-Proksch-Instituts erworben werden. Zertifikate zu anderen Ausbildungen, wie z.B. Projektmanagement, EBCL-Wirtschaftsführerschein und OCG-Web-Management, können über externe Bildungseinrichtungen erworben werden (z.B. BitMedia, BFI-Wien, VHS, Wifi-Wien).

In den letzten Jahren nahmen durchschnittlich 300 PatientInnen pro Jahr an Kursmaßnahmen teil (siehe Abbildung 3).

Informationsaustausch und Feedback

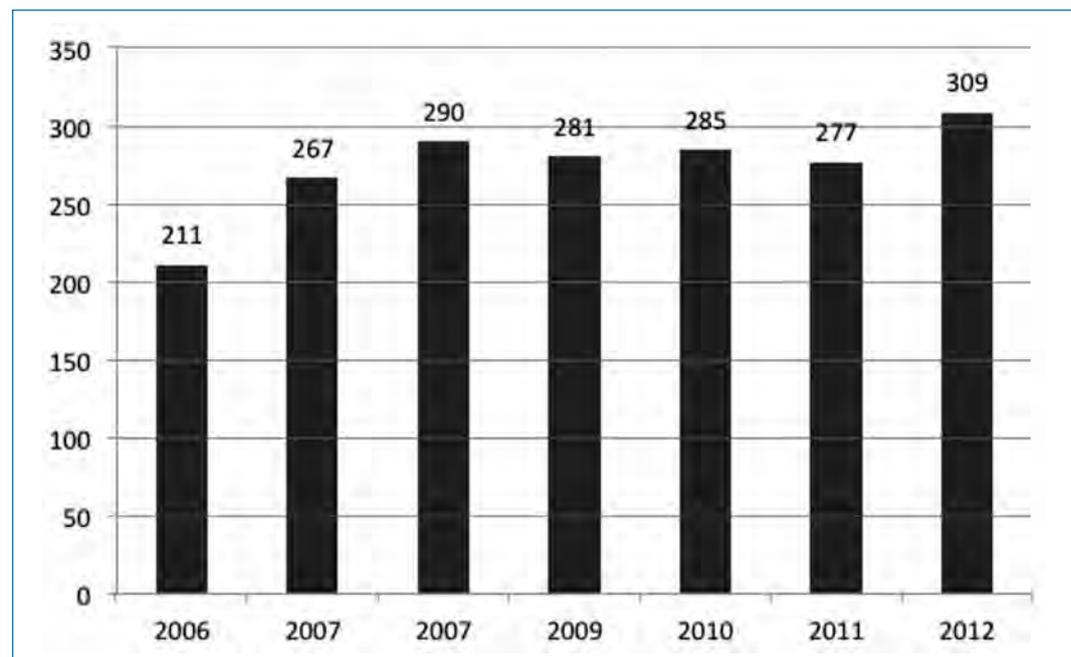
Während der gesamten Kursteilnahme erfolgen Informationsaustausch und Feedback mit den KursteilnehmerInnen über ihre Lernfortschritte (Soll-/Ist-Abgleich), um die nächsten Schritte gezielt zu setzen. Intern kommt es einerseits zu regelmäßigen Rückmeldungen über die Organisationssoftware und andererseits über die Teilnahme an den wöchentlich stattfindenden Teams der einzelnen Abteilungen. So fließen beispielsweise testpsychologische Befunde bei Bedarf in die Planung und Konzeption der Kursmaßnahme ein.

Beratung über weiterführende Maßnahmen

Die PatientInnen werden auch auf berufliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen, die nicht im Rahmen des Lernzentrums im API angeboten werden können, hingewiesen. Teil-

Abbildung 3

Anzahl der abgelegten ECDL-Prüfungen in den Jahren 2006 bis 2012



weise erfolgt die Kontaktaufnahme mit anderen Institutionen und Ausbildungsstellen noch während des stationären Aufenthaltes (z.B BFI-Arbeitspraktikum, WBB, WIFI; BBRZ-Reha, Transitarbeitsstellen, ...).

Der Anteil an KursteilnehmerInnen nicht-deutscher Herkunftssprache liegt bei 28%. Dem damit verbundenen Bedarf am Erwerb von Deutschkenntnissen wird mit einem Deutschkurs nachgekommen. Dieser Kurs führt den Lernenden vom einfachen zum komplizierten Sprachgebrauch und ermöglicht die Entwicklung von Konversationsfähigkeiten. Arbeitslosigkeit liegt für Personen ohne bzw. mit mangelhaften Kenntnissen der deutschen Sprache signifikant höher als bei Personen, die Deutsch als Muttersprache erlernt haben. Durch das Erlernen der deutschen Sprache wird PatientInnen mit Migrationshintergrund der Zugang zur Berufstätigkeit in Österreich oft erst überhaupt möglich gemacht. Dies gilt auch für suchtkranke PatientInnen im Anton-Prosch-Institut. Bei einer hausinternen Stichtagserhebung (n = 157) im Dezember 2010 zeigten sich bei den PatientInnen mit Migrationshintergrund der 2. Generation spezifische Probleme, unter anderem ein eindeutig höherer Prozentsatz an Arbeitslosen (siehe Abbildung 4).

Ziele des Lernzentrums

Da die Voraussetzungen bei unseren PatientInnen zum Teil erheblich voneinander abweichen – junge PatientInnen ohne Pflichtschulab-

- ECDL-Core
- ECDL-Advanced
- ECDL-WebEditing
- ECDL-ImageEditing
- OCG-WebManagement
- Projektmanagement
- Grafik und Multimedia
- EBC*L-Europäischer Wirtschaftsführerschein
- Sprachkurse (Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch, Spanisch)

Tabelle 3

Angebote des Lernzentrums

schluss gehören ebenso zur KlientInnengruppe wie AbsolventInnen höherer Schulen und PatientInnen mit Brüchen in ihrer Berufskarriere nach Abschluss der Ausbildung –, können sich unterschiedliche Ziele ergeben.

Mitunter besteht die erfolgreiche Qualifizierung bereits in der Erreichung von Grundfertigkeiten und dem Absolvieren einzelner Teilprüfungen.

Dabei versteht sich die Kursmaßnahme nicht bloß als Ort, an dem spezifische Arbeitsfertigkeiten gelernt und trainiert werden. Ziele sind, in Abstimmung mit allen anderen an der Station angebotenen arbeitstherapeutischen Maßnahmen,

- die Erhöhung der individuellen Arbeitsfähigkeit und die Senkung von Vermittlungshindernissen (durch Zeitstrukturierung, „Sinnstiftung“, Erlernen neuer Fertigkeiten, Vorbereitung mittelfristiger beruflicher Qualifikationen),

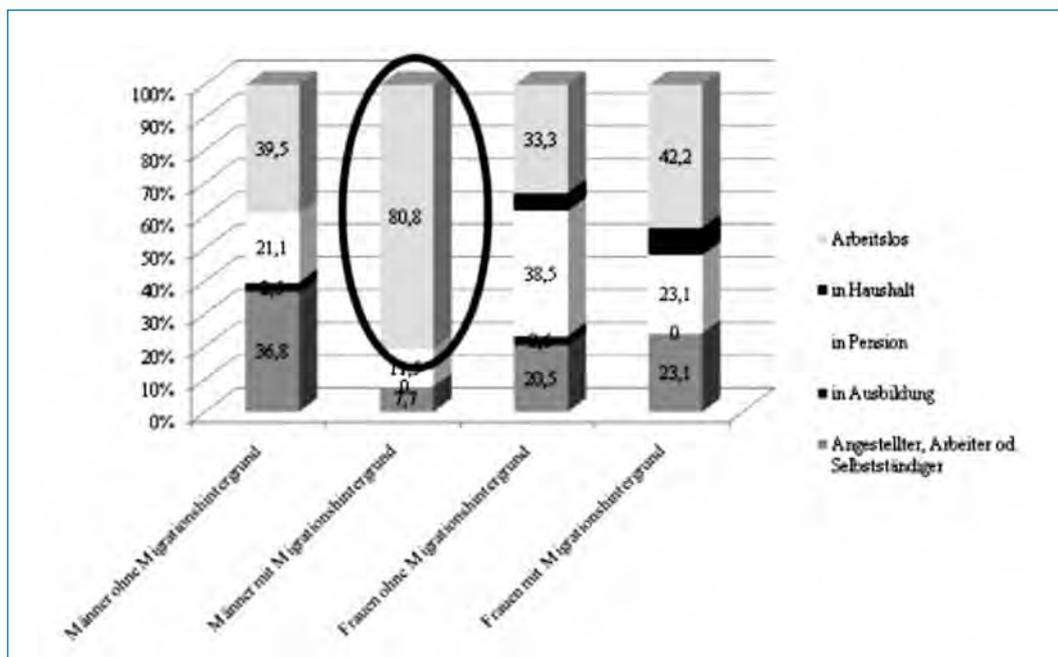


Abbildung 4

Anteil der MigrantInnen in Bezug auf den Erwerbsstatus

- die Förderung von individuellen Kompetenzen und die Senkung von Bildungsdefiziten,
- die Nachschulung der Kulturtechniken (insb. Schrift- und Zahlbeherrschung),
- die Erhöhung der Kommunikationsfähigkeit,
- die Entwicklung und Erarbeitung von mittel- und langfristigen Berufsperspektiven.

Zu den Zielen eines erfolgreichen Therapieaufenthaltes zählt die gesicherte berufliche Orientierung im unmittelbaren Anschluss an die Therapie, z.B. in Form einer Vollerwerbstätigkeit, einer weiterführenden beruflichen Qualifizierungsmaßnahme, die im Umfang einer Vollzeitbeschäftigung entspricht, oder die Aquirierung eines geförderten Arbeitsplatzes in einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme. Für alle genannten Fälle stellt der PC-Kurs eine unverzichtbare Vorbereitung und Qualifizierung auf die an die Therapie anschließende Beschäftigung dar.

Das Projekt „Lernzentrum im Anton-Proksch-Institut“ wird aus Mitteln des WAFF im Rahmen des Territorialen Beschäftigungspaktes Wien gefördert.

Zusammenfassung

Berufliche (re-)integrative Maßnahmen sollten bereits sehr früh innerhalb des Genesungsprozesses stoffgebundener und stoffungebundener Abhängigkeitserkrankungen beginnen. Dabei ist der stationäre Entwöhnungsaufenthalt kein Ausschlussgrund. Vielmehr bietet sich dieser zur Hoffnungsinduktion, zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung und sozialen Kompetenz in idealer Weise an. Wie Prazak (2012) zeigen konnte, fühlen sich viele Betroffene jedoch mit dem Wechsel aus einem hochstrukturierten stationären Setting in die Alltagssituation und den damit verbundenen Schwierigkeiten sich den Tag selbst zu strukturieren überfordert bzw. trauen sich dieses auch ca. zwei Monate nach Entlassung noch nicht selbst zu. Das Angebot einer beruflichen Reintegrationsmaßnahme wie BRISANT kommt dem Bedürfnis der PatientInnen nach Tagesstrukturierung entgegen. Oftmals ist eine Arbeitsaufnahme unmittelbar nach stationärer Entlassung zu früh, da nicht nur den neuen Anforderungen am Arbeitsplatz, sondern allen vormals mit dem Suchtmittel bewältigten Herausforderungen abstinenter und daher in voller Intensität begegnet werden muss. Additiv wirksam in diesem Kontext sind ferner die häufig vorhandenen komorbiden Erkrankungen der PatientInnen (Scheibenbogen & Feselmayer, 2008) mit Angst- und Depressionsraten bis zu 50%, die den Integrationsprozess weiter erschweren. Ein allzu forciertes Vorgehen ist hier kontraindiziert.

Wie Prazak (2012) und Rossmann (2012) zeigen konnten, tragen berufliche reintegrative Maßnahmen bei dementsprechender Gestaltung zur Genesung der TeilnehmerInnen im Sinne der Verbesserung der sozialen Kompetenz, der Tagesstrukturierung und v.a. der Selbstwirksamkeitserwartung bei. Dies kann im weitesten Sinne als positive Nebenwirkung einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme auf therapeutischer Ebene interpretiert werden.

Die anfänglich geringe Nachfrage der beruflichen Reintegrationsmaßnahmen (ABT, BRISANT, Lernzentrum) auf Seiten der PatientInnen sollte keineswegs als mangelnde Compliance interpretiert werden. Vielmehr handelt es sich dabei um Abwehrmechanismen, die, in Analogie zur Suchtarbeit im Allgemeinen, die Motivationsarbeit v.a. im Anfangsstadium in den Fokus therapeutischer Bemühungen rücken sollte. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Dauer der Arbeitslosigkeit unter den stationär aufgenommenen PatientInnen am Anton-Proksch-Institut um das Zehnfache erhöht. Die oben erörterten Veränderungsprozesse in der Einstellung zur Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit sind damit zumeist seit Jahren abgeschlossen und erschweren bzw. blockieren anfänglich jegliche Intervention.

Sich diesen Hindernissen entgegenzustellen, bedeutet ein möglichst vielschichtiges berufliches (Re-)Integrationsprogramm mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Ausrichtungen anbieten zu können, das auf die Selbstwertproblematik, die Ängste der TeilnehmerInnen und deren unterschiedliche Bedürfnisse individuell eingehen kann. Das ist nur durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen in unterschiedlichen Settings (ambulant und stationär) mit ausreichender Kompetenz in der Behandlung Suchtkrankter zu gewährleisten.

Sich diesen Hindernissen entgegenzustellen, bedeutet ein möglichst vielschichtiges berufliches (Re-)Integrationsprogramm mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Ausrichtungen anbieten zu können, das auf die Selbstwertproblematik, die Ängste der TeilnehmerInnen und deren unterschiedliche Bedürfnisse individuell eingehen kann. Das ist nur durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen in unterschiedlichen Settings (ambulant und stationär) mit ausreichender Kompetenz in der Behandlung Suchtkrankter zu gewährleisten.

Fördergeber

Arbeit- und Beschäftigungstraining: Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (bmask).

Projekt BRISANT: Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW), Arbeitsmarktservice (AMS).

Lernzentrum: Wiener ArbeitnehmerInnenförderungsfond (WAFF), Arbeitsmarktservice Niederösterreich (AMS).

Literatur

- Adler, Hinze, Morschhauser, Oettler, Lenga-Radzuweit, Reichel, Rilke, Schütze, Walter & Zimmermann (2009). *Brücken zur beruflichen Reintegration suchtkranker Menschen in Sachsen*. Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. FA Arbeit und Beschäftigung.
- Albrecht, K. P., Friz, T. (2000). *Berufsförderung von Alkoholabhängigen*. Marburg: Tectum-Verlag.
- Festinger, L. (1957). *A Theory Of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
- Henkel, D. (1992): *Arbeitslosigkeit und Alkoholismus*. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag.
- Hollederer, A., Brand, H. (2006). *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, Hogrefe.
- Körkel, J., Kruse, Gunther (2005): *Rückfall bei Alkoholabhängigkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Küfner, H., Soyka, M., Feuerlein, W. (2011). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Lindenmeyer, J. (2001). Was ist eine Alkoholabhängigkeit und wie entsteht sie? In: M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken* (S. 53-62). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mühlendorfer, E. (2002): Arbeitslosen das Zeitbewusstsein (zurück-)geben. *Panorama*, 6.
- Prazak, U. (2012). *Motivation zur Veränderung bei arbeitslosen Menschen mit Alkoholproblemen unter besonderer Berücksichtigung einer Maßnahme zur beruflichen Reintegration*. Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau-Uni.
- Rossmann, L. (2012). *Die Veränderung der Selbstwirksamkeitserwartung durch die Teilnahme an der beruflichen (Re-)Integrationsmaßnahme BRISANT*. Unveröffentlichte Masterthesis. Arge Bildungsmanagement.
- Scheibenbogen, O., Feselmayer, S. (2008). Zur Komorbidität bei Suchterkrankungen. *Spektrum Psychiatrie* 3, 2008.
- Suchl, Ch., Scheibenbogen, O. (2010). Projekt „Brisant“. Ein Brückenschlag zwischen stationärer Therapie und beruflicher (Re-)Integration. *Psychopraxis*, 13/3, 24-25.



Mag. Dr. Oliver Scheibenbogen
Anton-Proksch-Institut Wien,
Leitung Bereich Lebensneugestaltung
oliver.scheibenbogen@api.or.at

DSP Ursula Prazak, MSc
Anton-Proksch-Institut Wien,
Kursmaßnahme Brisant
ursula.prazak@api.or.at

Leopold Rossmann, MSc, MBA
Anton-Proksch-Institut Wien,
Leiter Projekt Arbeit und Beschäftigung
leo.rossmann@api.or.at

Gerlinde Antensteiner
Anton-Proksch-Institut Wien,
Lernzentrum
gerlinde.antensteiner@api.or.at

Online-Beratung: Hilfe für Eltern suchtgefährdeter Kinder

Eine Online-Beratung für Eltern suchtgefährdeter oder abhängiger Kinder und Jugendlicher („ELSA“) ist unter www.elternberatung-sucht.de im Internet gestartet. Sie ist kostenfrei und richtet sich an Eltern, deren heranwachsende Kinder einen problematischen Alkohol- oder Drogenkonsum, ein bedenkliches Glücksspiel-

verhalten oder eine übermäßige Computerspiel- oder Internetnutzung zeigen. Das Angebot soll Erziehungskompetenzen fördern, familiäre Konflikte verringern und die Gemeinschaft innerhalb der Familie stabilisieren.

Eltern können auf der Internetseite wählen, ob sie eine anonyme Beratungsanfrage per Mail-Formular verschicken, einen persönlichen Chat-Termin reservieren oder direkt in das mehrwöchige, internetbasierte Beratungsprogramm einsteigen möchten. Diejenigen, die eine Beratung vor Ort vorziehen, kön-

NACHRICHT

nen über verlinkte Datenbanken eine nahegelegene Beratungsstelle finden. Für ELSA haben sich Beratungsstellen aus elf Bundesländern zusammengeschlossen. Die Plattform wurde von der Delphi-Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung, der Villa Schöpflin und dem Zentrum für Suchtprävention gemeinsam mit den Suchtberatungsstellen aus den beteiligten Bundesländern entwickelt. Die Beratungsplattform wird zunächst für zwölf Monate erprobt. 

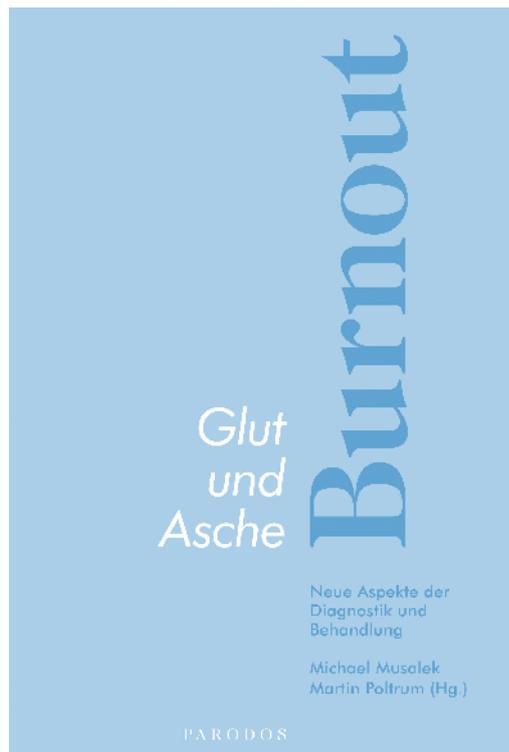
Rezension

Burnout und Sucht – mehrperspektivisch betrachtet

Martin Tauss

Ein vom Anton-Proksch-Institut herausgegebenes Buch eröffnet vielfältige Blickwinkel auf die meistdiskutierte psychische Störung der Gegenwart und präsentiert neue Wege in der Burnout-Behandlung.

Rezension zu: Musalek, M., Poltrum, M. (Hg.): *Burnout. Glut und Asche*. Parodos-Verlag, Berlin, 2012.



Das Phänomen „Burnout“ ist heute omnipräsent: Zahlreiche Medienberichte einschließlich Radio- und TV-Sendungen widmen sich den Symptomen einer allgemeinen Erschöpfung, die in der schnelllebigen (post-)modernen Gesellschaft offensichtlich immer weiter um sich greift. Prominente Künstler, Sportler und Manager, die sich über die Medien als Burnout-Betroffene geoutet haben, erzählen über ihre persönlichen Erschöpfungskrisen und verkörpern dabei exemplarisch die Assoziation von

Leistung, Erfolg und Burnout. Angesichts der massiven Berichterstattung über Burnout mag es nicht übertrieben sein, von einer „Modediagnose“ und einem „Medienhype“ zu sprechen, dessen Höhepunkt wahrscheinlich noch nicht überschritten ist. Vor diesem Hintergrund gilt es jedoch umso mehr, den Leidensdruck der Betroffenen ernst zu nehmen, den Begriff des „Burnout“ auf wissenschaftlicher Grundlage zu präzisieren sowie Diagnostik und Therapiemöglichkeiten weiterzuentwickeln.

Dieses Anliegen ist der Ausgangspunkt einer neuen Buchpublikation des Wiener Anton-Proksch-Instituts, die sich von anderen Fachbüchern zum Thema Burnout wesentlich unterscheidet. Denn einerseits bemühen sich die Herausgeber, das Burnout-Phänomen „umfassend und polyperspektivisch“ auf interdisziplinärer Grundlage zu erfassen, und andererseits wird hier ein philosophisch fundierter Ansatz vorgestellt, der nicht nur die Theorie des Burnout-Phänomens, sondern auch die Praxis der Burnout-Behandlung zu erweitern verspricht. Im aktuellen klinischen Umgang mit Burnout-Patienten ist die Gefahr groß, Heilung nur als Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit zu begreifen und dabei die tiefer liegenden existentiellen Bedingungen des Burnout-Prozesses außer Acht zu lassen. Demgegenüber werden von den Herausgebern unter Bezugnahme auf Ästhetik und Lebenskunst neuartige Ressourcen namhaft gemacht, die hier erstmals für eine nachhaltige Burnout-Prävention und Therapie erschlossen werden sollen.

Burnout und Sucht

Dieses Unterfangen gründet in einem größer angelegten Projekt, das von Michael Musalek und Martin Poltrum am Anton-Proksch-Institut, der größten Suchtklinik Europas, seit längerem sehr ambitioniert betrieben wird: Es handelt sich um die Wende von einer Defizienz- zu einer Ressourcen-orientierten Diagnostik und Therapie, bei der die Ergänzung der „Evidence-

based-Medicine“ durch eine humanistisch geleitete „Aesthetic-based-Medicine“, die vielfältige Integration der Ästhetik im therapeutischen Feld, vor allem die Begründung einer Sozialästhetik für den medizinischen Alltag, einen zentralen Stellenwert hat (vgl. Musalek & Poltrum, 2011; Musalek, 2010; Poltrum, 2010; Musalek, 2008). Mit der vorliegenden Publikation findet dieses Projekt seine konsequente Fortsetzung, indem es an der derzeit meist diskutierten psychischen Störung, dem Burnout, erprobt wird.

Das inhaltliche Spektrum des Sammelbands reicht von der klinischen Phänomenologie, Diagnostik und Therapie des Burnouts über Epidemiologie, klinische Psychologie, Aspekte der Medizin- und Psychotherapiegeschichte bis hin zu philosophisch und literaturwissenschaftlich orientierten Beiträgen. Es findet sich keine erschöpfende, strukturierte Darstellung zum Burnout-Phänomen, viel eher ein buntes Sammelsurium geistiger Blitzlichter, das allerdings durch die beiden Beiträge von Michael Musalek zum Auftakt und Abschluss des Buches thematisch zusammengehalten wird.

So erfolgt zunächst eine ideengeschichtliche Betrachtung, die darauf hinausläuft, die Burnout-Störung vorrangig im Kontext von Suchterkrankungen, insbesondere in engster Nähe zur Arbeitssucht zu beleuchten (Wiewohl z.B. auch Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder somatische Erkrankungen häufig mit Burnout assoziiert sind, so dass stets eine umfassende Differentialdiagnostik erforderlich ist). Im abschließenden Beitrag liefert Musalek eine theoretische Grundlegung, dass Therapiekonzepte, die ursprünglich für die Rehabilitation von Patienten mit Suchterkrankungen entwickelt wurden, folgerichtig auch für die Behandlung von Burnout geeignet sein können. Dementsprechend wurde das so genannte Orpheus-Programm, ein multimodales Behandlungsprogramm am Anton-Proksch-Institut, vor kurzem für die Therapie von Burnout-Patienten adaptiert. Denn auf einer existentiellen Ebene erscheint die im Rahmen des Orpheus-Programms anzustrebende „Lebensneugestaltung“ der Patienten im Sinne einer „tiefenästhetischen Umformung des Lebens“ bei Sucht ebenso wie bei Burnout viel versprechend (vgl. Poltrum, 2010).

Dieser Ansatz wird hier von der etablierten Psychoedukation abgegrenzt, die als Bündel von „hierarchisch“ bzw. „paternalistisch“ verordneten Erziehungsmaßnahmen gekennzeichnet wird. Das Orpheus-Programm hingegen soll ein ideales Setting mit „Schutzzonen, Spielräumen und Atmosphären“ für eine intrinsische und somit tief verankerte Neuorientierung der Patienten hin zu weitgehender

Autonomie, Selbstbestimmung und einem prinzipiell freudvollen Leben vermitteln. Gerade dieses „freudvolle In-der-Welt-Sein“, eine im traditionellen Medizinsystem bislang unbekannte Richtgröße, ist in diesem Programm der zentrale Angelpunkt für Prävention und Therapie.

Burnout und soziale Beschleunigung

Ausgehend von diesen Erörterungen eröffnen auch die anderen Beiträge, die durchwegs als spannend zu bezeichnen sind, neue Perspektiven auf das Burnout-Phänomen: Martin Poltrum beispielsweise analysiert dessen kulturelle Dimension und argumentiert, dass Burnout nicht zufällig als historisch signifikante Epidemie am Übergang vom 20. zum 21. Jahrhundert in Erscheinung getreten ist; liegt es doch nahe, diese Störung mit der gesamtgesellschaftlichen Beschleunigung, dem Strukturwandel der Subjektivität, den veränderten Arbeitsverhältnissen, der Reizüberflutung und der „Aufmerksamkeitsökonomie“ am Ende der Moderne zusammenzudenken und im Burnout die symptomatische Manifestation einer „Pathologie des gegenwärtigen Zeitgeistes“ zu erkennen. Heilsame Wirkungen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene könnten insofern von einer bewussten Entschleunigung, Verlangsamung und einem achtsamen Innehalten erwartet werden.

Hier setzt der Beitrag von Ursula Baatz an, in dem die ursprünglich aus dem buddhistischen Kontext entlehnte Achtsamkeitspraxis als Weg zur Burnout-Prophylaxe beschrieben wird. Burnout wird dabei als Folge und extreme Ausprägung chronischer Stressbelastungen gekennzeichnet, welche durch das klinisch evaluierte Verfahren der „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR) effektiv reduziert bzw. vermieden werden können. Der hochaktuelle Hintergrund für diese Überlegungen, der im Beitrag nur angedeutet werden kann, ist ein moderner ost-westlicher Dialog, der etwa in der Entdeckung der gesundheitsfördernden Wirkungen von Yoga und Meditation, der neurobiologischen Erforschung kontemplativer Praktiken oder der Entwicklung Achtsamkeitsbasierter Interventionen in Medizin und Psychotherapie zum Ausdruck kommt und auch in gegenwärtigen Diskursen zur Glücksforschung und Lebenskunst eine Rolle spielt (vgl. MBSR-Fachkongress, 2012).

Dass Burnout-Patienten bereits frühzeitig in der belletristischen Literatur auftauchen, noch bevor überhaupt der klinische Begriff des Burnouts geprägt wurde, zeigt Nicolai Gru-

ninger anhand des weltberühmten Romans „Die Buddenbrooks“ (1901) von Thomas Mann. Zudem findet sich die früheste Verwendung des Terminus in seinem heutigen Sinn in Graham Greens Roman „A Burnt-Out Case“ (1960). Dies markiert ein Forschungsfeld der „Medical Humanities“ und verdeutlicht, dass literarische Texte höchst aufschlussreich für Entwicklungen sein können, die kulturell, wissenschaftlich und epidemiologisch erst wesentlich später relevant werden (vgl. Tauss, 2010).

Philosophie und Therapie

In der vorliegenden Buchpublikation wird bewusst und geradezu sprichwörtlich das Terrain der „Schön-Geistigkeit“ aufgesucht und im Hinblick auf seinen lebenspraktischen Nutzen ausgelotet. Im ureigenen Terrain des Buches liegt zugleich der kritische Punkt, denn das Philosophieren über das Schöne und Freudvolle muss in diesem Fall in die konkrete Lebenssituation psychisch kranker Menschen übersetzt werden. Die programmatischen Beiträge liefern zwar eine konsequente theoretische Argumentation, aber keine empirischen Daten aus dem spezifischen klinischen Umfeld. Es bleibt letztlich offen, inwiefern dieser Ansatz überhaupt auf die verhandelbare Ebene der „Hard Facts“ wie Wirksamkeit, Lebensqualität, Kosten, etc. heruntergebrochen werden soll.

Insgesamt bietet der Sammelband einen maßgeblichen Beitrag zur Theorie des Burnout-Phänomens und seiner Behandlung. Einer kulturell und klinisch relevanten Problematik wie dem Burnout mit der Verlebendigung von Philosophie, der Rückbesinnung auf die Tradition

der Lebenskunst und auf versunkene Schatzkisten der Geistesgeschichte zu begegnen, ist ein Ansatz, der über bisherige Befunde und Behandlungsweisen hinausreicht. Zu wünschen ist, dass dieser Ansatz möglichst vielen Betroffenen zugute kommen kann.

Literatur

- MBSR-Fachkongress (2012). *Achtsamkeit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft. Zu den aktuellen Anwendungsfeldern von MBSR und MBCT und deren Wirkungspotenzial*. Österreichische Akademie der Wissenschaften, Wien, 29. Juni bis 1. Juli 2012; www.mbsr-deutschland.de/fachkongress2012.
- Musalek, M. (2008). Neue Wege in der Diagnostik der Alkoholkrankheit. Von einer defizienzorientierten zur ressourcenorientierten Diagnostik. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*; 9, 46-52.
- Musalek, M. (2010). Social aesthetics and the management of addiction. *Current Opinion in Psychiatry*; 23, 530-535.
- Musalek, M., Poltrum, M. (Hrsg.) (2012). *Ars medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin*. Berlin: Parodos-Verlag.
- Poltrum, M. (2010). *Klinische Philosophie. Logos Ästhetikus und Philosophische Therapeutik*. Berlin: Parodos-Verlag.
- Tauss, M. (2010). Medizin und Menschenbild zwischen Biologie und Transzendenz. Aldous Huxleys utopisches Vermächtnis aus heutiger Sicht. In: M. Musalek, M. Poltrum (Hrsg.), *Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin* (S. 149-180). Berlin: Parodos-Verlag; Lengerich: Pabst Science Publishers.



Dr. Martin Tauss

Wissenschaftsjournalist und Redakteur für das Ressort „Wissen“ bei der österreichischen Wochenzeitung „Die Furche“
martin.tauss@chello.at

Leerlauf und Langeweile – Sucht durch Boreout?

Elisabeth Prammer

Online-Shopping, täglich mehrere Stunden im Internet, Rauchen in den Pausen, gestörtes Essverhalten sind alles bekannte Süchte? – Nein, legitimes Verhalten während der Arbeitszeit, besonders wenn Sie von Boreout betroffen sind. Ein altes Phänomen unter neuem Namen.

Wir kennen das Burnout. Ein Begriff, geprägt von der Definition Christina Maslachs, der Stress durch Überlastung beschreibt, die die betroffene Person ausbrennt. Aber das Burnout kann auch durch Unterforderung ausgelöst werden und diese Unterforderung provoziert sehr interessante Verhaltensweisen der Betroffenen.

Was ist ein Boreout?

Die Schweizer Unternehmensberater Rothlin und Werder haben den Begriff „Boreout“ 2007 erstmals verwendet. Er beschreibt einen Zustand des unendlich gelangweiltseins. Als Boreout verstehen sie dabei nicht einfach nur Unterforderung. In ihrem Buch „Diagnose Boreout“ (Rothlin, Werder, 2007) beschreiben sie den Begriff als eine Kombination aus *Langeweile*, *Unterforderung* und *Desinteresse*, gepaart mit *Verhaltensstrategien*, um das Nichtarbeiten zu vertuschen und beschäftigt zu wirken (Rothlin, Werder, 2007, S. 13). Wir sprechen also von einem Arbeitnehmer, der davon betroffen ist sich im Job zu langweilen und dennoch versucht diesen Zustand durch Verhaltensstrategien zu vertuschen.

Der Boreout-Betroffene tut so, als ob er beschäftigt wäre, obwohl er es nicht ist. Beginnt nun ein Boreout-Betroffener damit, Vortäuschungsstrategien anzuwenden, so wirkt dies nach außen, als ob er im geeigneten Ausmaß ausgelastet wäre. Werder und Rothlin erkennen hier einen Teufelskreis, der sich zeigt, indem der Betroffene dadurch keine weitere Arbeit zugewiesen bekommt. Das kann auch eine Strategie sein, um nicht noch mehr von der

für den Arbeitnehmer langweiligen Arbeit zu erhalten. Denn auch wer viel zu tun hat, kann sich unterfordert fühlen. Beschäftigung wird etwa durch Rauchpausen oder Surfen im Internet vorgetäuscht.

Wer ist betroffen?

Es gibt eine besondere individuelle Disposition, die einen Risikofaktor für Boreout darstellt: Der Widerspruch zwischen außerordentlicher Leistungswilligkeit und fehlender Möglichkeit, diese zu erbringen.

Davon ist besonders eine Kohorte betroffen, nämlich die der Digital Natives und auch der Generation Y. Sie sind damit aufgewachsen, dass keine Sekunde ihres Lebens ungenutzt bleibt, weil sie auch nicht ungenutzt bleiben darf. Ein Smartphone, Facebook, die Möglichkeit, permanent kommunizieren zu können und zu müssen, provoziert ein Ausfüllen jedes Muße-Momentes. Die Muße – ein Zustand, der früher positiv konnotiert war. Ein Zustand, in dem es legitim war, inne zu halten und nachzudenken. Bis die leere Zeit zum Teufel erklärt wurde. Die Acedia, die Mittagsruhe ist der Teufel, den es davonzujagen gilt. Heute ist es das süße Nichtstun, das dem neoliberalen Paradigma der Leistung und der damit verbundenen Produktivität widerspricht. Ein Aspekt, der in der proklamierten Wirtschaftskrise ein nicht zu vernachlässigender ist. Wer dürfte in so einer Zeit schon den Mut aufbringen, um zu kommunizieren, dass man sich langweilt oder dass es schön wäre, in der Hektik und dem Stress inne zu halten? – Verpönt. Absolut verpönt. Das gibt es nicht und es wird zum Leistungsmaß. Mußezeit ist dem Paradigma der Produktivität unterworfen. Der moderne Arbeitnehmer ist darauf trainiert, jeden Moment des beruflichen und privaten Lebens zu nutzen. Der moderne Arbeitnehmer kennt keinen Leerlauf und darf ihn auch nicht kennen. Und vor allem die Generation, die mit diesem Leistungsmaß sozialisiert wird, empfindet für sich selbst ein Problem da-

mit, nichts zu tun. Technische Errungenschaften verstärken diesen Effekt: Kommunikationswege verkürzen sich und sind momentaktuell.

Dennoch gilt es zu bedenken, dass diese Kohorten in einer Gesellschaft leben, in der oft auch andere Strukturen existieren. Was passiert nun, wenn der motivierte, permanent zu beschäftigende Arbeitnehmer – wir konzentrieren uns hier auf den Aspekt des Arbeitslebens und vernachlässigen die Freizeit – auf eine Struktur trifft, die die permanente Leistungsmöglichkeit gar nicht anbietet? – Es entsteht Leerlauf.

Wie fühlt sich Boreout an?

Die Gefühle, die im Leerlauf beschrieben sind, werden zentral mit einer Abwertung der eigenen Person und der Fähigkeiten beschrieben. Zudem treten Erschöpfungszeichen auf. Eine Betroffene schildert es so: *„Ich hatte das Gefühl, dass ich verdamme. Ich bekam Selbstzweifel und Angst, dass ich gar keinen normalen Job mehr annehmen könne, dass ich gar nicht mehr weiß, wie arbeiten geht. Am Abend war ich erschöpft vom Nichtstun. Die Langeweile und die schlechte Laune begleiteten mich auch ins Privatleben“* (Meier, 2008, S. 8). Man könnte davon ausgehen, dass jemand, der von sich selbst sagt, er habe während seines Arbeitstages nichts getan, Abends noch genug Kraftreserven hat, um sich anderen Dingen zu widmen. Dem ist nicht so. Die Betroffenen klagen über Auswirkungen psychischer, aber auch physischer Natur.

Coping

Der Boreout-Betroffene muss daher eine Möglichkeit finden, sein Problem zu lösen. Er tut dies durch Voice und Exit. Zuerst artikuliert er sein Problem (Voice). Wenn das keine Änderungen bringt, wählt er den Exit. Davon gibt es zwei Formen: den a) formellen Exit – er verlässt das Unternehmen und b) informellen Exit: die innere Kündigung. Dabei versucht er eine Pseudozufriedenheit darzustellen, zieht sich zurück (passiv) oder versucht den Bruch des psychologischen Arbeitsvertrages wiederherzustellen (durch aktives Unengagiert-Sein). Dazu wendet der Betroffene auch paradoxe Verhaltensstrategien an, um zu zeigen, dass gearbeitet wird, obwohl nicht gearbeitet wird. Das ist wiederum auch ein Versuch, die leere Zeit auszufüllen.

Suchtbegünstigung – Entfesselung des Lusttriebs

Doch warum tun Mitarbeiter so, als würden sie arbeiten? – „Die Entfesselung des Lusttriebes bedeutet, dass die Menschen wünschen und erwarten, bei der Arbeit Spaß zu haben. Wenn es am Arbeitsplatz nicht gelingt, Lustbedürfnisse zu stillen, versuchen die Beschäftigten, sich auf eine Weise zu vergnügen, die sie vom Arbeiten ablenkt“, so Maccoby (1989, S. 36). Das heißt: Alles macht in der Freizeit Spaß und wenn ich meine Freizeit in der Arbeit absitzen muss, dann versuche ich mir den Spaß ins Büro zu holen. Der Boreout-Betroffene versucht daher einen Zustand, der keinen Spaß macht, so auszufüllen, dass er nicht nur erträglich wird, sondern für ihn nutzbar wird.

Dabei dürfen aber nur Möglichkeiten gewählt werden, die sozial akzeptiert sind, z.B. im Internet zu surfen. Früher nach Hause zu gehen ist in vielen strengen Arbeitszeitsystemen keine Option. Eine wirkliche Nutzung der Zeit erfolgt also nicht. Das ist eine Belastung für den Mitarbeiter. Des Weiteren provoziert das Nichtstun einen unglaublichen Energieverlust.

Es wird versucht, mit allen Mitteln die Zeit zu nutzen. Es gibt eine Fülle von solchen Substitutionsmitteln, die eine Ablenkung ermöglichen, ohne gleichzeitig einen Anschein erwecken zu müssen, nicht zu arbeiten. Rothlin und Werder sehen eines dieser Substitutionsmedien im Computer und dem Internet. Trotzdem kann damit das Gefühl der Langeweile nicht wettgemacht werden. Es strengt noch mehr an. „Die Erlebnisse haben in sich keine Zusammenhänge, bzw. dass der Mensch sie nicht ausreifen lassen und moralisch verarbeiten kann; dass die Sentimentalität aufgrund der Sensation zwar erregt wird, dass aber keinesfalls ein echtes Gefühl durch eine existentielle Betroffenheit zustande kommt“ (Bleistein, 1973, S. 24-25). Für Bleistein fehlt es schlichtweg an der Reifung des Prozesses durch das anwendende Individuum. Wer versucht sich durch Substitution abzulenken, ändert nichts an der Ursache und wird daher in der Situation weiter verharren. Keen sieht Konsum, Unterhaltung und Geschwindigkeit als Mittel zum ständigen Unterhalten-Sein, die als Ablenkungen und Flucht vor der Langeweile dienen (Keen, 1993, S. 21-22). Daraus würde mitunter eine Überlastung entstehen. „Die Überlastung und Überanstrengung ist nicht immer eine Folge der äußeren Umstände, häufig ist sie uneingestandene Angst vor unausgefüllten Stunden, vor der inneren Leere, vor der planetaren Unsicherheit, also eine Notwehr und nicht Selbstentfaltung.“ (Zenta, 1962, S. 49)

Diese Langeweile ist mit Angst untrennbar verbunden.

Leere ausfüllen – Rauchen, Internet, Online-Shopping

In qualitativen Interviews beschreiben Betroffene, wie sie versuchen die Leere auszufüllen. *„Es gibt einen gewissen Verfall. Der eine beginnt zu trinken, der andere zu rauchen, der Dritte geht spazieren, der Vierte schläft wahrscheinlich.“*¹ Dieser Betroffene versuchte sich durch Ersatzbeschäftigungen abzulenken; diese machten allerdings nicht zufrieden. *„Man merkt, dass das in Wirklichkeit nur ein Betäuben, ein Selbstbetäuben ist. Es ist egal, ob du da bist oder nicht da bist.“*² Weitere Befragte klagten über fehlenden Antrieb und Schlafstörungen. *„Es war nicht so, dass die Gedanken ständig gekreist sind, aber schlafen konnte ich auch nicht. Ich kenne zwei Arten von Schlaflosigkeit. Die eine, bei der dann wirklich die Gedanken kreisen, und die andere, bei der ich mich wirklich nur wundere, warum ich nicht einschlafe.“*³ Um diese Schlaflosigkeit zu überwinden, helfe Alkohol: *„Ich liege am Abend im Bett und komme nicht aus dem Hirndings raus. Aber solange ich Sport mache, schlafe ich gut. Oder ich trinke ein paar Bier.“* Ein Betroffener spricht von einer *„Suchtgefährdung in allen Maßen (...) zu viel rauchen, naschen, derzeit eine gestörte Nahrungsaufnahme“*⁴. Das zeigt auch die Aussage einer weiteren Befragten: *„Ich brauche die Abwechslung (...) Im Internet, irgendetwas das mich interessiert (...). Da sehe ich dann nach und dann gehe ich wieder zu meiner Arbeit zurück.“*⁵ (...) *„Ich denke, ich habe am Anfang sicher drei, vier Stunden im Internet verbracht.“*⁶

Die unterforderten Mitarbeiter erleben ein Flow-Erlebnis des Nichtstuns. Sie gewöhnen sich ans Nichtstun und das Leistungsmaß sinkt. *„In einer Zeit ohne Arbeit ist Arbeit plötzlich sehr schlimm“*, konstatiert auch Werder in einem persönlichen Gespräch⁷. Der Mitarbeiter ist ab einem gewissen Zeitpunkt nicht mehr in der Lage, Mehrarbeit zu bewältigen. Dieser Zustand führt sie in eine Negativspirale, aus der sie nicht herauskommen.

Das zentrale Problem: Kommunikation des Stresses trotz Unterforderung

Das zentrale Problem von Boreout lässt sich schnell zusammenfassen: Über Langeweile spricht man nicht. Das eigentliche Problem liegt in einem tabuisierten Bereich und will man zu seiner sozialen Gruppe gehören, dann hat man sich an deren Leistungsmaß zu halten. Und wenn das Leistungsmaß Stress ist, dann kommuniziert man diesen. Auch wenn es ihn eigentlich gar nicht gibt. Dabei wird Stress in der Alltagssprache inflationär für „zu viel zu tun“ verwendet. Das Problem daher ist: Es gibt kein Problem und das erschwert natürlich die Diagnose.

Von Luhmann wissen wir, dass die Boreout-Betroffenen das deshalb tun, weil sie auf individueller Ebene ihre soziale Exklusion vermeiden wollen. Daher versuchen sie ihre eingeschränkten Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten („ich bin gelangweilt, denn ich habe in meinem Job nichts Aufregendes zu tun“) zu minimieren.

Rothlin und Werder behaupten, dass das Vortäuschen von Stress, auch in der Unterhaltung, eine Kommunikationsstrategie ist, die sozial erwünscht ist (Rothlin, Werder, 2007, S. 7). Sie erwirkt *Anerkennung*. Berufliches Tun und beruflicher Alltag müssen über „Stress“ kommuniziert werden, dazu ist auch gestresstes Handeln notwendig. *„Wer zugibt, viel Zeit zu haben, disqualifiziert sich selbst und scheidet aus der Gesellschaft derer, die etwas leisten, etwas fordern, etwas erhalten, aus“* (Luhmann, 1971, S. 156). Kommunikation des Stresses dient in diesem Fall als Mittel zur Anerkennung. Anerkennung gibt es dann, wenn viel zu tun ist und der Mitarbeiter intensiv mit Aufgaben und dementsprechend Verantwortung betraut ist. Dadurch wird Kompetenz gezeigt. *„Stress steigert das Image“* (Litzcke, Schuh, 2007, S. 43).

Der Philosoph und Mathematiker Bertrand Russel (2005, S. 52) hielt über die positive als auch negative Konnotation von Langeweile fest: *„Es gibt ihrer nämlich zwei Arten, von denen die eine befruchtend, die andere verdummend wirkt. Die erste Art beruht auf dem Fehlen von Rauschgiften. Die zweite auf dem Mangel an lebenswichtiger Betätigung.“* Langeweile ist für ihn also ein Fehlen von Impulsen oder ein Fehlen aus Flow. Das Flow-Erlebnis wird als *„ausschließliche Konzentration der Aufmerksamkeit auf die Aktivität unter Ausschluss aller anderen Umweltreize“* (Pines, Aronson, Kafry, 2000, S. 175) beschrieben. Es erzeugt (positiven) Stress und verschafft das Gefühl zu leben. Die Suche nach dem Flow wird auch als Suche nach dem Kick und einer Herausforderung

¹ Interview A 00:15:23-0

² Interview A 00:18:52-6

³ Interview B 00:17:57-0

⁴ Interview G 01:04:28-6

⁵ Interview H 00:43:49-3 bis 00:44:26-7

⁶ Interview H 00:43:30-1

⁷ 14.11.2010 23:40

umschrieben. „Flow ist ein Zustand des Verschmelzens mit der Situation“ (Litzcke, Schuh, 2007, S. 12). Zu einem Problem wird die Langeweile auch deswegen, weil sie abgewertet wird. Der Leistungsbegriff und Langeweile stoßen zusammen.

Das ist vor allem für den modernen Menschen ein Problem, da er im Druck steht, seine Zeit nutzen zu müssen. „Nutzt man die Zeit nicht effizient, gibt es eine Menge zu versäumen, denn dem modernen Menschen gehört prinzipiell die ganze Welt“ (Obrecht, 2003, 76). Das ist für die Selbstwahrnehmung dieses modernen Menschen ein Problem.

Eine Diagnose ist durch fehlende Kommunikation der Betroffenen und fehlende Beobachtungsmöglichkeiten durch paradoxe Verhaltensstrategien erschwert und appelliert an den Betroffenen selbst. Die fälschliche Titulierung eines Burnouts, das untrennbar mit Überlastung verbunden ist, macht die Benennung noch schwerer und öffnet Fehlbehandlungen wie Reizentzug die Tür. Die daraus entstehende Struktur begünstigt die Eigentherapie der Betroffenen durch legitimierte Substitutionsmittel und begünstigt eine unentdeckte Suchtentstehung.

Literatur

- Bleistein, R. (1973). *Therapie der Langeweile. Das verdrängte Gemüt. Mehr Freizeit – mehr Freizeit? Chancen des Tourismus. Wege zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung*. Freiburg i. Br.: Herder.
- FitimJob-Magazin.ch: Meier, F. *Wenn Nichtstun nur noch hart ist*. www.fitimjob-magazin.ch; März – April 2008: 6-8; www.boreout.com
- Keen, S. (1993). *Es lohnt sich nur der Weg nach innen. Über das kreative Potential der Langeweile*. Hamburg: Ernst-Kabel-Verlag.
- Litzcke, S. M., Schuh, H. (2007). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*, 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Luhmann, N., Baecker, D. (Hrsg) (2002). *Einführung in die Systemtheorie*. Heidelberg: Carl Auer Systeme-Verlag.
- Luhmann, N. (1971). *Politische Planung: Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung*, 4. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maccoby, M. (1989). *Warum wir arbeiten. Motivation als Führungsaufgabe*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Maslach, Ch., Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*. Wien, New York: Springer.
- Obrecht, A. J. (2003). *Zeitreichtum – Zeitarmut. Von der Ordnung der Sterblichkeit zum Mythos der Machbarkeit*. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Pines, A. M., Aronson, E., Kafry, D. (2000). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rothlin, P., Werder, P. R. (2007). *Diagnose Boreout. Warum Unterforderung im Job krank macht*. Heidelberg: Redline.
- Rothlin, P., Werder, P. R. (2009). *Die Boreout-Falle. Wie Unternehmen Langeweile und Leerlauf vermeiden*. München: Redline.
- Russell, B. (2005). *Eroberung des Glücks. Neue Wege zu einer besseren Lebensgestaltung*. 1. Auflage. Ulm: Suhrkamp.
- Zenta, M. (1962). *Die Langeweile und der gehetzte Mensch*. Memmingen/Allgäu: Maximilian-Dietrich-Verlag.



Dr. Elisabeth Prammer
Studium der Internationalen Entwicklung
(Mag.) und Soziologie (Dr.)
prammer.elisabeth@gmail.com



Das Buch „Boreout – Biografien der Unterforderung und Langeweile. Eine soziologische Analyse“ erschien 2012 im Springer VS Verlag und ist für etwa 36 Euro erhältlich. 140 Seiten.
ISBN: 978-3-658-00502-3 (Print),
978-3-658-00503-0 (Online).

Bildstrecke

Chris Saupper – Héroes del Trabajo/Helden der Arbeit



Antonio Vicente Campo Toribio

„Erneuerer“, Berufsbezeichnung für Techniker, die Lösungen für die aufgrund der Blockade nicht verfügbaren Ersatzteile finden. Toribio wurde für seine Verdienste um den Schiffsbau ausgezeichnet.



Isaura Lanza Nieves

begann ihre Laufbahn als Weberin, sie ist nun Werksausbilderin und erhielt für diese Tätigkeit die Auszeichnung.



Diosdado Perez Franco

Spezialist für Hydraulik, entwickelte ein System zur Wasserförderung in entlegenen Gebieten und wirkte damit der Landflucht entgegen.

Jeweils am 1. Mai jeden Jahres werden in Havanna, Kuba, die besten Arbeiter des Landes für ihre Arbeitsleistung ausgezeichnet. Mit dieser Auszeichnung erhalten sie einerseits eine goldene Medaille, andererseits werden sie Teil einer Institution, die sich dem Erhalt der revolutionären Idee verschrieben hat. Der Held der Arbeit ist somit eine Ikone der kubanischen Gesellschaft, illuminiert vom Geist der Revolution ist er gleichermaßen Vermittler und Vorbild.

Die vorliegende Serie zeigt neun Arbeiter und Akademiker, die diesen Titel in den letzten Jahren im Bezirk Havanna verliehen bekamen. Die Bandbreite der Biographien reicht vom „Erneuerer“ – einem Ingenieur, der darauf spezialisiert ist, für die immer öfter fehlenden Ersatzteile eine Lösung zu finden – bis hin zur Köchin. Diese erhielt ihre Auszeichnung für eine Rezeptsammlung, welche Unkraut und scheinbar unnütze Pflanzen zu schmackhaften Gerichten verwandelt. In Zeiten der Blockade und Mangelwirtschaft ein hilfreiches Kompendium.



Heriberto Bonza Gonzalez

Agrartechniker, entwickelte einen besonders bodenschonenden Pflug.



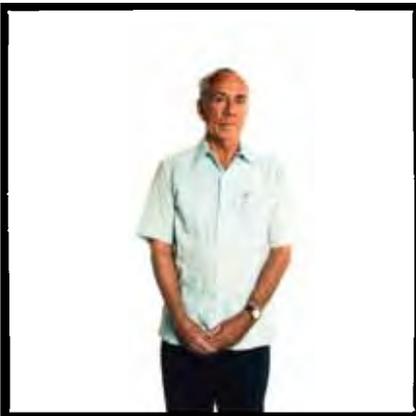
Rodrigo Alvarez Cambras

Orthopäde von Weltruf und Leibarzt von Fidel Castro.



Dominga Hernandez Marti

Köchin, bekannt für ihre Rezeptsammlung. Diese enthält Anleitungen für Speisen, welche man aus einfachsten Zutaten herstellen kann, zum Beispiel Pudding aus Kakteenwurzeln.



Antonio Leon del Monte Perez

ursprünglich Mechaniker, später „Erneuerer“ in der Textilindustrie.



Cosme Ordóñez Carceller

Sozialmediziner, machte sich um den Aufbau eines sozialmedizinischen Netzes in Südamerika verdient.



Pedro Jose Mas Lago

Virologe, verbreitete die Polioprohylaxe in Kuba.

Mag. Chris Saupper
Film/Fotografie
cps@maupi.com

Bildstrecke

Christian Stock – „Würfelbilder“

Seit den 1980er Jahren malt Christian Stock in einer bemerkenswerten Konsequenz monochrome Bilder. Die Erweiterung des Bildraums – vom illusionistischen zum realen Raum – verbunden mit der Reduktion der eingesetzten Mittel nimmt dabei in seinem Œuvre eine zentrale Rolle ein. Leinwand, Farbe und Pinsel begleiten ihn seit seinen frühen Versuchsanordnungen, aus denen Werkgruppen wie „Würfelbilder“, „X“, „O“ oder „Delete Paintings“ hervorgegangen sind.

Wenn man die „Würfelbildern“ sieht, hält man sie zunächst für Objekte. Der Clou aber ist, dass wir uns genau in diesem Moment täuschen. Die „Würfelbilder“ sind und bleiben immer monochrome Malerei, die Schicht für Schicht über Jahre hinweg bis zu 3.000-mal behutsam auf kleinformatische, quadratische Leinwände aufgetragen wurde. Christian Stock benutzt dabei die Grundfarben Rot, Gelb und Blau sowie die Nichtfarben Schwarz und Weiß. Beim Trocknen zieht sich die Farbe zusammen. Auf den Prozess hat der Maler keinen Einfluss. In genau dieser feinen Balance zwischen der Kontrolle des Malvorgangs und dem Zulassen einer

Eigendynamik des Farbmaterials formt Stock in mantraartiger Wiederholung (vergleichbar mit einem 3D-Druckverfahren) seine kubischen Farbschichtungen, deren vier Seiten an einen Querschnitt durch geologische Erdschichten erinnern mögen. Parallel zur Produktion wird bei manchen „Würfelbildern“ nach jeder Beschichtung der Leinwand zusätzlich ein Blatt Papier mit der gleichen Acrylfarbe bemalt, das Papier nummeriert und datiert. Dabei entstehen ebenso viele eigenständige Papierarbeiten, wie Schichten auf der Leinwand. Nichts Geringeres ist hier geschehen als die Aufhebung des in der Malerei postulierten Entweder-Oders. Denn die „Würfelbilder“ sind gleichzeitig abstrakte Malerei wie gegenständliche Objekte, denen Fragen nach unserer Erfahrung von Zeit eingeschrieben sind. *Text: Cornelia Offergeld*

Christian Stock wurde 1961 in Tux in Tirol geboren und lebt in Wien. Nach der Ausbildung an der Kunstgewerbeschule für Holz- und Steinbildhauerei in Innsbruck studierte er an der Akademie der bildenden Künste in Wien Malerei bei Arnulf Rainer.



„Würfelbild Rot“

in Arbeit im Atelier in Wien
1. Mai 1999 – voraussichtlich 2017

Acryl auf Leinwand
25 x 25 x 16 cm
Mit bemalten Papieren,
nummeriert, datiert,
Acryl auf Papier, 25 x 25 cm
Unterlagen, Acryl auf
Papier, 50 x 65 cm

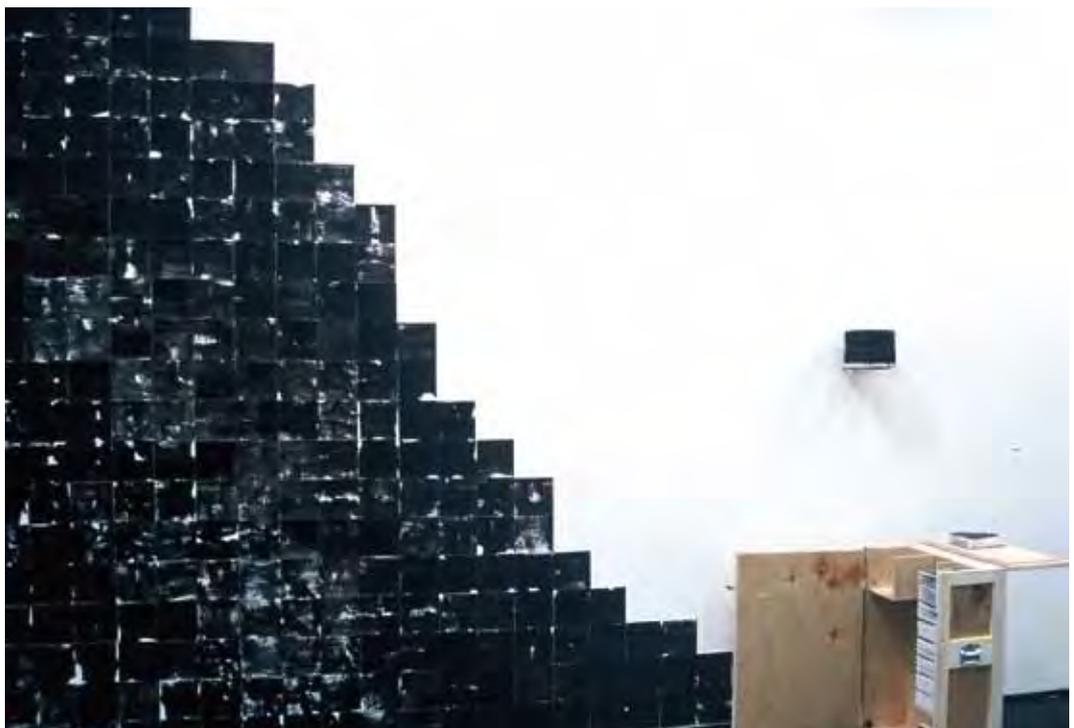


„Würfelbild Weiß“
 in Arbeit im Atelier in Tux im Zillertal
 Januar 2000 – voraussichtlich 2019
 Acryl auf Leinwand
 18 x 18 x 11 cm



„Würfelbild Weiß“
 November 1985 – März 1989
 Acryl auf Leinwand
 18 x 18 x 18 cm

„Würfelbild Schwarz“
 Juni 1992 – Dezember 2002
 Acryl auf Leinwand
 15 x 15 x 15 cm.
 Mit einem Stapel von
 1.065 Papieren 15 x 15 cm,
 8 Unterlagen,
 Acryl auf Papier,
 50 x 65 cm,
 in Holzkiste
 80 x 56 x 27,5 cm



Achtsamkeit als Haltung und Basis therapeutischer Veränderungsprozesse – Chancen für die Suchtbehandlung

Andreas Remmel, Britta Remmel-Richarz, Martin Tauss

*“Here and now, boys,” the bird repeated yet once more [...]
 “Why does he say those things?”
 “Because somebody taught him.” [...]
 “But why did they teach him those things?
 Why ‘Attention’? Why ‘Here and now?’” [...]
 “That’s what you always forget, isn’t it? I mean, you forget to pay attention to what’s happening. And that’s the same as not being here and now.”
 “And the myna-birds fly about reminding you – is that it?” She nodded. That, of course, was it.*

Dialog aus Aldous Huxleys utopischem Roman „Island“ (1962)

„Achtsamkeit“ – ein Thema von hoher Aktualität

Gegenwärtig wird in Medien, therapeutischen Kontexten und in der wissenschaftlichen Literatur viel über „Achtsamkeit“ (engl. „mindfulness“) berichtet, sehr häufig im Zusammenhang mit *Stress* und *Stressbewältigung* sowie

Möglichkeiten zur Förderung einer *gelingenden Emotions- und Affektregulation*. Das wachsende Interesse an der heilsamen Geisteshaltung der Achtsamkeit zeigt sich etwa darin, dass die Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu diesem Thema in den letzten Jahrzehnten exponentiell angestiegen ist (Abbildung 1).

Darüber hinaus machten im letzten Jahr ein Fachkongress zum Thema „Achtsamkeit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft“, der von 29. Juni bis 1. Juli 2012 in der Österreichischen Akademie der Wissenschaften in Wien stattfand, sowie eine vorherige Weiterbildung in *Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)* in Salzburg auf dieses Thema aufmerksam. Auch ein interdisziplinärer Kongress zur Meditations- und Bewusstseinsforschung – vom 16. bis 17. November 2012 in Berlin – widmete sich unter anderem dem Wirkpotential und den aktuellen Anwendungen der Achtsamkeit in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Führende Vertreter achtsamkeitsbasierter Ansätze in Medizin, Psychotherapie und Human-

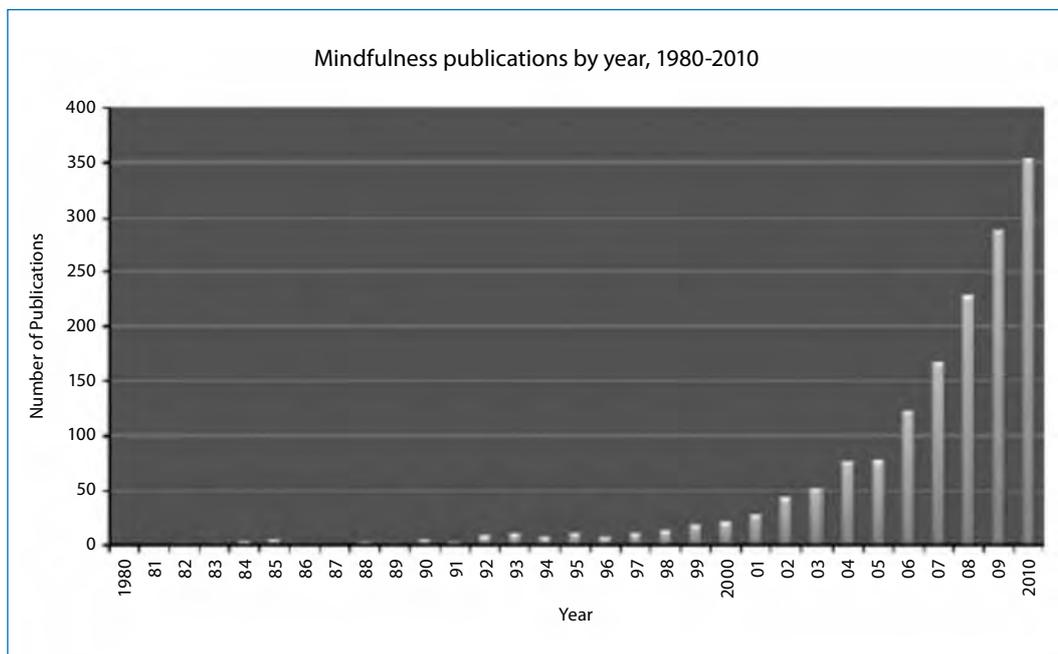


Abbildung 1

Wissenschaftliche Publikationen über Achtsamkeit von 1980 bis 2010. Suchbegriff: „mindfulness“; Abstracts und Key-Words der ISI Web of Knowledge Datenbank, Stand: 02/2011. Quelle: Williams & Kabat-Zinn, 2011

wissenschaften gaben dabei jeweils vertiefende Einblicke in Erfahrungen und Ergebnisse ihrer Arbeit.¹

Was hat es mit dem „Prinzip Achtsamkeit“ auf sich? Was macht ein Programm „Stress-Bewältigung durch Achtsamkeit“ aus und wie können achtsamkeitsbasierte Ansätze in der klinischen Arbeit, vor allem zur Förderung einer gelingenden Emotionsregulation und in der Suchtbehandlung, hilfreich sein?

Achtsamkeit: eine Begriffsklärung

Achtsamkeit wird gegenwärtig vorrangig unter vier Aspekten diskutiert:

1. Achtsamkeit als Haltung und Modus, unseren jeweils aktuellen Erlebnisinhalten „bewusst“, „im gegenwärtigen Moment“, „beobachtend“ und „nicht wertend“ Aufmerksamkeit zu schenken

Achtsamkeit bedeutet, mit unserer ganzen Aufmerksamkeit im *Hier und Jetzt präsent zu sein* und uns dabei möglichst aller Sinneswahrnehmungen, Gedanken, Gefühle oder Verhaltensimpulse *gewahr* sowie der Aufmerksamkeitslenkung selbst bewusst zu werden. Achtsamkeit ist ein grundlegender und lernbarer Modus unseres Bewusstseins und unseres Geistes.

2. Achtsamkeit als dispositionelles Merkmal, als überdauernde Eigenschaft, als Muster unseres Denkens, von Emotionen oder Verhaltenstendenzen

Gegenwärtig werden mindestens acht Fragebogen-Verfahren eingesetzt, mit denen diese Eigenschaften operationalisiert erfasst und validiert werden sollen:

- *Mindfulness Attention Awareness Scale Brown* (MAAS) (Brown & Ryan, 2003);
- *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ) (Chadwick et al., 2008);
- *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS) (Cardaciotto et al., 2008);
- *Toronto Mindfulness Scale* (TMS) (Lau et al., 2006);
- *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI) (Walach et al., 2006);

- *Revised Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS-R) (Feldman et al., 2007);
- *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer et al., 2004);
- *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et al., 2006).

Der FFMQ ist faktorenanalytisch auf der Basis von fünf bestehenden Selbstausskunftsinstrumenten entwickelt worden, die Fähigkeiten in folgenden fünf Faktoren beschreiben sollen:

1. *Observing*: interne oder externe Erfahrungen wahrzunehmen oder sich ihnen zuzuwenden;
2. *Describing*: interne Erfahrungen (Gefühle, Bilder, Gedanken) wahrzunehmen und zu beschreiben;
3. *Acting with awareness*: mit gegenwartszentrierter Aufmerksamkeit statt in einem „autopilot“-Modus zu handeln, ohne sich in der Vergangenheit oder Zukunft zu verlieren;
4. *Non-judgement*: eine nicht-wertende Haltung gegenüber inneren Gedanken, Bildern und Gefühlen und gegenüber äußeren Erfahrungen einzunehmen;
5. *Non-reactivity*: Gedanken, Bilder und Gefühle kommen und gehen zu lassen, ohne auf sie zu reagieren oder von ihnen weggetragen zu werden.

Die Ausprägung dieser Faktoren korreliert in mehreren Studien mit dem Ausmaß von Meditationserfahrung, und die Faktoren zeigen auch eine befriedigende interne Validität (Baer, 2011). Dennoch wird vor allem aus einem traditionellen Meditationsverständnis heraus, aber auch von Autoren anderer Fragebogen-Verfahren, das Problem der Semantik der Items und damit der grundsätzlichen Validität und Angemessenheit derart operationalisierter Instrumente kritisch diskutiert (Grossman, 2008; Grossman & van Dam, 2011).

3. Achtsamkeit als meditative Praxis

Die buddhistische Weisheitslehre (Dharma) stellt im Wesentlichen den Ausgangspunkt der modernen Achtsamkeitsrezeption und ihrer säkularen, wissenschaftsbasierten und transkulturellen Übersetzungen dar. Unter dem Aspekt einer meditativen Achtsamkeitspraxis können ein ca. 2.500 Jahre altes *historisches Modell* mit Verwurzelung in der *buddhistischen Psychologie* von einem etwa 25-jährigen zeitgenössischen Modell, das stark von dem von Jon Kabat Zinn entwickelten *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR)-Programm geprägt wurde, unterschied-

¹ Die in diesem Beitrag verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen, treten aber aufgrund der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auf.

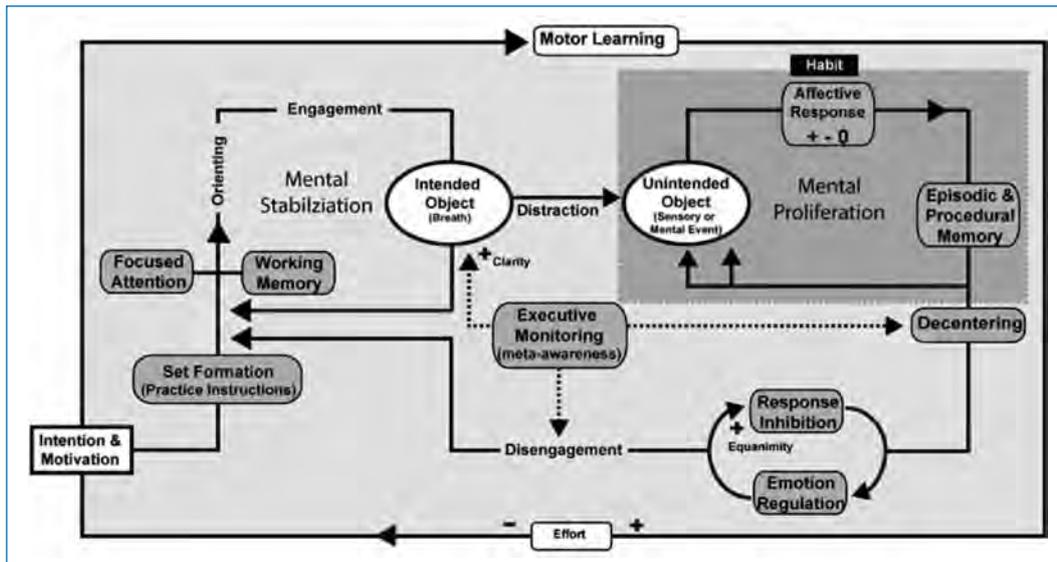


Abbildung 2

Prozessmodell von Achtsamkeit – fokussierende Wahrnehmung. (Vago & Silbersweig, *Front Human Neurosci*, 2012, 6, 296, 11).

den werden. Beide Modelle haben eine grundlegende Gemeinsamkeit: Sie wollen Praktizierende darin unterstützen, Leid (Pali: *dukkha*) zu reduzieren, heilsame Geistesqualitäten zu fördern und mit der Stärkung dieser Haltung ihre Lebensqualität zu verbessern (Vago & Silbersweig, 2012).

In Abgrenzung der beiden Modelle ist u.a. zu beachten, dass „rechte Achtsamkeit“ (Pali: *samma-sati*) im Kontext der buddhistischen Lehre kein isoliertes geistiges Phänomen ist, sondern eines von acht Gliedern eines integralen „achtfachen Pfades“ zur Befreiung von Leid (*dukkha*) darstellt, die wechselseitig aufeinander bezogen und insofern nur über ihr Zusammenwirken zu verstehen sind. Die acht Glieder dieses „Pfades“ werden den drei Bereichen Weisheit/Erkenntnis, Ethik und Meditation zugeordnet, wobei „rechte Achtsamkeit“ gemeinsam mit den beiden Pfadgliedern „rechtes Bemühen“ und „rechte Sammlung“ den Bereich der Meditation konstituiert. Im historisch-buddhistischen Kontext ist „Meditation“ somit stets als die ineinander greifende Praxis von „rechter Achtsamkeit“ und „rechter Sammlung“ basierend auf „rechtem Bemühen“ gekennzeichnet.²

In der meditativen, formalen Praxis können mehrere Formen der Aufmerksamkeitssteuerung unterschieden werden:

a. Eine fokussierende Wahrnehmung

Hierbei liegt der Fokus der Meditation auf einem konkreten Objekt. Der Meditierende versucht, seine Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und geistige Sammlung auf ein konkretes Objekt wie den Atem, ein Mantra oder einen anderen Gegenstand zu richten. Beim „Wandern des Geistes“ versucht der Meditierende, dies bewusst wahrzunehmen und seine Aufmerksamkeit sanft, aber bestimmt immer wieder auf dieses Objekt zurück zu lenken, um so den Geist zu stabilisieren, Ablenkungen und Grübelneigung wahrzunehmen und zu unterbinden und einen Zustand voller geistiger Sammlung auf ein Objekt zu erreichen.

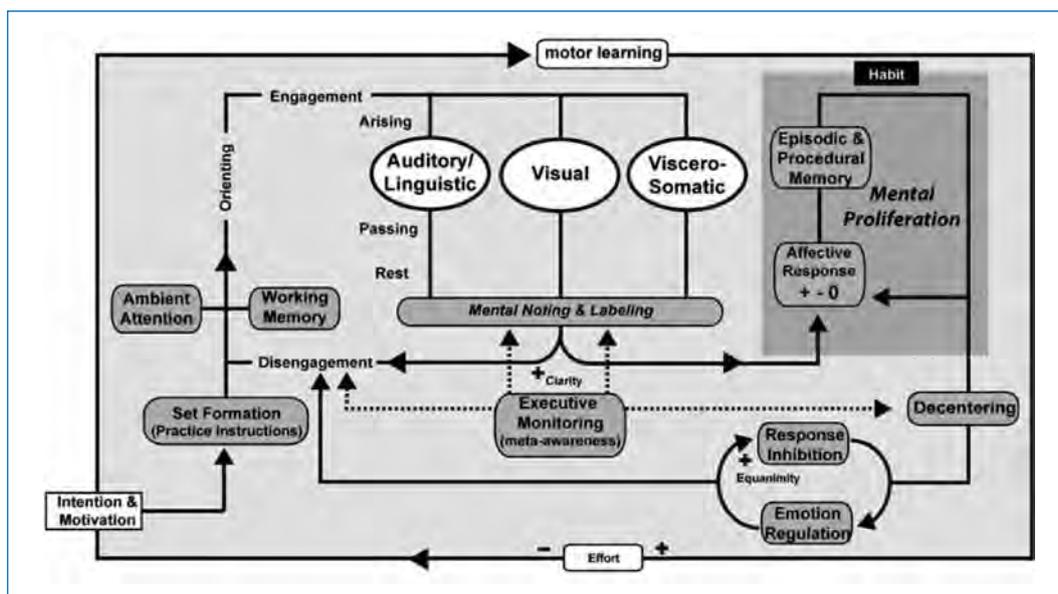
Abbildung 2 veranschaulicht diesen Prozess:

Die Bereitschaft zur Meditation (*intention*) folgt einer zugrundeliegenden *Motivation*, es wird ein „Ausführungsset“ begründet (*set formation*), das durch Instruktionen im Arbeitsgedächtnis (*working memory*) unterstützt wird. Das fokussierende Achtsamkeits-Netzwerk wird über mehrere Komponenten verstärkt, „Meta-awareness“ (*executive monitoring*), *Emotionsregulation* und *Reaktionsverhinderung (response inhibition)*. Ablenkende unbeabsichtigte Objekte (*unintended objects*) können alle entero- oder exterozeptiven sensorischen oder mentalen Ereignisse sein. Affektive Reaktionen auf solche unbeabsichtigten Bewusstseinsinhalte können positiv, negativ oder neutral sein und endlos proliferieren (*mental proliferation*), solange nicht eine geleitete Aufmerksamkeit (*Achtsamkeit*) und *Dezentrierung (decentering)* eine Reaktionshemmung

² Zum buddhistischen Wegverständnis siehe von Allmen, 2007, S. 207 ff.; Gäng, 2002, S. 82 ff.; zur umfassenden Bedeutung des Begriffs der „rechten Achtsamkeit“ im Rahmen der buddhistischen Lehre siehe Thanissaro, 2012; zur Begriffserörterung von Achtsamkeit an der Schnittstelle von buddhistischer Lehre und moderner Wissenschaft siehe Williams & Kabat-Zinn, 2011.

Abbildung 3

Prozessmodell von Achtsamkeit – Open monitoring receptive-Praxis. (Vago & Silbersweig, Front Human Neurosci, 2012, 6, 296, 11).



(*response inhibition*) und Loslösung (*disengagement*) bewirken.

Die Anstrengung aktiver Kontrolle (*effortful control*) wird mit zunehmender Praxis geringer, Aufmerksamkeit selbst wird zum Gegenstand der Praxis (*meta-awareness*), diese „Meta-Funktion“, das Bewusstsein geleiteter Aufmerksamkeit, wird als Fertigkeit erworben und geübt.

Die fortdauernde Meditationspraxis führt in Folge zu mehr Klarheit und Gelassenheit (*equanimity*), einer Verringerung sympathischer Aktivität, kognitiven Überengagements und Grübelneigungen.

b. Eine einsichtsorientierte (*insight*) oder *open monitoring (OM)*-Praxis

In dieser „rezeptiven“ Meditationsform löst sich die Aufmerksamkeit von der Fokussierung auf ein Objekt, nimmt eher den Charakter des „Gewahrseins“ an und untersucht detailliert alle phänomenal erscheinenden Bewusstseinsinhalte.

Abbildung 3 veranschaulicht diese Prozesse:

Auch bei der *open monitoring receptive (OM)*-Praxis ist die *Intention* und *Motivation* vor einer *Set Formation (Praxis-Instruktionen)* bedeutsam. Das Arbeitsgedächtnis (*working memory*) hilft, diese Rahmenbedingungen aufrechtzuerhalten und zu verstärken. Offene Aufmerksamkeitsnetzwerke (*ambient attention*) werden mit Unterstützung verschiedener Mechanismen und Funktionen wie dem *executive monitoring (meta-awareness)*, von Emotionsregulation (*emotion regulation*)

und Reaktionsverhinderung (*reaction inhibition*) aktiviert. Die Wahrnehmung, Identifikation und Bezeichnung (*mental noting & labeling*) auftauchender, vorübergehender und auch fehlender Reize in der phänomenalen bewussten Wahrnehmung sind Formen der Emotionsregulation und tragen zur Festigung oder Löschung unangemessener prozeduraler und semantischer Gedächtnisinhalte bei, die *sensorisch-affektiv-motorische Skripte und Schemata* repräsentieren. Affektive Reaktionen auf solche unbeabsichtigten Bewusstseinsinhalte können positiv, negativ oder neutral sein und endlos proliferieren (*mental proliferation*), solange nicht eine geleitete Aufmerksamkeit (*Achtsamkeit*) und *Dezentrierung (decentering)* eine Reaktionshemmung (*response inhibition*) und Loslösung (*disengagement*) bewirken.

Die Anstrengung aktiver Kontrolle (*effortful control*) wird mit zunehmender Praxis geringer, Aufmerksamkeit selbst wird zum Gegenstand der Praxis (*meta-awareness*); diese „Meta-Funktion“, das Bewusstsein geleiteter Aufmerksamkeit, wird als Fertigkeit erworben. Die fortdauernde Meditationspraxis führt in Folge zu mehr Klarheit und Gelassenheit (*equanimity*).

Diese Meditationsformen haben wichtige Wurzeln in der auf Ruhe und geistige Sammlung ausgerichteten Samatha- sowie der auf Einsicht und Erkenntnis ausgerichteten Vipassana-Praxis der buddhistischen Tradition.

c. Praxis der liebevollen Güte (*metta*, *loving kindness*), des (Selbst-)Mitgeföhls (*karuna*, *mindful [self-]compassion*), der Mitfreude (*mudita*) und der Gelassenheit (*upekkha*, *equanimity*)

In der buddhistischen Theravada-Tradition sind die so genannten *vier erhabenen Verweilungen* (*Brahma-vihara*) bedeutende Objekte der geistigen Sammlung (siehe von Allmen, 2007). Gemäß der buddhistischen Kosmologie ruhen *Brahma*, als „höchste Götter dieses Daseins“, in Zuständen großen Glücks und Friedens, nämlich in den Zuständen von *liebevoller Güte* (*metta*), *Mitgeföhls* (*karuna*), *Mitfreude* (*karuna*) und *Gelassenheit* (*upekkha*). *Vihara* bedeutet Ort des Verweilens.

Diese vier „Herzensqualitäten“ werden auch „grenzenlos“ oder „unermesslich“ genannt, weil sie unendlich viele Lebewesen einschließen (von Allmen, 2007, S. 244):

- *Liebevoller Güte* (*metta*)
Metta ist der Wunsch, dass alle Lebewesen glücklich sein mögen. Die Meditation besteht darin, eine innere Haltung des Wohlwollens und der Güte für die Lebewesen zu entwickeln. Die Übung beginnt mit Metta für sich selbst. Später wird sie ausgedehnt auf eine Person, für die Geföhls der liebevollen Güte mit Leichtigkeit entstehen, dann auf andere Personen und Gruppen und letztlich kultiviert für alle Lebewesen ohne Ausnahme.
- *Mitgeföhls* (*karuna*)
Mitgeföhls „entspringt dem Herzen, das sich dem Leiden der Lebewesen öffnet“ (von Allmen, 2007, S. 246). *Karuna* ist der Wunsch, dass alle Wesen frei sein mögen von allen Arten des Leidens. „Die unmittelbare Ursache für *Karuna* ist das Erkennen und Föhls des Leidens eines Menschen. Deshalb ist es unerlässlich, dass man sich darin übt, die schmerzhaft Erfahrung tatsächlich zuzulassen, ohne sich davor zu verschließen“, als Voraussetzung dafür, dass sich das Herz in Mitgeföhls öffnen kann (ebd.). „Gleichzeitig liegt aber das Hauptgewicht auf dem Wunsch nach ‚Freisein vom Leiden‘, da man sonst Gefahr läuft, im Leiden zu versinken (ebd.).“
- *Mitfreude* (*mudita*)
Mitfreude oder Wertschätzung ist der Wunsch, dass das (wahrgenommene) Glück, das Wohlergehen, die Güte, der Erfolg der Lebewesen fortbestehen und nie enden möge. „Wenn wir uns von der Freude

oder dem Wohlergehen einer Person echt beröhren lassen, entsteht Mitgeföhls ganz von selbst in uns“ (ebd.). Dies bedeutet, dass wir „bereit und fähig sind, uns für Wohlergehen und Erfolg anderer zu öffnen, ohne uns von Neid oder Konkurrenzdenken begrenzen zu lassen“.

- *Gelassenheit* (*upekkha*)
„Echte Gelassenheit entsteht aus Erkenntnis und Weisheit“ (ebd.). Diese besteht darin, zu erkennen und zu akzeptieren, dass trotz aller Bemühungen Leiden Anderer ohne deren eigenes Zutun nicht gemindert werden kann, dass es aber auch Leiden und Leidenszustände gibt, die überhaupt nicht gemindert werden können, sondern bestehen bleiben (radikale Akzeptanz). Gelassenheit hat auch eine direkte Wirkung auf liebevolle Güte, Mitgeföhls und Mitfreude. „Gelassenheit verleiht dem Mitföhlsenden unerschütterlichen Mut (Gleichmut) und befähigt dazu, die manchmal überwältigenden Abgründe des Leidens auszuhalten und dabei das Herz offen zu behalten“ (ebd.).

Die unterschiedlichen Qualitäten der vier *Brahma-vihara* werden folgendermaßen illustriert:

„*Metta* ist wie die Liebe guter Eltern zu ihrem Kind. *Karuna* ist wie das Mitföhls der Eltern für ihr krankes Kind. *Mudita* ist wie die Freude der Eltern, wenn ihr Kind die ersten Erfolge in seinem Leben erfährt. *Upekkha* ist wie die ideale Haltung der Eltern gegenüber ihrem Kinde, das nun erwachsen geworden ist und seine eigenen Wege geht“ (von Allmen, 2007, S. 249).

4. Achtsamkeit als therapeutische Intervention

In den vergangenen 20 Jahren wurden auf der Basis dieser und weiterer Traditionen mehrere *achtsamkeitsbasierte Verfahren* entwickelt, die erfolgreich in der Behandlung von Menschen mit unterschiedlichen körperlichen und psychischen Störungen und Erkrankungen angewendet werden können und einen Schwerpunkt auf der Förderung der Fähigkeit zur Emotions- und Affektregulation und von Ressourcen, Akzeptanz, Selbstmitgeföhls und Selbstachtung haben (siehe Rimmel & Richarz, 2006).

Gemeinsam ist allen diesen Ansätzen und Verfahren

1. die Betonung einer *nicht-wertenden Aufmerksamkeit und Präsenz im gegenwärtigen Moment*,

2. das Bemühen um die *Reduzierung von Leiden über die Deaktivierung von Verlangen bzw. Anhaften und von Aversion bzw. Vermeidung*, sowie
3. *das Bewusstsein um diese Aufmerksamkeit.*

Wir alle kennen das: üblicherweise wandert unser Geist umher, wir sind stark ablenkbar und mit unseren Gedanken oder Bewertungen oft in der Vergangenheit oder mit unseren Plänen schon in der Zukunft. Oder wir haften an angenehmen Dingen oder Gefühlen an, wollen sie festhalten, oder aber wollen unangenehme Erfahrungen vermeiden und wehren Gedanken oder Gefühle daran heftig ab. Zusätzlich lösen wir darüber hinaus auch noch innere Dialoge, Kommentare oder Selbstbewertungen aus („*ich sollte dies oder jenes tun oder lassen*“, „*ich sollte das und das besser machen können*“, „*ich bin unfähig, diesem oder jenem gerecht zu werden*“, etc.). Genau dies aber verursacht oft *Stress*: wir sind überfordert, überlastet und unkonzentriert.

Unser Geist ist stattdessen aber auch in der Lage, mit seiner ganzen Aufmerksamkeit auf einen gegenwärtigen Moment zu fokussieren, im Augenblick tatsächlich anwesend zu sein, und das anzunehmen, was gegenwärtig ist, ohne Wahrnehmungsverzerrung oder Vermeidungsstrategie. Und wenn uns dies möglich wird, empfinden wir uns als wesentlich klarer, authentischer und gelassener. Das Paradoxe: Dieser eigentlich einfachere und klarere Weg erscheint uns in unserem Alltag mit seinen hohen Anforderungen und Verpflichtungen bisweilen sehr anstrengend. Daher ist es wichtig, diese Fähigkeit immer wieder zu üben, wie beim Training eines Muskels, dessen Kraft bei Inaktivität ansonsten schwindet und sogar atrophiert.

Achtsamkeitstraining

Achtsamkeit bedarf der Übung, der Praxis, des regelmäßigen Trainings. Achtsamkeitstraining zielt darauf ab, jeden Augenblick, jeden Moment, in seiner ganzen Fülle und mit allen unseren sinnlichen Erlebnisqualitäten bewusst zu erfassen. Das bedeutet, dass wir in unserer Geschäftigkeit („*doing*“-Modus, *Autopilot*) innehalten und zumindest zeitweise aus diesem Aktions-Modus in einen *Seins-Modus* wechseln: Wir üben, einfach nur da zu sein, anwesend zu sein, im Hier und Jetzt, wo wir gerade sind. Dadurch können wir eine Haltung vertiefen, in der wir mit unseren eigenen Empfindungen und Wahrnehmungen phänomenal besser in Kontakt kommen, die Anforderungen der jeweiligen Situation besser erkennen und aus einem

wachen und zugleich entspannten Bewusstsein heraus reflektierter und klarer handeln können.

Eines der am besten entwickelten und erprobten Trainings zur Achtsamkeit ist das *Mindfulness-based Stress Reduction-Programm* (MBSR) oder *achtsamkeitsbasierte Stressbewältigung*, das seit den 1970er Jahren von Jon Kabat-Zinn und Mitarbeitern an der „Stress Reduction Clinic“ der Universität von Massachusetts in Worcester, USA, initiiert wurde und inzwischen weltweit Verbreitung und Anwendung gefunden hat (Kabat-Zinn, 1990; 2003). Eine Weiterentwicklung im klinischen Kontext stellt die *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) dar, die das Achtsamkeitstraining von MBSR mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert und an der Universität Oxford ursprünglich zur Rückfallprävention bei Depressionen entwickelt wurde (Teasdale et al., 2000; Segal et al., 2002).

Das Praktizieren von Achtsamkeit im Rahmen des achtwöchigen MBSR-Trainingsprogramms geschieht einerseits in *formellen Grundübungen* wie Körperwahrnehmungsübungen („*Body Scan*“), verschiedenen Formen der *Achtsamkeitsmeditation* wie Sitz- und Gehmeditation oder durch Übungen *achtsamer Körperarbeit* (Yoga). Das Programm wird andererseits ergänzt und getragen durch eine regelmäßige *informelle Praxis*, d.h. Achtsamkeitsübungen im persönlichen Alltag. Jede der achtwöchigen Einheiten beinhaltet darüber hinaus einen thematischen Schwerpunkt, in dem die Achtsamkeitsprinzipien näher erläutert werden. Der wichtigste Teil ist jedoch die Übung zuhause. Die Teilnehmer erklären sich bereit, sich täglich ca. 45 Minuten Zeit zu nehmen, um Achtsamkeit praktisch zu üben. Unterstützt wird dies durch CDs und Kurshefte. Nach der sechsten Einheit findet dann ein gemeinsamer „Achtsamkeitstag“ statt, der vor allem der Vertiefung dieser Praxis dient.

MBSR und andere achtsamkeitsbasierte Verfahren wollen wach halten und eine *innere Haltung* schulen, in der Achtsamkeit im täglichen Leben praktizierbar und praktiziert wird und Wohlwollen, Mitgefühl und Selbstfürsorge sich selbst und anderen gegenüber einen größeren Raum einnehmen können.

Achtsamkeit im klinischen Alltag

Die Schulung von Achtsamkeit hat aber auch große Bedeutung für den klinischen Alltag in Medizin und Therapie (Rimmel & Richarz, 2006). Sie kann mindestens in zweierlei Hinsicht hilfreich sein:

1. Für den *Behandler*, der Achtsamkeitsmeditation oder Achtsamkeit selbst übt und praktiziert: Achtsamkeit „lebt“ durch die Person in Form einer *achtsamen Grundhaltung*. Mehr Präsenz und Aufmerksamkeit wirkt sich im eigenen Leben aus und entfaltet sich auch im Kontakt mit einem Gegenüber – beides hat eine heilsame, salutogenetische Wirkung. Aus der Psychotherapieforschung ist die große Bedeutung so genannter „*unspezifischer Wirkfaktoren*“ bekannt, d.h. wirksam in Therapien ist vor allem der Therapeut als Person, in seiner Präsenz, Klarheit, seinem Wohlwollen und seiner Zugewandtheit; viel weniger bedeutsam sind so genannte „spezifische Wirkfaktoren“ oder Techniken (Ryan et al., 2012).
2. Achtsamkeit kann die Therapie von *Patienten* mit verschiedenen Krankheitsbildern grundlegend fördern: Achtsamkeit selbst ist kein therapeutisches Verfahren, sondern eine Grundhaltung und Einstellung, die aber therapeutische Veränderungsprozesse erleichtern kann. Insbesondere Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sind in ihrer Konzentrationsfähigkeit, ihrer Fähigkeit der nicht-bewertenden Selbstwahrnehmung und ihrer Distanzierungsfähigkeit von negativen Selbstkonzepten, Gedanken, Gefühlen und Handlungsimpulsen eingeschränkt. Beispiele dafür sind Patienten mit *Suchterkrankungen, Depressionen, Angsterkrankungen, ADHD, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, somatoformen Schmerzerkrankungen* u.a. Die Betroffenen sind mit ihren Gefühlen, Gedanken und Impulsen identifiziert, haften förmlich daran. Achtsamkeit als Grundhaltung verhilft Patienten dazu, sich von diesen Gefühlen und Gedanken *distanzieren* und *de-identifizieren* zu können und diese als grundsätzlich veränderlich zu erkennen, und somit einen Raum für neues Denken und Erleben zu schaffen. Damit kann die *Wirklichkeit* wieder auf *Realität* hin erweitert werden, aus der Potentialität von Möglichkeiten können neue Möglichkeiten erprobt und neu verwirklicht werden. Somit kann Achtsamkeit auch ein Bewusstsein von *Freiheit* und *Flexibilität* und damit mehr Lebensqualität fördern (Rommel & Richarz, 2006).

Neurowissenschaftliche Grundlagenforschung und Wirksamkeitsstudien

Vor dem Hintergrund einer mit immer besseren Instrumenten ausgestatteten Hirnforschung gibt es bereits umfangreiches Wissen zu den neuronalen Mechanismen von Achtsamkeit. In diesem Zusammenhang liefern bildgebende Verfahren zahlreiche Belege für die Plastizität des Gehirns und die menschliche Fähigkeit zur Selbstregulation. Moderne neurowissenschaftliche Untersuchungsmethoden (fMRI) konnten beispielsweise zeigen, dass Menschen nach einem MBSR-Training funktionelle und strukturelle Veränderungen einzelner Hirnregionen aufwiesen, insbesondere eine verstärkte Aktivierung präfrontaler Hirnregionen und des Hippocampus, was mit der Ausbildung positiver Emotionen, verstärkter Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen und einer höheren Differenzierungsfähigkeit einherging (Hölzel et al., 2011).

Die Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Verfahren wie *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) und *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) wird mittlerweile durch eine Vielzahl von Studien in zahlreichen klinischen Anwendungen belegt, insbesondere im Hinblick auf eine bessere Entspannungsfähigkeit und Bewältigung von Stresssituationen, Reduktion von Angst und Depressivität, einen verbesserten Umgang mit Schmerzsymptomen sowie eine Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Fjorback et al., 2011). Für die MBCT konnte etwa anhand von Daten aus sechs kontrollierten Studien (n = 593) gezeigt werden, dass sie die Rückfallrate bei Patienten mit wiederholten depressiven Episoden um 44% reduzieren kann (Williams & Kuyken, 2012).

Integration von Achtsamkeit in therapeutischen Ansätzen

Neben MBSR sind in den letzten Jahren mehrere achtsamkeitsbasierte therapeutische Konzepte entwickelt worden, die eine hohe Wirksamkeit bei Patienten mit spezifischen psychischen Störungen und Erkrankungen zeigen. Beispiele dafür sind u.a.:

1. die bereits erwähnte *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) zur Rückfallprophylaxe bei Depressionen (Segal et al., 2002),
2. *Mindfulness-based Relapse Prevention* (MBRP) für die Rückfallprophylaxe und zur Behandlung von Suchterkrankten (Bowen et al., 2010),

3. *Mindfulness-based Eating Training* (MB-EAT) (Kristeller & Hallet, 1999; Kristeller et al., 2011),
4. *Relaxation Response for cardiovascular health and wellness* (Park et al., 2013; Lazar et al., 2000; Benson, 1997),
5. *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) für ein breites Indikationsgebiet psychischer Probleme und Erkrankungen (Hayes et al., 2006),
6. *Dialektisch-behaviorale Therapie* (DBT) zur Behandlung von Menschen mit Emotions-, Beziehungs- und Verhaltensregulationsstörungen (wie Borderline-Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, u.a.) (Linehan, 1993).

Achtsamkeit und Emotionsregulation

Zahlreiche Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen zeigen beeinträchtigte Fähigkeiten ihrer Bedürfnis- und Emotionsregulation (Gross, 2001; Gross & Thomson, 2007; Gross et al., 2011; Mesquita & Frijda, 2011; Todd et al., 2012).

„Emotionsregulation“ beschreibt dabei alle bewussten und unbewussten Strategien, *einzelne Komponenten emotionaler Antworten auf (emotionale) Stressoren hin zu steigern, aufrechtzuerhalten oder abzuschwächen* (Gross, 2001; Todd et al., 2012).

Insbesondere Patienten mit *emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Störungen)*, aber auch Patienten mit *affektiven Störungen, Somatisierungsstörungen, Essstörungen und Suchterkrankungen* zeigen Schwierigkeiten im Umgang mit der Wahrnehmung und Regulation eigener Bedürfnisse, vor allem aber auch der Wahrnehmung, Beschreibung, Aktivierung und Deaktivierung, sowie der Steuerung und dem balancierten Ausdruck von Emotionen (Rimmel et al., 2006).

Achtsamkeit und Suchterkrankungen

Vor allem auch Patienten mit Suchterkrankungen (*stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Süchte*) sowie aktivierten Suchtmechanismen (Essstörungen, emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen, u.a.) zeigen deutliche Beeinträchtigungen ihrer Bedürfnis- und Emotionsregulation (Abbildung 4).

Ausgelöst in bestimmten *Situationen*, durch prägnante *Reizkonstellationen* und *Stimulusmerk-*

male, verschränkt mit der individuellen Lerngeschichte und beeinflusst durch den aktuellen und grundsätzlichen *Bedürfnisstatus* kommt es unter dem Einfluss von *Temperaments- und Reagibilitäts-/Stabilitätsfaktoren* bei Patienten zu einem (Hyper-)Arousal und einem *aversiven Spannungszustand*. In Abhängigkeit von unmittelbaren *Belohnungs- oder Verzichtsfaktoren* sowie der Fähigkeit zu einem *Belohnungsaufschub* kommt es zu einem *Craving* bezüglich Verhaltensformen zur Spannungsreduktion (*Suchtmittelgebrauch, Selbstverletzung, Essen, Erbrechen, Hochrisikoverhalten*) und es werden *Netzwerke, Schemata und Routinen* aktiviert, die unbewusst, gewohnheitsmäßig und automatisiert ablaufen.

Neben diesen gebahnten unbewussten Affekt- und Verhaltenswegen kann zusätzlich ein bewusstes Verlangen im *Arbeitsgedächtnis* Platz greifen und stärker werden, was zu einer Eskalation und Einengung von Handlungsspielräumen mit bewusstem Verfolgen des Verlangens führen kann.

Beide Wege können zu einer Verstärkung dysfunktionalen Verhaltens führen, dessen Veränderung eine große Herausforderung darstellt, nicht zuletzt auch durch die direkten und indirekten toxischen Wirkungen des Suchtmittels selbst.

Hilfreich zur Veränderung dieser Pathomechanismen können Skills und Skills-Ketten sein, wie sie in etwa in der dialektisch-behavioralen Therapie (Linehan, 1993) und dem Skills-Training (Linehan, 1993; Sendera & Sendera, 2012; Bohus & Wolf, 2008) entwickelt und innerhalb der Therapie von Patienten mit Emotionsregulationsstörungen implementiert wurden. Sensorische, motorische und kognitive Skills und Skills-Ketten können das Hyperarousal wirksam senken und dadurch wieder eine breitere Informationsverarbeitung ermöglichen. Durch Skills zur Reaktionsverhinderung automatisierter oder teilautomatisierter Verhaltensweisen können dysfunktionale Verhaltensweisen gestoppt oder verändert werden.

Durch Übungen zur Achtsamkeit mit einer Aufmerksamkeitszentrierung, einer *nicht-wertenden wahrnehmenden* und *beschreibenden Annahme gegenwärtiger Bewusstseinsinhalte*, der Stärkung einer *Dezentrierung* und *De-Identifikation*, sowie der Förderung von *Flexibilität* und des *Denkens und Handelns in Alternativen* sind für Patienten alternative, funktionalere Handlungsweisen möglich (Rimmel & Richarz, 2006). Diese gilt es umzusetzen und einzuüben.

Die grundlegende Einstellung der wahrnehmenden Beobachtung gegenüber Bewusstseins- und Erlebnisinhalten kann auch die Wahrnehmung fördern, dass sich etwa *Craving* und die Intensität des *Cravings* verändern

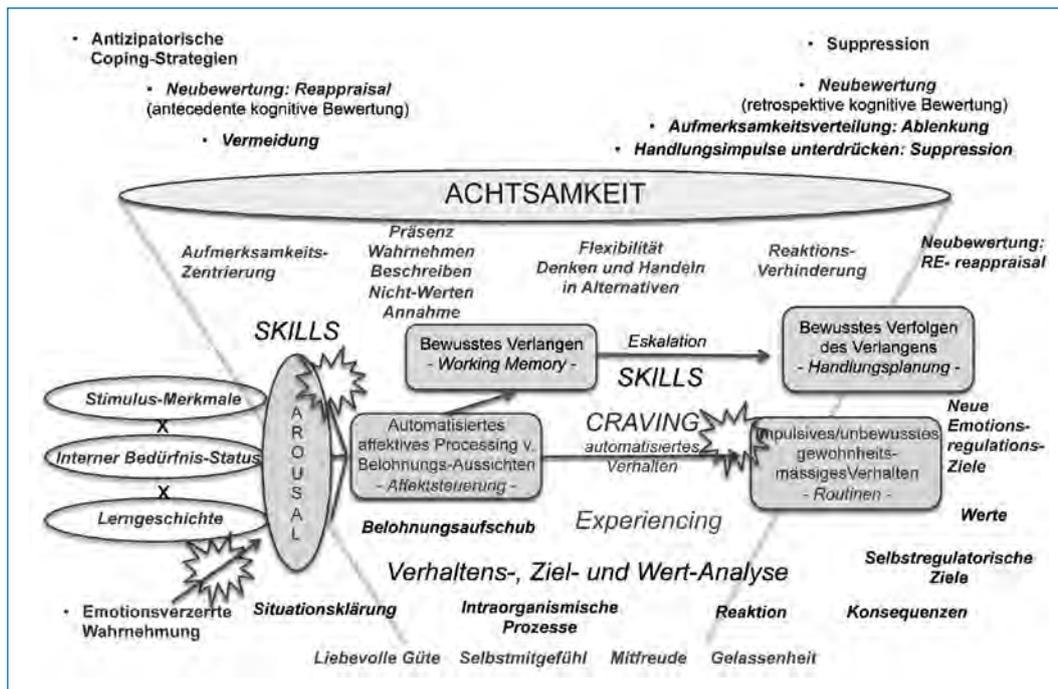


Abbildung 4

Achtsamkeit und ein erweitertes Emotionsregulations-Modell. (Remmel, 2013; nach Gross et al., 2007; 2011; Todd et al., 2012, und Hofmann & van Dillen, 2012)

kann, Impulse und Gegenimpulse kommen und gehen und es andere Möglichkeiten gibt, als auf diese Impulse unmittelbar zu reagieren.

Innerhalb der Achtsamkeitspraxis, aber auch innerhalb eines therapeutischen Rahmens können so Situationen, Prozesse, Muster und Konzepte genauer untersucht werden, und es kann auch eine Verhaltens-, Ziel- und Wertanalyse erfolgen, und ebenso eine Motivationsklärung. Als zentral im Umgang mit suchterkrankten Patienten ist dabei die Förderung der Fähigkeit zum Belohnungsaufschub bzw. zur Stress-Toleranz. Neben der intensiven Beschäftigung mit diesen mentalen und psychobiologischen Prozessen ist dann vor allem auch die Förderung von Wahrnehmungs-, Spür- und Erlebensprozessen (*experiencing*) erforderlich.

In der Tradition achtsamkeitsbasierter Ansätze wurden inzwischen mehrere Verfahren für Menschen mit Suchterkrankungen entwickelt (Bowen et al, 2010; Garland et al., 2010).

Mindfulness-based Relapse Prevention (MBRP)

Ähnlich der *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) versucht die *Mindfulness-based Relapse Prevention* (MBRP), die Achtsamkeitspraxis insbesondere für die Rückfallprävention nutzbar zu machen (Bowen et al., 2010). MBRP kombiniert das Achtsamkeitstraining mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie und stellt im letzten Jahrzehnt eine bemerkenswerte Weiter-

entwicklung der Rückfallprophylaxe bei Suchtverhalten dar (Hendershot et al., 2011).

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie in der Rückfallprävention ist bei Alkoholabhängigkeit und einer Reihe anderer Suchterkrankungen mehrfach nachgewiesen (Witkiewitz et al., 2005; Michalsen et al., 2002). Entsprechend dem kognitiv-behavioralen Ansatz beginnen Maßnahmen zur Rückfallprävention mit der Erfassung entsprechender Risikofaktoren. Nach der Identifikation potenzieller Trigger und Hochrisikosituationen werden kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen zur Vermeidung und Bewältigung von Rückfällen implementiert. Diese Interventionen können durch achtsamkeitsbasierte Anwendungen erweitert werden: Achtsamkeit wird in diesem Zusammenhang als hilfreiche „*metakognitive*“ Fähigkeit beschrieben, denn während traditionelle kognitive Therapien darauf abzielen, den *Inhalt* von Gedanken (z.B. maladaptive Ideen) zu verändern, läuft ein Achtsamkeitstraining darauf hinaus, die *innere Einstellung* gegenüber sämtlichen Bewusstseinsinhalten wie Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen im Sinne einer entspannten, beobachtenden, akzeptierenden und nicht wertenden Haltung zu *verändern* (Witkiewitz et al., 2005).

Mit Hilfe der Achtsamkeitsübungen des MBRP-Programms sollen die Patienten lernen, innezuhalten und ihre gegenwärtige Erfahrung zu betrachten, ohne darauf mit automatischen Verhaltensweisen und destruktiven Gewohnheiten reagieren zu müssen.

Insbesondere die Veränderung der inneren Einstellung gegenüber *unangenehmen Erfahrungen* sowie ein erhöhtes Gewahrsein im Hinblick auf *Suchtmittel-spezifische Schlüsselreize* und die *ersten Anzeichen des Cravings* sind wichtig, um konditioniertes Sucht-assoziiertes Verhalten zu verhindern. Achtsamkeitspraxis wirkt insofern als *Gegenkonditionierung zu den positiven und negativen Verstärkungsfaktoren der Sucht*. Auf diese Weise können die Betroffenen ein (größeres) Spektrum an Wahlmöglichkeiten im Alltag entwickeln und lernen, im Vergleich zur Sucht gesündere und glücklichere Verhaltensweisen zu wählen.

In der ersten randomisierten, kontrollierten Studie zum Einsatz von MBRP wurde die Wirksamkeit eines achtwöchigen MBRP-Programms nach intensiver Suchttherapie während einer viermonatigen Nachbeobachtungsphase anhand eines signifikant niedrigeren Substanzgebrauchs sowie einer stärkeren Reduktion des Cravings verglichen mit einer üblichen Suchtbehandlung („*Treatment as usual*“) gezeigt (Bowen et al., 2009). Eine nachfolgende Datenauswertung wies darauf hin, dass die Reduktion des Cravings signifikant durch implizite Qualitäten der Achtsamkeit wie Akzeptanz, Gewahrsein und eine nicht wertende Haltung vermittelt wurde (Witkiewitz et al., 2012). Diese ersten Ergebnisse unterstreichen die klinische Bedeutung der durch Achtsamkeit vermittelten psychischen Prozesse, die bei Suchtpatienten sowohl die Erfahrung des Cravings als auch die Reaktion darauf therapeutisch hilfreich beeinflussen können (Michalsen et al., 2002).

Zentrum für Achtsamkeitsforschung in Klinik und Therapie – das Psychosomatische Zentrum Waldviertel (PSZW) Eggenburg

Im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel – Klinik Eggenburg, als Modelleinrichtung für Psychosomatik, Psychotherapie und Gesundheitswissenschaften, werden seit 2006 achtsamkeitsbasierte Behandlungsverfahren für Menschen mit spezifischen Störungsbildern (angst- und stressbezogene Erkrankungen, Somatisierungsstörungen, Depressionen, Borderline-Störungen, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen) weiterentwickelt und im therapeutischen Kontext implementiert. Gleichzeitig wird die Wirksamkeit dieser Verfahren für therapeutische Veränderungsprozesse, das therapeutische Outcome und die Fähigkeiten zur Emotions- und Stressreduktion von Menschen intensiv empirisch erforscht.

In einem dreijährigen drittmittelgeförderten Forschungsprojekt werden derzeit im Rahmen einer prospektiven kontrollierten und randomisierten Therapiestudie (RCT) regelmäßige achtsamkeitsbasierte Interventionen für Patienten mit Somatisierungsstörungen, stressbezogenen Erkrankungen und Angsterkrankungen im Umfang von wöchentlich 3x 2 Stunden über eine Gesamtdauer von sechs Wochen im Rahmen eines komplexen stationären Gesamtbehandlungsangebots angeboten und gegenüber musiktherapeutischen, körpertherapeutischen und entspannungstherapeutischen Verfahren in ihrer Wirksamkeit auf somatische, psychische, soziale und psychobiologische Zielvariablen systematisch untersucht. Die dreijährige Studie mit über 240 Studienteilnehmern lief bis Oktober 2012 und wird derzeit differenziert ausgewertet.

Ein weiterer Schwerpunkt im PSZW Eggenburg ist die Integration achtsamkeitsbasierter Verfahren in die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, chronischen Schmerzerkrankungen, Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen, etwa im Rahmen erweiterter Behandlungskonzepte einer dialektisch-behavioralen und emotionszentrierten, integrativen Therapie.

In einer klinikinternen Arbeitsgruppe zum Thema „Achtsamkeit“ wird darüber hinaus sowohl praktisch wie theoretisch die Vermittlung von achtsamkeitsbasierten Verfahren im klinischen Kontext berufsgruppenübergreifend konkretisiert. Neben der Umsetzung im klinischen Alltag bilden die Schulung und Weiterbildung der Mitarbeiter einen bedeutsamen Schwerpunkt. Fragen zu einer „achtsamen Haltung“, deren Wachhalten im Alltag und innerhalb eines institutionellen Rahmens, sowie die Formate, in denen „Achtsamkeit“ gefördert werden kann, sind weitere Themen der Projektgruppe. Übergeordnete Fragestellungen setzen sich auch mit philosophisch-erkenntnistheoretischen Fragen zum Thema Achtsamkeit und zur Bewusstseinsforschung auseinander.

Abschließende Gedanken – Achtsamkeit als „roter Faden“

Achtsamkeitsbasierte Therapieverfahren haben sich in den letzten Jahren als wirkungsvolle Praxisfelder etabliert und erfahren bei Wissenschaftlern, Ärzten, Therapeuten und Patienten zunehmende Beachtung und Anerkennung. Auf der Grundlage wachsender klinischer Erfahrung und eines zunehmend differenzierten theoretischen Verständnisses sind die weitere

Verbreitung und Vertiefung der Anwendung von Achtsamkeit im therapeutischen Feld wünschenswert.

Wenn wir Achtsamkeit als „roten Faden“ in unserem Tun kultivieren, können wir lernen, mit individuellem Stress und starkem emotionalen Erleben präsenzer, vorurteilsfreier und gelassener umzugehen. Aber auch im Umgang miteinander kann Achtsamkeit geschult und geübt werden. Dies fördert Empathie-Fähigkeit, Wertschätzung und Respekt.

Achtsamkeit als *beobachtende* und *nicht wertende* Grundhaltung und als Präsenz im gegenwärtigen Moment kann auch Mitarbeiter darin unterstützen, Meinungen, Konzepte und Vorurteile immer wieder zu überprüfen, automatisierte Stressreaktionen zu unterbrechen und den Boden für ein menschlicheres, konstruktives und letztendlich gesünderes Arbeitsklima zu schaffen. Mitarbeiter des Psychosomatischen Zentrums Waldviertel bieten hierzu auch intensive Schulungen, Trainings und Supervisionen an (www.pszw.at).

Websites

Psychosomatisches Zentrum Waldviertel:

www.pszw.at

MBSR-Verband Austria: www.mbsr-mbct.at

Oxford Mindfulness Center:

www.mindfulness.org

Mind and Life Institute: www.mindandlife.org

Insight Meditation Society: www.dharma.org

Spirit Rock Meditation Center:

www.spiritrock.org

Literatur

Baer, R. A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemp Buddhism*, 12, 241-261.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Allen, B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 1, 191-206.

Benson, H. (1997). The relaxation response: therapeutic effects. *Science*, 278, 1694-1695.

Bohus, M., Wolf, M. (2008). *Interaktives Skills-Training für Borderline-Patienten*. Stuttgart: Schattauer.

Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M. E., Marlatt, A. (2009).

Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Subst Abuse*, 30, 295-305.

Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G. A. (2010). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.

Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84, 822-848.

Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., Farrow, V. (2008). The assessment of present moment awareness and acceptance – the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223.

Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *Br J Clin Psychol*, 47, 451-455.

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: the development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*, 29, 177-190.

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbol, E., Fink, P., Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand*, 124, 102-119.

Gäng, P. (2002). *Buddhismus*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main/New York: Campus.

Gross, J. J., Sheppes, G., Urry, H. L. (2011). Cognition and Emotion. Lecture at the 2010 SPSP Emotion Press conference. *Cogn Emot*, 25, 765-781.

Gross, J. J. (2011). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci*, 10, 214-219.

Gross, J. J., Thomson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross et al. (eds), *Handbook of emotion regulation* (S. 3-26). New York: Guilford Press.

Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *J Psychosom Res*, 64, 405-408.

Grossman, P., van Dam, N. T. (2011). Mindfulness, by any other name: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemp Buddhism*, 12, 219-239.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Therapy*, 44, 1-25.

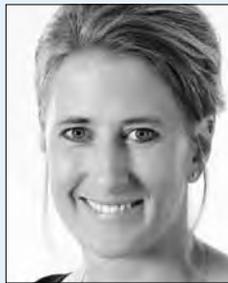
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 6, 17-33.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.
- Hofman, W., Van Dillen, L. (2012). Desire: The New Hot Spot in Self-Control Research. *Current Dir Psychol Sci*, 21, 317-322.
- Huxley, A. (2005). *Island*. (Erstveröffentlichung 1962). London: Vintage Books.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Prac*, 10, 144-156.
- Kristeller, J., Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*, 19, 49-61.
- Kristeller, J., Hallet, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *J Health Psychol*, 4, 357-363.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: development and validation. *J Clin Psychol*, 62, 1445-1467.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G., Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, 1, 1581-1585.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mesquita, B., Frijda, N. H. (2011). An emotion perspective on emotion regulation. *Cogn Emot*, 25, 782-784, Discussion: 789-793.
- Michalsen, A., Richarz, B., Reichart, H., Spalm, G., Konietzko, N., Dobos, G. J. (2002). Raucherentwöhnung bei Krankenhausmitarbeitern. Eine kontrollierte Interventionsstudie. *Deutsche Med Wochenschrift*, 127, 1742.
- Park, E. R., Traeger, L., Vranceanu, A. M., Scult, M., Lerner, J. A., Benson, H., Denninger, J., Fricchione, G. L. (2013). The development of a patient-centered program based on the relaxation response: the relaxation response resiliency program (3RP). *Psychosomatics* 2013; Jan 22 (Epub ahead of print).
- Rimmel, A., Gilli, D. (2013a). *Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter tiergestützter Therapie (MB-AAT) bei Borderline-Störungen und komplexer PTSD – Eine kontrollierte Interventionsstudie*. Heidelberg: DKPM/DGPM-Kongress (07.03.2013, Vortrag)
- Rimmel, A., Meija, A., Schmid, M., Küchenhoff, H. (2013b). *Prozessvariablen und Prädiktoren für das Outcome stationärer Psychotherapie*. Heidelberg: DKPM/DGPM-Kongress (08.03.2013, Vortrag).
- Rimmel, A., Tschögl, P., Kulterer, C., Stiglmayr, I., Wilscher, G., Rettner, R., Dorner-Kleisny, D., Müller, R., Beer, E., Woeber-Stockinger, C., Wunderer, J., Rimmel-Richarz, B. (2013c). *Emotions- und Stressregulation bei Patienten mit Somatisierungs- und Angststörungen – Ein RCT zu achtsamkeitsbasierten und musiktherapeutischen Interventionen*. Heidelberg: DKPM/DGPM-Kongress (08.03.2013, Posterpräsentation).
- Rimmel, A. (2013d). *Effektivität und Effizienz einer phasenadaptierten Integrativen Therapie von Borderline-Störungen*. Heidelberg: DKPM/DGPM-Kongress (08.03.2013, Posterpräsentation).
- Rimmel, A., Gilli, D. (2013e). *Trusting someone again in a present moment – Mindfulness-based animal assisted therapy (MB-AAT) for patients with BPD and PTSD*. Cambridge, UK: The European Association of Psychosomatic Medicine Scientific Meeting (EAPM 2013) (04.-06.07.2013, oral presentation).
- Rimmel, A., Meija, A., Schmid, M., Küchenhoff, H. (2013f). *Predicting the outcome of patients with mental and psychosomatic disorders*. Stockholm: 13th European Congress of Psychology (12.07.2013, oral presentation).
- Rimmel, A., Tschögl, P., Stiglmayr, I., Wilscher, G., Rettner, R., Dorner-Kleisny, D., Müller, R., Rimmel-Richarz, B. (2013g). *Emotion and stress regulation in patients with somatoform and anxiety disorders – A RCT of mindfulness based interventions*. Stockholm: 13th European Congress of Psychology (10.07.2013, oral presentation).
- Rimmel, A., Kernberg, O. F., Vollmoeller, W., Strauss, B. (2006). *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologische und neurobiologische Grundlagen der Borderline-Störung*. Stuttgart: Schattauer.
- Rimmel, A., Richarz, B. (2006). Bewusstsein und Psychotherapie – Achtsamkeitsbasierte Ansätze bei Persönlichkeitsstörungen und chronischen Stress-Syndromen. In: Rimmel, A., Kernberg, O. F., Vollmoeller, W. & Strauß, B. (Hrsg.), *Handbuch Körper und Persönlichkeit* (S. 175-196). Stuttgart: Schattauer.
- Ryan, A., Safran J. D., Doran, J. M., Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychother Res*, 22, 289-297.
- Segal, Z., Williams, M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Sendera, A., Sendera, M. (2012). *Skills-Training bei Borderline- und Posttraumatischer Belastungsstörung*. Heidelberg: Springer.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Thanissaro Bhikkhu (2012). *Right mindfulness: memory and ardency on the buddhist path. Metta Forest Monastery*. Online verfügbar (letzter Zugriff 10/2012): http://www.dhammatalks.org/Archive/Writings/right_mindfulness_120810.pdf
- Todd, R. M., Cunningham, W. A., Anderson, A. K., Thompson, E. (2012). Affect biased attention as emotion regulation. *Trends Cogn Neurosci, 16*, 365-372.
- Vago, D. R., Silbersweig, D. A. (2012). Self awareness, self-regulation, and transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Human Neurosci, 6*, 1-30.
- von Allmen, F. (2007). *Buddhismus. Lehren, Praxis, Meditation*. Stuttgart: Theseus.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinkecht, N., Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness – the Freiburg mindfulness inventory (FMI). *Pers Individ Diff, 40*, 1543-1555.
- Williams, M. G., Kabat-Zinn, J. (2011). Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemp Buddhism, 12*, 1-18.
- Williams, M. G., Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: a promising new approach to preventing depressive relapse. *Br J Psychiatry, 200*, 359-360.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addict Behav, 38*, 1563-1571.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 211-228.



**Prim. Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych.
Andreas Remmel**

Ärztlicher Direktor des Psychosomatischen Zentrums Waldviertel – Klinik Eggenburg und des Forschungsinstituts EICoN;
Dept. Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München
andreas.remmel@pszw.at
a.remmel@campus.lmu.de



Dr. med. Britta Remmel-Richarz

Fachärztin für Innere Medizin, ÖAK-Diplome für Psychosoziale und Psychosomatische Medizin, Psychotherapeutin i.A.u.S., zertifizierte MBSR-Lehrerin
Psychosomatisches Zentrum Waldviertel – Klinik Eggenburg und Forschungsinstitut EICoN.
Grafenberger Straße 2
A-3730 Eggenburg



Dr. Martin Tauss

Wissenschaftsjournalist; von 2003 bis 2013 Wissenschaftskommunikation bei Update Europe – Gesellschaft für ärztliche Fortbildung; seit 2013 Redakteur für das Ressort „Wissen“ bei der österreichischen Wochenzeitung „Die Furche“.
martin.tauss@chello.at

Hilfen für Angehörige pathologischer Spieler – Praktikabilität des Entlastungs- trainings ETAPPE

Ursula Gisela Buchner, Annalena Koytek, Tanja Gollrad, Melanie Arnold, Norbert Wodarz

Einleitung

In den vergangenen Jahren ist die Problematik des pathologischen Glücksspielens (PG) vermehrt in das Bewusstsein von Öffentlichkeit und professionellen Helfern gelangt (Buchner, Wodarz, 2011). Deutschlandweit hat in den Suchtberatungsstellen und stationären Einrichtungen die Anzahl der Hilfesuchenden in den letzten Jahren stark zugenommen (Erbas, Buchner, 2012).

Betroffenheit der Angehörigen

Dabei benötigen nicht nur die Spieler Hilfe, auch ihre Angehörigen sind durch die Erkrankung mitbetroffen und haben entsprechend Bedarf an Unterstützung. Diese ist aus zwei Perspektiven heraus sinnvoll und notwendig: Zum einen befinden sich Angehörige von pathologischen Glücksspielern in hoch stressreichen Lebensumständen (Hodgins et al., 2007) und haben deswegen ein erhöhtes Risiko, physische, psychische, soziale und emotionale Probleme zu entwickeln (Krishnan, Orford, 2002). Zudem zeigen sich erfolglose Versuche, mit dem pathologischen Spielverhalten des Familienmitglieds umzugehen, oft in dysfunktionalem Verhalten der Angehörigen (Rychtarik, McGillicuddy, 2006). Häufig finden sich Hoffnungslosigkeit, soziale Isolation, Schuldgefühle, Wut und das Gefühl, für das Spielverhalten verantwortlich zu sein (Lorenz, Yaffee, 1988). Zudem berichten in einer Studie 27% der Angehörigen von Suizidgedanken und -versuchen (Lorenz, Yaffee, 1988). Auch Schlafstörungen sind bei Angehörigen pathologischer Glücksspieler signifikant häufiger (Wenzel et al., 2008). Des Weiteren schildern Angehörige in vielen Fällen gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie häufige Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen und asthmabezogene Probleme (Lorenz, Yaffee, 1988). Eine Vermittlung funktionaler Strategien für Angehörige zur Bewältigung der Situation könnte dazu beitragen, das Risiko für eine ei-

gene Erkrankung zu reduzieren. Des Weiteren zeigt sich im CRAFT-Ansatz (Community Reinforcement and Family Training; Meyers et al., 1999), dass Angehörige Substanzabhängiger die Betroffenen in Richtung eines geringeren Konsums sowie bezüglich einer vermehrten Inanspruchnahme von Hilfen unterstützen können (Bischof, Freyer, 2006). Bezüglich PG ist eine größere soziale Unterstützung mit einer längeren Glücksspielabstinenz assoziiert (Petry, Weiss, 2009). Durch den Einbezug der Angehörigen kann dieser Aspekt in der Behandlung der pathologischen Glücksspieler aufgegriffen werden.

Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler leiden in ähnlicher Weise unter den Auswirkungen der Erkrankung wie Angehörige Substanzabhängiger. Daher könnte eine entsprechende Unterstützung einen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Angehörigen leisten und zugleich eine positive Auswirkung auf die Behandlung der betroffenen Spieler haben.

Angebote für Angehörige

Aus der internationalen Literatur sind verschiedene Angebote für Angehörige von Glücksspielern bekannt, etwa paartherapeutische Behandlungen wie die *Adapted Couple Therapy* (Bertrand et al., 2008), das *Integrative System-Based Couple Treatment Model* (Lee, 2009), das *Coping Skills Training* (Rychtarik, McGillicuddy, 2006) oder Kurzinterventionen für Angehörige (Hodgins et al., 2007). Diese Angebote schließen aber lediglich Partner und keine weiteren Angehörigen ein. Mit dem „Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)“ wurde nun ein entsprechendes Gruppenangebot entwickelt (Buchner et al., 2012). Das Programm spricht Angehörige, die durch das Glücksspielverhalten einer ihnen nahestehenden Person belastet sind, an – un-

abhängig davon, ob es sich um Partner, Eltern, Kinder oder weitere Angehörige, wie bspw. Freunde, handelt. Zudem kann das Angebot unabhängig vom derzeitigen Spiel- oder Hilfesuchverhalten des Spielers genutzt werden. Ziel des Entlastungstrainings ist eine Reduktion der Belastetheit durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten.

Aufbau des Entlastungstrainings ETAPPE

Struktur des Entlastungstrainings

Aufbauend auf einem psychoedukativen Konzept wurde ein modulares Entlastungstraining entwickelt. Die initial sieben Bausteine wurden aufgrund erster Evaluationsergebnisse überarbeitet und auf acht Bausteine à 90 Minuten erweitert.

Zur Vermittlung der Inhalte wurden verschiedene Methoden verwendet. Im Sinne der Psychoedukation wurden u.a. Informationen zum Störungsbild als Präsentation oder auf Flipchart dargestellt. Zusätzlich erhielten die Teilnehmenden jeweils ein Handout für ihre Unterlagen. Weiterhin wurden verschiedene

Übungen, Gruppendiskussionen, Kleingruppenarbeiten, Zuruflisten und Kärtchenabfragen genutzt (vgl. Tabelle 1). Ein weiterer Bestandteil waren Arbeitsblätter, die die Teilnehmenden entweder direkt vor Ort oder als „Hausaufgabe“ bearbeiteten. Um pro Baustein eine direkte Rückmeldung der Teilnehmenden zu erhalten, erfolgte jeweils am Ende des Treffens eine anonyme Bewertung auf einer „Zielscheibe“.

Alle Bausteine sind nach folgendem Schema aufgebaut: (1) Begrüßung und Eingangsrunde mit Befindlichkeitsabfrage, (2) Nachbesprechung voriges Treffen, (3) Wissensvermittlung, (4) Aufgabe zum nächsten Termin und (5) Abschlussrunde mit Befindlichkeitsabfrage, anschließend anonymisierte Bewertung des Bausteins.

Inhalte des Entlastungstrainings

Im Entlastungstraining wurden die Themen aufgegriffen, die Studien zufolge Angehörige besonders belasten: der Einfluss von PG auf die Partnerschaft inklusive Vertrauensverlust und Lügen, Verantwortungsübernahme, Schuld und negative Selbstzuschreibungen, finanzielle Einbußen sowie soziale Isolation (Dickson-Swift et al., 2005). Zudem wurde der Einfluss

Baustein/Titel	Inhalt	Methoden*						
		Präsentation	Arbeitsblatt	Flipchart/ Zurufliste	Gruppen- diskussion	Kleingrup- penarbeit	Kärtchen- abfrage	Übung**
1: Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Kennenlernen, Wünsche und Erwartungen • Ablauf und Inhalte 			x	x		x	
2: Basis-Informationen	<ul style="list-style-type: none"> • Basiswissen Glücksspiel und Glücksspielsucht • Einführung Bewältigungsstrategien 	x	x			x	x	
3: Bewältigungsstrategien	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungsaustausch zu Bewältigungsstrategien • Umgang mit Stress 		x	x	x		x	
4: Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten gibt es? • Glossar Therapielandschaft 		x	x				
5: Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung und Verantwortungsübernahme • Rückfall des Spielers 		x	x	x	x		
6: Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Kommunikationsmodells • Kommunikation und Umfeld: (Wie) Sage ich es Anderen? 	x	x		x			x
7: Recht und Geld	<ul style="list-style-type: none"> • Recht und Rechte • Geld und Schulden 	x			x			
8: Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Ausblick und Abschied • Zukunftsplanung 		x				x	x

Tabelle 1

Inhalte und Methoden der Bausteine von ETAPPE (finale Version)

* Zusätzlich zu den hier angeführten Elementen wurde in jedem Baustein ein Handout ausgegeben.
 ** Rollenspiel bzw. Körperübung

auf die eigene Gesundheit der Angehörigen thematisiert. Weitere Inhalte waren Basiswissen zum Krankheitsbild PG, Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für Betroffene und Angehörige sowie rechtliche Themen. Ein Überblick über die Inhalte der einzelnen Bausteine findet sich in Tabelle 1.

Notwendige Vorkenntnisse der Berater/innen

Für die Umsetzung von ETAPPE in der Praxis benötigen die Durchführenden – neben Beratungskompetenzen – Grundlagenwissen zum Thema PG sowie praktische Erfahrungen im Umgang mit pathologischen Glücksspielern. So können sie den Angehörigen authentisch gegenüber treten und ihr Erfahrungswissen in das Training einbringen.

Methode

Das Entlastungstraining wurde erstmalig in Zusammenarbeit mit vier Beratungsstellen in Bayern ab Herbst 2010 getestet (Durchführung 1). Die überarbeitete Version wurde an zwei weiteren bayerischen Beratungsstellen durchgeführt (Durchführung 2). Die Angehörigen meldeten sich nach Bewerbung des Projekts eigeninitiativ in den Beratungsstellen. Einzige Bedingung für die Teilnahme am Programm war das Vorhandensein eines Angehörigen mit PG. Die Teilnehmenden wurden während und nach ETAPPE sowie in der Katamnesebefragung u.a. nach ihrer Zufriedenheit mit dem Programm gefragt. Dieser Aspekt wurde auch aus Sicht der beteiligten Berater (Durchführung 1) aufgegriffen: Nach Abschluss des Trainings gaben sie in einem standardisierten Interview ihre Einschätzung bezüglich der Zugangswege zu Teilnehmenden und deren Akquise, der Umsetzbarkeit in der Beratungsstelle und der Praktikabilität der Materialien ab.

Ergebnisse des Projektes

Halte- und Ausschöpfungsquote

Zu Beginn interessierten sich 54 Personen für eine Teilnahme an ETAPPE, 45 Teilnehmende absolvierten das gesamte Entlastungstraining. Die Haltequote betrug somit 83,3%. Die Gründe für einen Abbruch waren unterschiedlich: Soweit von den Angehörigen zu erfahren, spielten eine eigene Erkrankung, der Wechsel in eine Einzelberatung oder die Trennung vom

Spieler eine Rolle. Unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien – Teilnahme am vollständigen Programm, an der Befragung während des Programms sowie ausreichende Deutschkenntnisse – wurden 41 Personen für die Katamneseerhebung nach 3-6 Monaten angeschrieben. Davon liegen von 37 Personen alle Daten vor, so dass diese in die Auswertung miteinbezogen werden konnten. Die Ausschöpfungsquote liegt somit bei 82,2%.

Charakteristika der Teilnehmenden

Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmenden bestand aus Frauen (89,2%). Bezüglich der Beziehung zum Spieler nahmen vor allem verheiratete/unverheiratete Partner (48,6%) und Eltern (48,6%) von betroffenen Glücksspielern teil. Zudem waren Geschwister vertreten (2,7%). Im Schnitt betrug das Alter der Teilnehmenden $51,0 \pm 11,7$ Jahre (25-70 Jahre). Die meisten Angehörigen (70,3%) lebten vor und nach der Teilnahme an ETAPPE in einem gemeinsamen Haushalt mit dem betroffenen Spieler. Zum Zeitpunkt der Katamnese wohnten nur noch 64,9% der teilnehmenden Angehörigen mit dem Spieler zusammen.

Das Spielverhalten der betroffenen Spieler wurde über eine Fremdeinschätzung durch die teilnehmenden Angehörigen erhoben, angelehnt an den „Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS)“ (Gebauer et al., 2010). Zu Beginn von ETAPPE berichteten 86,5% von einem pathologischen Spielverhalten der betroffenen Spieler in den vergangenen drei Monaten, 8,1% konnten keine diesbezügliche Einschätzung vornehmen. Nach der Teilnahme an ETAPPE bzw. bei der Katamneseerhebung berichteten noch 73,0% bzw. 64,9% weiterhin pathologisches Spielverhalten der betroffenen Spieler.

Zufriedenheit der Teilnehmenden mit dem Programm

Einschätzung der Zufriedenheit pro Baustein

Im vorletzten Baustein erhielten die Teilnehmenden einen Bewertungsbogen mit einer Zufriedenheitsabfrage (1 = sehr zufrieden, 4 = unzufrieden) sowie einer offenen Frage pro Baustein „Was Sie uns sonst noch zu dem Baustein mitteilen möchten (z.B. Was ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?)“. Zudem wurden sie um eine Gesamtbewertung ihrer Zufriedenheit gebeten und erhielten die Möglichkeit, in einer offenen Frage Verbesserungs-

vorschläge („Gesamtbewertung: Welche Inhalte haben Ihnen gefehlt? Welche Verbesserungen können wir vornehmen?“) einzubringen.

Die einzelnen Bausteine wurden im Gruppendurchschnitt mit 1,4-1,8 bewertet; über alle Bausteine beträgt die Bewertung im Schnitt 1,5. In der Gesamtbewertung des Programms gaben 21 Teilnehmende (63,6%) an, dass sie sehr zufrieden waren, 11 (33,3%) waren zufrieden und nur eine Person (3,0%) weniger zufrieden, keine unzufrieden.

In der offenen Frage wurden von 21 Teilnehmenden 36 Rückmeldungen gegeben, die insgesamt sechs Themenblöcke umfassen (vgl. Tabelle 2).

Rückblickende Einschätzung der Zufriedenheit

Im Rahmen der Katamneseerhebung, die drei bis sechs Monate nach Abschluss der Gruppen durchgeführt wurde, wurden die Teilnehmenden um eine rückblickende Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit dem Programm gebeten („Wie zufrieden waren Sie im Nachhinein betrachtet mit ETAPPE insgesamt?“). Dabei gaben insgesamt 36 Teilnehmende eine Einschätzung ab. Zwei Drittel der Teilnehmenden (24 Personen) waren sehr zufrieden mit ETAPPE, ein Viertel (9 Personen) war zufrieden. Drei Personen (8,3%) waren im Nachhinein betrachtet weniger zufrieden mit ETAPPE.

Umsetzbarkeit in der Praxis

Nach der Durchführung wurden die Möglichkeiten der Akquise der Teilnehmenden, die Umsetzbarkeit in der Praxis und die Praktikabilität der Materialien aus Sicht der teilnehmenden Berater/innen (Durchführung 1) erhoben.

Akquise der Teilnehmenden

Die Teilnehmenden wurden über unterschiedliche Wege auf das Entlastungstraining aufmerksam gemacht: So wurde das Projekt bspw. Angehörigen angeboten, die die Beratung gerade nutzten oder früher einmal genutzt hatten. Zudem wurden Spieler, die sich in Beratung befanden oder einmal befunden hatten, angehalten, ihren Angehörigen Informationen zur Gruppe zukommen zu lassen und diese zur Teilnahme zu ermuntern. Über Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde das Projekt bspw. in lokalen Zeitungen beworben. Auch bereits bestehende lokale Netzwerke wurden zur Ak-

Themenblock	Anzahl Nennungen
Bedarf an mehr Erfahrungsaustausch	12
Themen/Übungen werden als passend erlebt	11
Bedarf an mehr Hilfsangeboten für Angehörige	5
Erfahrungsaustausch wird als Gewinn erlebt	5
Differenzierung hinsichtlich Partner, Elternteil, Geschwister notwendig	2
Begleitforschung wird als anstrengend erlebt	1

Tabelle 2

Verbesserungsvorschläge der Teilnehmenden im Bewertungsbogen (offene Frage)

quise der Teilnehmenden genutzt. Insgesamt wurde der Aufwand der Akquise als gering eingeschätzt (2,25 auf einer Skala von 1 = sehr gering bis 6 = sehr aufwendig).

Rahmenbedingungen in der Beratungsstelle

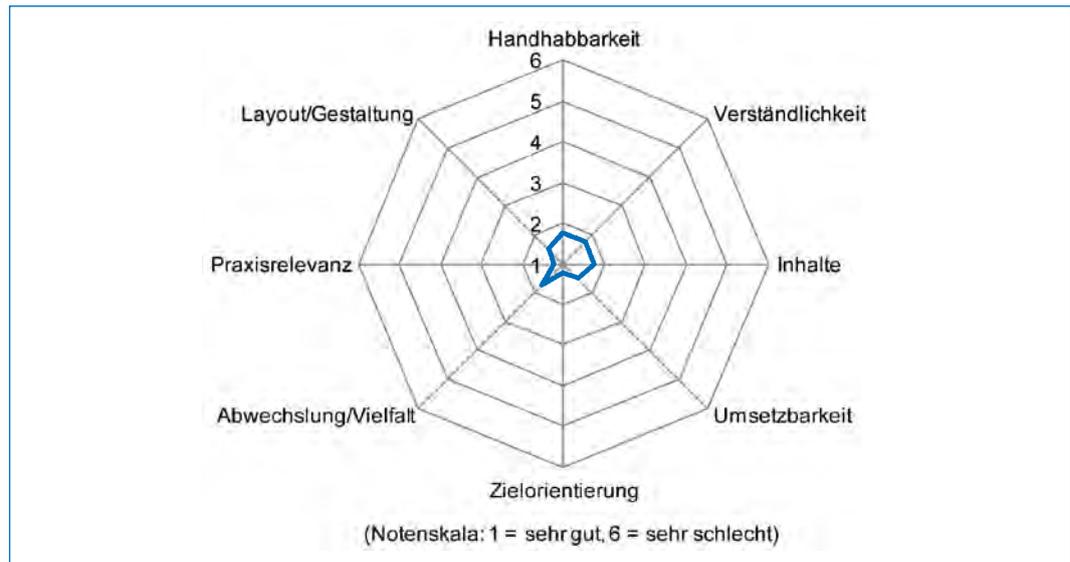
Das Angebot lässt sich gut (1,75 auf einer Skala von 1 = sehr gut integrierbar bis 6 = sehr schlecht integrierbar) in die bestehenden Strukturen einer Beratungsstelle einbinden: Ein passender Gruppenraum mit Pinnwand und Flipchart sowie ein Beamer sind in der Regel vorhanden. Die Materialien und Präsentationen für die einzelnen Bausteine existieren als Vorlage und können mit der üblichen Bürotechnik vervielfältigt werden. Da es sich um ein klar strukturiertes Programm handelt, fällt für die Berater/innen nur wenig Zeit für die inhaltliche Vorbereitung an. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Vor- und Nachbereitung insgesamt pro Baustein maximal eineinhalb Stunden in Anspruch nimmt. Daher ist ETAPPE für die Berater/innen mit einem gut überschaubaren Aufwand durchführbar. Zu beachten ist allerdings, dass mit dem Angebot in der Regel Abendtermine und ggf. Überstunden verbunden sind: Viele der Angehörigen arbeiten regulär und können nur an Terminen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten teilnehmen.

Rückmeldung der Berater/innen zum Programm

Auch die Rückmeldung bezüglich der Praktikabilität der in ETAPPE verwendeten Methoden fiel sehr positiv aus (vgl. Abbildung 1). Sowohl die Handhabbarkeit der Materialien allgemein als auch spezifische Aspekte wie Verständlichkeit, Inhalte, Umsetzbarkeit, Zielorientierung, Abwechslung/Vielfalt, Praxisrelevanz und

Abbildung 1

Beurteilung der in ETAPPE verwendeten Methoden durch die Berater/innen



Layout/Gestaltung wurden sehr gut bewertet (im Schnitt 1,56 auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 6 = sehr schlecht; Minimum: 1,25, Maximum 1,75).

Ausblick

Mit dem psychoedukativen Entlastungstraining ETAPPE steht Beratungsstellen und ähnlich qualifizierten Einrichtungen ein klar strukturiertes und gut vorbereitetes Programm zur Verfügung, das sich in der Praxis einfach umsetzen lässt. Die gute Haltequote in der Pilotphase des Projekts ist ein Hinweis darauf, dass die Inhalte den Bedürfnissen der Teilnehmenden entgegenkommen und sie von dem Angebot profitieren. Während der Pilotphase wurden in erster Linie Frauen erreicht. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass die Bewerbung des Programms über Beratungsstellen erfolgte, in denen die Mehrheit der pathologischen Spieler Männer sind. Das Ziel, ein Angebot für unterschiedliche Angehörigengruppen zu schaffen, konnte umgesetzt werden: Es wurde nicht nur von Partnern, sondern auch von Eltern und sogar von Geschwistern angenommen. Die Erfahrungen zeigen, dass gemischte Gruppen eine ausreichend große Teilnehmerzahl ermöglichen.

Die Bewertung der einzelnen Bausteine wie auch des gesamten Programms ist insgesamt sehr positiv, es wurde als sehr hilfreich und unterstützend erlebt. Die Teilnehmenden haben einen hohen Bedarf an gegenseitigem Austausch, viele würden sich eine längerfristige Unterstützung wünschen. Als Folge entstand an drei Pilotstandorten aus den ETAPPE-Gruppen im Anschluss der Kern einer Selbsthilfegruppe.

Auch von den Beratern/innen vor Ort wurde das Programm positiv bewertet: Zum einen lässt es sich gut in bestehende Strukturen der Beratungsstellen integrieren. Zum anderen wurden die verwendeten Methoden in Bezug auf Handhabbarkeit, Verständlichkeit, Inhalte, Umsetzbarkeit, Zielorientierung, Abwechslung/Vielfalt, Praxisrelevanz sowie Layout/Gestaltung sehr gut bewertet.

Insgesamt stellt sich das „Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ (ETAPPE)“ als von den Angehörigen hilfreich erlebt und für die Berater/innen praktikabel einsetzbar dar.

Fazit für die Praxis

- Angehörige von problematischen und pathologischen Glücksspielern sind hoch belastet und haben Bedarf an spezifischen Hilfsangeboten.
- Das neu entwickelte, manualisierte psychoedukative Gruppenprogramm ETAPPE wird von den Angehörigen sehr gut angenommen und als hilfreich und unterstützend erlebt.
- Das Programm lässt sich in bestehende Strukturen in Beratungsstellen integrieren und stellt ein sehr praktikables Angebot zur Schließung einer bislang vorhandenen Lücke in der Versorgung Angehöriger dar.

Finanzierung

Das Pilotprojekt wurde von der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmungsgesellschaft (haftungsbe-

schränkt) im Rahmen der Landesstelle Glücksspielsucht in Bayern (LSG) durchgeführt. An der LSG sind BAS, IFT sowie LAGFW-BV beteiligt. Die LSG wird aus Mitteln des Bayerischen Ministeriums für Umwelt und Gesundheit finanziert. Mit der Finanzierung sind keine Auflagen verbunden.

Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei den beteiligten Beraterinnen und Beratern für die gemeinsame Durchführung und die hilfreichen Anregungen. Unser Dank gilt auch den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die uns ihre Daten zur Verfügung gestellt haben.

Vielen Dank zudem an unseren Kollegen Marco Stürmer für seine Anmerkungen bei der Entwicklung der Bausteine und seine Unterstützung beim Clustern der Daten.

Deklaration möglicher Interessenkonflikte

Ministerien und nachgeordnete Behörden des Freistaats Bayern sind als Betreiber bzw. Lizenzgeber für Glücksspiele tätig.

Literatur

- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J. et al. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *J Gambl Stud*, 24, 393-409.
- Bischof, G., Freyer, J. (2006). Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. *Suchttherapie*, 7, 52-57.
- Buchner, U. G., Arnold, M., Koytek, A. et al. (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 62 (9/10), 383-389.
- Buchner, U. G., Wodarz, N. (2011). Pathologisches Glücksspielen – Aktueller Stand des Wissens. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61 (8), 341-346.
- Dickson-Swift, V. A., James, E. L., Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13.
- Erbas, B., Buchner, U. G. (2012). Pathologisches Glücksspielen – Prävalenz, Komorbidität, Diagnose und Hilfsangebote in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (10), 173-179.
- Gebauer, L., LaBrie, R., Shaffer, H. J. (2010). Optimizing DSM-IV-TR classification accuracy: A brief biosocial screen for detecting current gambling disorders among gamblers in the general household population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 82-90.
- Hodgins, D. C., Toneatto, T., Makarchuk, K. et al. (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: a randomized controlled trial. *J Gambl Stud*, 23, 215-230.
- Krishnan, M., Orford, J. (2002). Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.
- Lee, B. K. (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *Int J Ment Health Addiction*, 7, 45-67.
- Lorenz, V. C., Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *J Gambl Stud*, 4, 13-26.
- Meyers, R. J., Miller, W. R., Hill, D. E., Tonigan, J. S. (1999). Community Reinforcement and Family Training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10 (3), 291-308.
- Petry, N. M., Weiss, L. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcome in pathological gamblers. *Am J Addict*, 18, 402-408.
- Rychtarik, R. G., McGillicuddy, N. B. (2006). Preliminary evaluation of a coping skills training problem for those with a pathological-gambling partner. *J Gambl Stud*, 22, 165-178.
- Wenzel, H. G., Oren, A., Bakken, I. J. (2008). Gambling problems in the family – A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC Public Health*, 8 (412).



Dipl.-Psych. Ursula Gisela Buchner
Wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS Unternehmergesellschaft – Landesstelle Glücksspielsucht
ursula.buchner@bas-muenchen.de

Rezension

Mit großen Aufgaben verkehren

Peter Natter

Musen und Sirenen. Ein Essay über das Leben als Spiel: das heißt tiefstapeln. Eine *Enzyklopädie* über das Leben und über das Spiel möchte man Martin Poltrums hier anzuzeigendes Buch nennen. Der klinische Philosoph, Psychotherapeut, Generalsekretär der European Society of Aesthetics and Medicine, Herausgeber von „rausch“ und Autor liefert in einem konzentriert erzählten Band mehr als nur Spielerisches rund um das Lebendigste am Leben: das Spiel. Vom Ernst des Spiels, vom Mark des Lebens spannt er den Bogen zur Ewigen Wiederkehr und zur Schönheit des Seins. Beginnend mit einem Witz aus seiner Kindheit bis zur Philosophie als einem Gespräch mit Toten und dem Dank für ihre Auskünfte lässt der Autor dem Philosophen in sich ebenso die Zügel schießen wie dem Cineasten, dem Suchtexperten, dem Vater einer Tochter namens Hannah Sophia Diotima (!) und dem Spieler.

Eine Phalanx von Zitaten – von Hesse zu Nietzsche – eröffnet den Band. Sie feiern das Spiel und die Spieler und damit das Leben, „wenn es schön und glücklich ist“ (Hesse), das „Verstehen des Sinns der Überlieferung“ (Gadamer) und natürlich „die heiligen Spiele der Kunst“ (Schlegel). Schnell macht das Buch klar, dass das Leben nicht einfach als Spiel gesehen werden soll. Es ist ein Spiel, oder eben nur als Spiel das, was es sein kann. „Wir spielen immer, und wer es weiß, ist klug“, wird der Arzt Arthur Schnitzler gerne zitiert. Woher wir dieses Wissen um das Spielerische und das Spiel abseits aller Beliebigkeit holen können, darum kümmert sich Martin Poltrums Essay. Die Klugheit, die er im Visier hat, ist eine therapeutische im engeren und im weitesten Sinn. Sie zeigt keine Scheu vor der dramatischen Banalität der substanzgebundenen Süchte, dem Alkohol oder den Rauschgiften; ebenso wenig ist dieser Klugheit bange angesichts metaphysischer Obdachlosigkeit oder transzendenter Vakua. Das erinnert an eine bekannte Stelle aus Jean-Paul Sartres gewaltiger Reflexion *Das Sein und das Nichts*. Dort bringt der Parade-Existentialist das Beispiel des Kellners: Ich bin erst dann ein

Kellner, wenn mich der Andere als solcher akzeptiert. Dass ich durch den Anderen Bewusstsein im Sinne des an-sich von mir erlange, bedeutet auch, dass ich mich als etwas entwerfe, von dem ich will, dass der Andere mich zu ihm macht. Ich begeben mich also nicht unvorbereitet in die Hände der Freiheit des Anderen, sondern ich selbst werde frei, und was ich will, ist eine Harmonie, eine tiefe Einheit der Bewusstseins, meines mit dem des Anderen: die tiefere Einheit des Spielers mit dem Gespielten.

Ein Spiel ist nicht nur ein Spiel. Es funktioniert nur dann, wenn die Teilnehmer das Spiel ernst nehmen. Aus der ernsthaften Befolgung der Regeln kommt der befreiende Genuss des Spieles. „Nur dann erfüllt ja Spielen den Zweck, den es hat, wenn der Spielende im Spielen aufgeht. (...) Wer das Spiel nicht ernst nimmt, ist ein Spielverderber.“ (Gadamer) Henry David Thoreau zog bekanntlich in die Wälder, um alles, was nicht den Regeln des Lebens folgt, zu umgehen, „um alles, was nicht Leben ist, in die Flucht zu schlagen.“ Wenn nämlich das Leben wirklich lebt, ist es Spiel. Das betrifft dann alle Lebensbereiche – von der Liebe bis zum Tod. Dass die Akzeptanz der Regeln das Um-und-Auf des Spiels darstellt, führt Poltrums Essay explizit aus. Der Spielende ist ein Jasager zum Leben: „Ich will irgendwann nur noch ein Jasagender sein.“ (Nietzsche) Ein Jasagender zu den Regeln des Lebens, von der ewigen Wiederkehr bis zur unbedingten Endlichkeit: *As time goes by...*

„Der Gegensatz zum Spiel ist nicht Ernst, sondern – Wirklichkeit.“ (Freud) Der Weg über die Wirklichkeit hinaus führt über die Dichtung. „Wir aber wollen die Dichter unseres Lebens sein, und im Kleinsten und Alltäglichsten zuerst!“ (Nietzsche) Exakt darauf, auf die Wirkmächtigkeit der großen Erzählungen, der Mythen, beruft sich der Psychotherapeut Poltrum, wenn er seine Leser mit ins Kino nimmt und einen der ganz großen Klassiker der Filmgeschichte so in seinen Essay einbaut, dass die Klaviermusik aus Rick's Café förmlich zu hören ist. Hier tritt das Spielerische in den Vor-

dergrund, das den tödlichen Ernst des Lebens nicht nur erträglich macht, sondern vielmehr erst mit Bedeutung auflädt. „Leben heißt schuldig werden“, postuliert der Autor, dessen Existentialismus in erster Linie ein Humanismus ist, „eine Wahl zu treffen, etwas einzuschließen und etwas anderes auszuschließen, einen Wert zu ergreifen...“ Sei es der Wert eines *Transitivsums*. Schöner als mit dem Bild des Transitivsums kann man kaum versinnbildlichen, worum es im Spiel des Lebens geht, in dem das Scheitern zum Programm gehört wie das Tragische „als Konflikt zweier gleich hoher Werte“, wie es unter Berufung auf Max Scheler heißt.

Casablanca gilt als Melodram. Zu Recht, aber gerade auf diesem Untergrund kann eine Kategorie sichtbar gemacht werden, die bei aller Tränenseligkeit und Dramatik der Geschichte unübersehbar ist. Selbst im nebligen Schlussbild, das doch den Beginn einer wunderbaren Freundschaft markieren könnte, taucht er auf: der Humor. Humor ist die seelische Disposition, in der sich der Erwachsene das kindische Tun wieder erlaubt, in der er sich dem Spiel hingibt oder der Liebe, dem Leben ausliefert, loslassen kann und gelassen werden. Denn einen Vorsprung gegenüber dem Kind kann sich der Erwachsene erarbeiten, und sei es im Schweiß seines Angesichts: Was das Kind tun *muss*, nämlich spielen, kann der Erwachsene *wollen*. Niemand wundert sich mehr über die mächtige Höhe des Podests, auf die der Philosoph Poltrum Schopenhauer und Nietzsche hievt. „Wirklich reif für das Leben“ sind ja nicht die Kinder, sondern die Erwachsenen, „die den verloren gegangenen Spielernst der Kinder“ (Nietzsche) wiederfinden.

Es braucht – wie in Rick Blaines Spiel mit Renault – eine Balance zwischen Bluff und Demut, zwischen Tiefsinn und Leichtsinn, zwischen Ernst und Spiel, zwischen Wirklichkeit und Dichtung, um es mit Freud zu sagen. Der Karneval sorgt dafür, die Kunst sorgt dafür. So kümmert sich der klinische Philosoph, der Heiler in Martin Poltrum ausführlich um die Kunst; oder um jenes Spiel, das sich Marathonlauf nennt und exakt 42,195 Kilometer lang sein muss, wenn es ernst genommen sein will. Kein Meter weniger, keiner mehr, sonst gilt es nicht! Balance zwischen strengem Regelwerk und Ausgelassenheit, zwischen Konformismus und Anarchie: Selbst noch dem Chaos, der Regellosigkeit des Karnevals haftet etwas Ethisches an; er erfüllt einen ethischen Anspruch. Er trägt bei zum Ethischen des Ganzen. Denn: Nur ernst zu sein ist unethisch, wie Martin Poltrum unter Berufung auf Thomas von Aquin postuliert: „Also ist der bloße Ernst in dem Sinne untugendlich, als er das Spielen gänzlich verachtet,

das doch so notwendig ist für das humane Leben wie das Ausruhen.“

Niemand hat das Ziel, das Telos so konsequent im Auge wie der Spieler. Was sich verspielt gebärdet, ist dem Ziel mehr verpflichtet als alles verbissene Strebertum, dem es letztlich nur um sich selbst geht. Alle Kultur hat ihren Ursprung im Ernst des Spiels, d.h. in Umwegen, wie Günter Anders geschrieben hat; in Umwegen, die meist Umwege um Tabus sind, also Umwege um das allzu Ernste, das leichtfertig, aber treffend „tierisch ernst“ Genannte. Nur der „heilige Ernst“ (Huizinga) ist imstande, durch das Spiel Kultur zu generieren. Leider aber zieht sich die Spieldimension im Laufe der Kulturentwicklung immer mehr zurück und die Dimension des Ernstes bleibt allein übrig. Der Rest ist dann genauso jämmerlich und de-saströs, wie das, was sich von den Revolutionen in die Institutionen rettet und dort hoffnungslos versteinert, verstaubt, verdorrt.

Der Ernst ist auch verantwortlich dafür, dass Zwänge entstehen, die in Süchte münden. Erst vom philosophisch interpretierten Wesen des Spiels her sind viele der psychopathologischen Phänomene zu verstehen. Am Anfang jeder Sucht steht das Spiel. Das Spiel wird in der Sucht ernst, todernst und hört auf, Spiel zu sein. Nichts ist so wenig Spiel wie ein Spiel, das keines mehr ist. Kein Hass ist so grausam wie der aus der Liebe entsprungene Kontrollverlust ist immer auch Spielverlust, Verlust des spielerischen Elements. Wer hat über Jahrzehnte hinweg den Fußballweltmeistertitel gepachtet gehabt: die ballverliebten, verspielten Rasenkünstler aus Südamerika, diese großen Kinder mit Namen wie *Sócrates*, *Oscar*, *Leandro* oder *Bebeto!* Die Psychotherapie, die auch gänzlich scheitern, ja verderblich sein kann, wie Poltrum einzuräumen nicht zögert, die Psychotherapie muss der Sucht den Spielcharakter des Lebens zurückgewinnen. Denn der Mensch soll spielen: vor allem mit der Schönheit spielen!

Was Schiller den *Barbaren* nennt, heißt bei Hannah Arendt *Banause*. Sie sind die Buchhalter des Lebens, die bloßen Verwalter, die Rechner und Angsthasen, die Geschäftlhuber, sie, deren Leben im tiefsten Grunde lahmt und „Erschlaffung“ (Schiller) ist; die Ausgebrannten und Deprimierten. Jenen, die sich selbst so ernst nehmen, dass ihnen alles Spielerisch-Leichte abhanden kommt, hält Martin Poltrum in seinem Essay *Literatur und Kunst* vor die Nase, das Schöne, mit dem sie ihre Seele konfrontieren und füttern sollen, statt sich in Selbstaussbeutung zu zerfleischen, statt das unselige Gebot, etwas ganz Besonderes aus ihrem Leben zu machen, in allen Belangen unendlich viel zu leisten, bis hinein in das Spielerische

schlechthin, die Sexualität, die Sinnlichkeit, auf Biegen und Brechen realisieren zu wollen. Ein Verfahren, das Byung-Chul Han in seinem kostbaren Büchlein von der „Müdigkeitsgesellschaft“ eindringlich beschreibt und beklagt. Martin Poltrum verzichtet auch darauf nicht!

Was bringt die Reflexion nicht nur in Gang, sondern auch in Schwung? Was verleiht ihr jenen Elan, den sie braucht, um sich aufzuschwingen, um sich Flügel wachsen zu lassen, die sie hinauftragen ins Sublime, ins Erhabene, ins Transzendente, wenn es denn sein soll? Das Transzendente, das anzurufen Poltrum übrigens ebenso wenig scheut, wie er davor zurückschreckt, in den Alltag der Drogensucht, der Depression, des Hässlich-Ernsten hinabzusteigen. Wobei das eine mehr mit dem anderen zu tun haben dürfte, als den Verwaltern des Daseins, den Geworfenen und ins heideggerische „Man“ sich vergeblich Flüchtenden lieb ist. Damit sind wir den dialektischen Verwerfungen der Existenz bereits sehr nahe gekommen. Sehr nahe der Tragik, die genau dort entsteht, wo das Tragische umgangen werden soll, wie bei Ödipus. Hätte er sich auf das Spiel mit dem Orakel eingelassen, was hätte ihm alles erspart bleiben können?! Was anderes ist anzufangen mit dem Schicksal, als mit ihm zu spielen? Können wir denn das Scheitern vermeiden? Ist die Wahrscheinlichkeit zu scheitern nicht immer dann am größten, wenn man krampfhaft versucht, nicht zu scheitern, und dabei eben jenen Weg verlässt, für den man gemacht ist?

Zu wahrlich guter Letzt rechnet der Kliniker Poltrum mit den Ressentiments ab, mit den Ressentiment-Geladenen, deren unehrliche Moral Gift in die Welt verspritzt, deren Denken dem des „krankhaften Schafes“ (Nietzsche) gleich ist. Dass das Un(ter)bewusste keine scharfe Trennung zwischen Erinnerung und Fiktion kennt, hat Marcel Proust in seiner „Suche nach der verlorenen Zeit“ bis in feinste Nuancen dargestellt. Von dieser Unschärfe, der sich die Jämmerer allzu bereitwillig überlassen, verantwortungslos ihre Mündigkeit verspielend, nährt sich das Ressentiment, sie ist die Ausrede der Spielverderber. „Eine böse Lust“ nennt Christine Lavant, die aus bitterster Erfahrung weiß, wovon sie spricht, dieses falsche Schwelgen in „gehabten Schmerzen“. Aus dem Ressentiment entsteht das alles verderbende Machtspiel, das aus möglichen Mitspielern Gegenspieler macht.

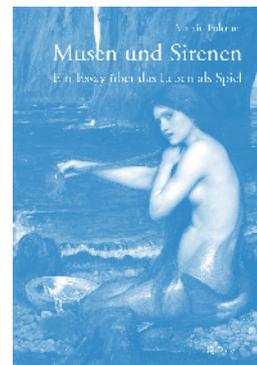
Martin Poltrums Essay ist eine hochkonzentrierte Rede eines überaus Lebendigen mitten ins Weltgebäude hinein. Wohl am stärksten ist er dort, wo der Autor neben seiner enzyklopädischen Kenntnis der literarisch-philosophischen Quellen aus der klinischen Erfahrung schöpft. Klug hat er in seinem Essay über das Spiel be-

herzigt, wovon er handelt. Er hat das Scheitern vermieden, grandios vermieden, indem er es nicht nur thematisiert, sondern auch riskiert hat. Martin Poltrum ist ein Spieler, ein Pokerface, er schreibt mit einer unumwundenen Direktheit. Natürlich kennt er die Jargons, jene der Wissenschaft und ihrer Pseudozweige, aber er braucht sie nicht. Er beherrscht sie. Ungeköstelt treibt er seine Analysen und Argumente bis an die Grenze der Tautologie; dorthin, wo bekanntlich die unverbrüchlichsten Wahrheiten zu finden sind.

Nur zu genau kennt er seinen Einsatz, zu gut die Regeln, zu gut auch die Mitspieler, zu gut nicht zuletzt seine Grenzen. Denn das Beste, was der Mensch hat, schreibt Poltrum, ist nicht das Schreiben, es ist „die Fähigkeit zu lieben, anzuerkennen und wertzuschätzen“. So schöne Sätze holt sich Poltrum gezielt und treffsicher aus dem Marx-Feuerbach-Steinbruch heraus und kreiert daraus einen großen Text. Er widmet ihn seiner Tochter, die an ausgesuchten Stellen direkt angesprochen wird. Möge sie das Spiel ihres Vaters ernst nehmen! Er ist ein Joker.

Der Autor ist Schriftsteller und Philosoph. Zuletzt erschienen: „In Grund und Boden. Eine Geschichte von Sein und Haben“, Bucher Verlag Hohenems Wien, 2012.

Dr. Peter Natter
Philosoph, Autor, Lektor
Niederbahn 44
A-6850 Dornbirn
www.natterphil.at
p.natter.philo@gmx.at



Martin Poltrum, Musen und Sirenen – Ein Essay über das Leben als Spiel. Pabst Science Publishers, Lengerich 2012.



Harald Strauß

Signifikationen der Arbeit

Die Geltung des Differenzianten ›Wert‹

Unter dem Motto der Alternativlosigkeit wird mit jenen Mitteln der ›Großen Krise‹ zu Leibe gerückt, die diese gerade vertiefen. Die Mainstream-Ökonomie steht vor einem Scherbenhaufen und hat – parteiübergreifend – à la longue keine besseren Ideen als die alten: die stets wachsende Marktwirtschaft als angeblichen Garanten eines relativen Reichtums für alle.

Der unaufhörliche Marathon der Krisengipfel vermag jedoch nicht darüber hinwegzutäuschen, dass der Neoliberalismus, egal ob ›rheinisch‹ oder ›angelsächsisch‹, gerade diese Karte verspielt hat. Arm wird ärmer, Reich reicher, und was sich dazwischen wähnt, spürt den Stachel drohenden sozialen Abstiegs. Die Absehbarkeit dieses Spiels mit der Ohnmacht und der Angst der abhängig Beschäftigten lässt in der Tat keine andere Wahl, als das ›Weiter-so‹ grundlegend in Frage zu stellen.

Vor dem Horizont dieser vermeintlich ›alternativlosen‹ Zukunft müssen zwei Fragen im Detail untersucht werden, erstens, woher die herrschende Doktrin ihre Legitimation in der ökonomischen Lehre bezieht, und zweitens, inwiefern die Kritik der politischen Ökonomie tatsächlich ihrer sachlichen Berechtigung verlustig gegangen ist. Sollte sich nämlich zeigen lassen, dass die Arbeit und die Erde konsistent als die Quellen der Wertschöpfung dargestellt werden können, wäre es an der Zeit, die gegenwärtigen Auffassungen der Ökonomie systematisch zu delegitimieren.

Harald Strauß, Studium der Sozialwissenschaften, Politik, Geschichte und Philosophie an den Universitäten Düsseldorf, Münster und Bremen, Promotion in Philosophie an der Freien Universität Berlin. Die Fortsetzung der Kritik der politischen Ökonomie in differenzphilosophisch-semiotischer Perspektive bildet das Zentrum seiner Arbeiten.

Broschur, 14 x 21 cm, 368 Seiten
ISBN: 978-3-938880-58-6
PARODOS-Verlag
38,- Eur [D] · 39,10 Eur [A]
50,90 CHF UVP

Jüngste Veröffentlichungen:

gemeinsam mit H.-J. Lenger, M. Ott, S. Speck: *Virtualität und Kontrolle*. Hamburg, 2010;

gemeinsam mit M. Ott: *Ästhetik und Politik*. Hamburg, 2009.

Nachrichten

Elektrische Zigaretten – ein unkontrollierter Versuch am Verbraucher

Elektrische Zigaretten erzeugen – anders als herkömmliche Zigaretten – nicht tausende giftiger und krebserzeugender Substanzen, dennoch sind sie nicht harmlos. Sie enthalten als Hauptbestandteil eine atemwegsreizende Substanz, in der Regel giftiges, abhängig machendes Nikotin, zum Teil krebserzeugende Substanzen und oftmals haben sie verschiedene Produktmängel. Trotzdem werden sie zur Zeit als Lifestyle-Produkt ohne geeignete Qualitätskontrollen frei verkauft – damit werden die Verbraucher unfreiwillig zu Versuchsobjekten.

Die vorhandenen wissenschaftlichen Daten zu den Produkteigenschaften, den möglichen Gesundheitsgefahren, der Verbreitung der Produkte sowie zu ihrem eventuellen Nutzen als Hilfsmittel für einen Rauchstopp hat das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) in seinem aktuellen Report „Elektrische Zigaretten – ein Überblick“ zusammengestellt und analysiert. Demnach ist die elektrische Zigarette kein unbedenkliches Produkt.

Aufgrund ihres Nikotingehalts, ihrer derzeit bestehenden Produktmängel und wegen ihrer Verwendung als Ersatz für Zigaretten empfiehlt das Deutsche Krebsforschungszentrum, elektrische Zigaretten, wie von der Europäischen Kommission vorgeschlagen, bei der Neufassung der Europäischen Tabakprodukttrichtlinie als Arzneimittel einzustufen. „Der Verbraucher sollte sich darauf verlassen können, dass ein Produkt gesundheitlich unbedenklich ist – und das ist bei der elektrischen Zigarette nicht gegeben“, sagt Dr. Martina Pötschke-Langer, Leiterin

der Stabsstelle Krebsprävention und des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle am DKFZ. Derzeit weiß der Verbraucher nur vage, was er mit elektrischen Zigaretten konsumiert: Die Nikotinmenge ist nicht selten ungenau oder sogar falsch deklariert und das Nikotin gelangt je nach Gerät unterschiedlich gut in den Nebel, der inhaliert wird; dadurch kann es zu Überdosierungen bis hin zu Vergiftungserscheinungen kommen. Die Flüssigkeiten, mit denen die E-Zigaretten bestückt werden, enthalten Inhaltsstoffe, die die Atemwege reizen und zu allergischen Reaktionen führen können. Der Nebel mancher Liquids enthält krebserzeugende Substanzen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein, Nickel und Chrom.

Elektrische Zigaretten werden zur Zeit vor allem von Rauchern verwendet, die ihren Zigarettenkonsum senken oder ganz mit dem Rauchen aufhören möchten. Nach der aktuellen Datenlage können elektrische Zigaretten zwar Entzugssymptome lindern, ob sie aber zu einem dauerhaften Rauchstopp verhelfen, ist derzeit noch nicht erwiesen. Im Moment besteht für E-Zigaretten noch dringender Forschungsbedarf hinsichtlich der Produktqualität, der Inhaltsstoffe, der gesundheitlichen Auswirkungen und der Wirksamkeit der Produkte als Hilfsmittel für einen Rauchstopp. Diesbezüglich müssen dringend geeignete wissenschaftliche Studien durchgeführt werden, damit dem Verbraucher ein zuverlässiges Produkt zur Verfügung steht.

„Die elektrische Zigarette, die das abhängig machende Nikotin enthält, sollte nur nach eingehender Prüfung

der Produktqualität, seiner Wirkungen und Nebenwirkungen ausschließlich für Raucher zugelassen werden, die eine weniger schädliche Alternative zum Rauchen oder ein Hilfsmittel zum Rauchstopp suchen“, sagt Martina Pötschke-Langer.

Eine angemessene Regulierung der elektrischen Zigaretten zum Schutz der Verbraucher fordert auch der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). „Der Verkauf als Lifestyle-Produkt verharmlost E-Zigaretten. Irreführendes Marketing und Fehlinformationen sind nicht auszuschließen. Das macht es Verbrauchern unmöglich, das Gesundheitsrisiko einzuschätzen. Wir brauchen verlässliche Produktinformationen und Kontrollen“, sagt Ilona Köster-Steinebach, Gesundheitsexpertin des vzbv. Die Sicherheit müsse gewährleistet sein und die Angaben auf den Produkten klare Auskunft über Gesundheitsrisiken und Inhaltsstoffe geben. Zudem solle verhindert werden, dass Jugendliche und Nichtraucher über elektrische Zigaretten den Einstieg ins Rauchen finden. „E-Zigaretten sollten lediglich zur Tabakentwöhnung angeboten werden dürfen – und das geht nur über die Einstufung als Arzneimittel“, sagt Köster-Steinebach.

Die Publikation kann heruntergeladen werden unter:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_19_e-...

oder ist im Original zu beziehen bei der Pressestelle des Deutschen Krebsforschungszentrums. 

Münstersches Forscherteam etabliert neues Verfahren zur Cannabis-Analyse

Neues Werkzeug im Kampf gegen Drogenhandel – Forscher der Universität Münster haben ein molekulargenetisches Untersuchungsverfahren zum Nachweis von Cannabis-Pflanzen entwickelt

Cannabis sativa gehört zu den bekanntesten rauschhaften Drogen der Welt. Der Anbau und Besitz von Hanfpflanzen und der Handel damit ist in Deutschland verboten – dennoch hat laut der Drogenbeauftragten der Bundesregierung etwa ein Drittel aller 18- bis 25-Jährigen bereits Haschisch konsumiert. Forscher der Universität Münster unter der Leitung von Dr. Stephan Köhneemann vom Institut für Rechtsmedizin haben nun ein molekulargenetisches Untersuchungsverfahren für Cannabis entwickelt. Dieses hilft den Ermittlungsbehörden bei der Aufdeckung von Handelsrouten sowie der Zuordnung von Marihuana-Funden zur jeweiligen Anbauplantage.

Der Wirkstoff Tetrahydrocannabinol (THC) ist verstärkt im Drogenhanf enthalten, dessen Blüten getrocknet und dann entweder geraucht oder zum Beispiel in Form von Keksen konsumiert werden. „Die Cannabis-Pflanze wird durch Samen oder Stecklinge gezüchtet – dabei sind alle Pflanzen, die von einer Mutterpflanze durch Stecklingsvermehrung herangezogen werden, genetisch identisch“, erläutert Dr. Stephan Köhneemann die Voraussetzungen für das von ihm geleitete Projekt in der Abteilung für forensische Molekular-

genetik am Institut für Rechtsmedizin. Dabei weisen verschiedene Bereiche der Pflanze, wie Wurzel, Stängel, Blätter und Blüten, identische DNA-Merkmale auf, sodass die Untersuchung dieser Pflanzenteile Hinweise auf eine Zusammengehörigkeit geben kann. „Mit der von uns entwickelten Analysemethode ist es zum Beispiel möglich, die Wurzelreste einer Plantage, die auch von legalen Kulturpflanzen stammen könnten, einem Marihuanafund zuzuordnen“, berichtet Köhneemann.

Das Cannabis-Projekt des studierten Biochemikers, der seit knapp drei Jahren stellvertretender Bereichsleiter für Molekulargenetik am Institut für Rechtsmedizin der Universität Münster ist, läuft seit 2010. „Neben vielen Studierenden, die hier ihre Bachelor- oder Masterarbeiten schreiben oder auch promovieren, arbeiten auch internationale Forscher, beispielsweise von der Universität Bilbao in Spanien, am Projekt mit“, so Köhneemann. Mit Hilfe der Ergebnisse anderer Forschungen hat die münstersche Arbeitsgruppe molekulargenetische Untersuchungsverfahren für viele verschiedene Cannabis-STRs (englisch für Short Tandem Repeats) entwickelt. „Dabei haben wir STR-DNA-Merkmale, also sich wieder-

holende DNA-Einheiten, die bei geklonten Pflanzen identisch mit denen des Herkunftsorganismus sind, identifiziert“, berichtet Köhneemann.

Durch die massenhafte Vermehrung der DNA im Labor mit Hilfe einer Polymerasekettenreaktion (PCR) haben die Forscher erstmals viele solcher vergleichbaren DNA-Systeme, die bisher meist nur einzeln nachgewiesen wurden, in einem Nachweisansatz kombiniert. „Die von uns entwickelte Multiplex-PCR-Methode ist sehr zuverlässig und einfach zu handhaben. Zudem benötigen wir nur sehr wenig Material, pflanzliche Bruchstücke genügen schon. In kurzer Zeit kann sie auf sehr viele Proben angewendet werden und rasch Ergebnisse liefern“, so Köhneemann. Nach der Überprüfung im Labor wurde das Verfahren in mehreren Vorträgen und Publikationen der Fachwelt vorgestellt. Inzwischen setzt die Polizei es auch bereits bei Fallermittlungen ein.

Die molekulargenetischen Befunde von Pflanzenteilen geben der Polizei einen wichtigen Herkunftshinweis, zum Beispiel, ob Drogenmaterial von einer bestimmten Cannabisplantage stammen kann oder nicht. „Außerdem könnte durch den Nachweis von Klonen an mehreren Tatorten in Deutschland auch auf Verbindungen zwischen Plantagen und etwaige Verkaufswege geschlossen werden“, schildert Köhneemann. Die neue Analysemethode wird bislang nur von Köhneemann und seinem Team in Münster durchgeführt. ■

Literatur:

Köhneemann S. et al.: The validation of a 15 STR multiplex PCR for Cannabis species. *Int J Legal Med.* 2012 Jul; 126 (4): 601-606. doi: 10.1007/s00414-012-0706-6. Epub 2012 May 10.

Konsum von Designerdrogen steigt rasant an

Die Vereinten Nationen haben wegen des rasant zunehmenden Konsums von Designerdrogen Alarm geschlagen. „Heute sind es die neuen psychoaktiven Substanzen, die uns vor Herausforderungen stellen“, heißt es im Jahresbericht des UN-Büros für Drogen- und Verbrechenbekämpfung (UNODC), der am Weltdrogentag in Wien vorgestellt wurde. Die neuen Drogen würden oftmals als legale Stimmungsaufheller verkauft oder als Gewürz, Badezusätze oder Räuchermittel vermarktet, etwa über das Internet. Ihre Langzeitwirkung sei aber nicht untersucht und könne gefährlicher sein als die herkömmlicher Drogen, hieß es weiter.

Von Ende 2009 bis Mitte 2012 wuchs die Zahl der synthetischen Drogensorten weltweit dem Bericht zufolge von 166 auf 251 – ein Anstieg von mehr als 50 Prozent. Weil durch ihre Abwandlung schnell neue synthetische Drogen entwickelt werden können, falle es sehr schwer, ihren Konsum zu kontrollieren oder zu verbieten. „Das internationale Drogenkontrollsystem gerät erstmals durch die Geschwindigkeit und die Kreativität dieses Phänomens ins Schwimmen“, warnte UNODC. Um des Problems Herr zu werden, müsse die internationale Zusammenarbeit verbessert werden. In Europa werden dem Bericht zufolge 75 Prozent der

Designerdrogen in nur fünf Ländern konsumiert: Dabei handelt es sich um Großbritannien, gefolgt von Polen, Frankreich, Deutschland und Spanien. Der Konsum von Cannabis und offenbar auch von Heroin in Europa ging hingegen zurück, der anderer Drogen blieb in etwa gleich.

Weltweit bleibt laut UNODC Cannabis die am weitesten verbreitete Droge: 3,9 Prozent der Weltbevölkerung im Alter zwischen 15 und 64 Jahren konsumieren es. Allerdings gehörten verschreibungspflichtige Medikamente wie Beruhigungs- und Betäubungsmittel in 60 Prozent aller Länder zu den drei am meisten missbrauchten Substan-

zen. In Ost- und Südostasien sind laut UNODC Amphetamine wie Ecstasy und Metamphetamine auf dem Vormarsch, auch in Europa gewinne Ecstasy wieder an Bedeutung.

Besorgt äußerte sich UNODC auch über den zunehmenden Transit von Drogenhändlern im Osten und Westen Afrikas. Es gebe eine neue Schmuggelroute, die von Afghanistan durch den Iran und Pakistan nach Afrika und von dort in die Abnehmerländer führe, heißt es in dem Bericht. „Afrika wird immer anfälliger für Drogenhandel und organisiertes Verbrechen“, warnte UNODC-Chef Juri Fedotow.

Er rief dazu auf, nach dem für kommenden Jahr geplanten Abzug aller ausländischen Kampftruppen aus Afghanistan die Bekämpfung der Drogenproduktion in dem Land zu verstärken. Vergangenes Jahr kamen drei Viertel der weltweiten Produktion des Heroin-Rohstoffs Opium aus Afghanistan. 

Computerprogramm erleichtert die Erkennung von Medikamentenmissbrauch

Ein Computerprogramm könnte es Ärzten erleichtern, Patienten zu erkennen, die sich missbräuchlich Medikamente verschaffen wollen. Dies ist das Ergebnis einer prospektiven Studie am Tufts Medical Center in Boston. Die Arbeitsgruppe um Scott Weiner veröffentlichte ihre Ergebnisse in den *Annals of Emergency Medicine* (<http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.025>).

Der Missbrauch von Opioiden kann Ärzte vor ein großes Problem stellen. Schmerzempfindungen sind oftmals nicht objektiv überprüfbar. In der Regel sind Ärzte auf ihre Erfahrungen angewiesen. Gleichzeitig dürfen sie echten Schmerzpatienten eine professionelle Schmerztherapie nicht verwehren. Um Drogensüchtige und Schmerzpatienten besser zu unterscheiden, kommt in den USA immer häufiger ein Computerprogramm mit dem Namen Prescription Drug Monitoring Program (PDMP) zum Einsatz.

Die Forscher sammelten zwischen Juni 2011 und Januar 2013 die Daten von 544 Patienten aus zwei Notaufnahmen. Die Patienten der Studie stellten sich

mit Kopf-, Rücken- oder Zahnschmerzen vor. Diese Symptome waren in den Notaufnahmen die Hauptindikationen zur Verschreibung von Betäubungsmitteln. Die Ärzte trafen anhand von körperlicher Untersuchung und Anamnese die Entscheidung, dem Patienten Opioide zu verschreiben.

Nachträglich überprüften sie ihre Therapieempfehlung mit Hilfe des Computerprogramms. Eine unglaubliche Schilderung der Krankengeschichte, die Nennung spezieller Medikamentennamen oder ein fehlender klinischer Anhalt für die Symptome hat das Programm als Hinweise für einen Opioidmissbrauch gewertet. Die Sensitivität für die Erkennung ohne

Programm betrug 63,2 Prozent, die Spezifität 72,2 Prozent und der positive prädiktive Wert 41,2 Prozent.

Nach Überprüfung durch das Computerprogramm änderten die Ärzte den Behandlungsplan für 9,5 Prozent der Patienten. 6,5 Prozent der Patienten erhielten Medikamente, die zunächst nicht vorgesehen waren und drei Prozent wurde eine vorgesehene Medikation nicht verordnet. Insgesamt hatten die Ärzte häufiger einen Missbrauchsverdacht als das Programm.

Nach Meinung der Forschungsgruppe könnte das Programm dazu beitragen, den Ärzten eine praktische Entscheidungshilfe an die Hand zu geben. Die Autoren berichten außerdem, dass in anderen Studien durch das Programm ein Rückgang der oxycodonbedingten Hospitalisierung zu verzeichnen war. Laut den Wissenschaftler sollten Ärzte sich vermehrt auf objektive Kriterien konzentrieren und „stereotypische Verdächtigungen“ vermeiden. 

HPV-Impfung beugt oralen Infektionen vor

Der bivalente Impfstoff Cervarix hat in einer randomisierten Studie in Mittelamerika junge sexuell aktive Frauen nicht nur, wie erwartet, vor genitalen Infektionen mit humanen Papillomaviren geschützt. Laut der Publikation in PLoS ONE (2013; 8: e68329) wurde auch die Rate von oralen Infektionen gesenkt, die für eine steigende Zahl von Kopf-Hals-Tumoren verantwortlich gemacht werden.

Die Bedeutung von Alkohol und Zigaretten, den beiden klassischen Risikofaktoren für Karzinome im Bereich von Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf, ist in den letzten Jahren zurückgegangen. Immer mehr Tumoren werden durch sexuell übertragene HP-Viren ausgelöst.

In den USA ist der Anteil der Kopf-Hals-Tumore, in denen onkogene Varianten von HPV nachgewiesen wurden, in den letzten Jahren von 16 auf 70 Prozent gestiegen, und die Autoren sagten voraus, dass in den USA (und anderen Industrieländern) HP-Viren bereits im nächsten Jahrzehnt mehr Kopf-Hals-Tumoren als Zervixkarzinome auslösen werden.

Einer Infektion mit (den meisten) onkogenen Varianten der HP-Viren kann heute durch eine Impfung vorgebeugt werden. Bekanntlich gibt es zwei Impfstoffe. Cervarix schützt vor den Varianten HPV 16 und 18, Gardasil zusätzlich vor HPV 6 und 11. Im Costa Rica Vaccine Trial des US-National Cancer Institute waren 2004/5 insgesamt 7466 gesunde junge Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren mit der bivalenten Vakzine Cervarix oder gegen Hepatitis A (Kontrollgruppe) geimpft worden.

Vier Jahre später wurden bei 15 Frauen in der nicht-geimpften Kontrollgruppe orale Infektionen mit HPV 16/18 gefunden. Von den geimpften Frauen

infizierte sich nur eine Frau. Rolando Herrero von der International Agency for Research on Cancer (IARC) in Lyon errechnet daraus eine Schutzwirkung der Impfung von 93,3 Prozent (95-Prozent-Konfidenzintervall 62,5-99,7 Prozent), die damit sogar tendenziell höher war als gegen zervikale Infektionen, wo die Schutzwirkung 72,0 Prozent (63-79 Prozent) betrug.

Die Studie lässt hoffen, dass die Impfung, sofern sie denn angenommen wird, den drohenden Anstieg bei den HPV-induzierten oropharyngealen Karzinomen abschwächen könnte. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Impfungen längst nicht alle onkogenen HPV-Typen erfasst und es bei Kopf-Hals-Tumoren keine institutionalisierte Früherkennung gibt. Außerdem treten Kopf-Hals-Tumore viermal häufiger bei Männern als bei Frauen auf. Die Studie ist deshalb ein weiteres Argument, die Impfpflicht auf Männer auszuweiten. 

Alkoholismus: Immunsuppressivum könnte Rückfälle verhindern

US-Forscher haben möglicherweise ein Mittel entdeckt, um Alkoholiker vor Rückfällen zu bewahren. In Nature Neuroscience (2013; doi: 10.1038/nn.3439) berichten sie, wie das Immunsuppressivum Rapamycin im Gehirn von Ratten die Schlüsselreize löscht, die auch beim Menschen für die zwanghafte Wiederaufnahme des Alkoholkonsums verantwortlich gemacht werden.

Viele Alkoholiker sagen zwar, dass sie trinken, um zu vergessen. In Wirklichkeit sind es aber bestimmte Erinnerungen, die den Schlüsselreiz für einen erneuten Alkoholexzess bilden. Dies kann der Besuch einer Bar sein oder der Geruch eines alkoholischen Getränks.

Dies ist auch bei den Ratten nicht anders, an denen Patricia Janak und Dorit Ron vom Ernest Gallo Research Center in San Francisco den Alkoholismus studieren. Wenn die Tiere erst einmal abhängig sind, dann bedarf es nicht mehr als den Geruch oder den Geschmack von Alkohol, um sie nach einer länge-

ren Abstinenzphase wieder auf den Alkoholkonsum einzustimmen.

Die beiden Forscherinnen haben untersucht, was die Schlüsselreize im Gehirn auslöst. Sie fanden heraus, dass es dabei in den Corpora amygdalae, einer emotionalen Schaltzentrale im Gehirn, zur gesteigerten Bildung eines Enzyms kommt, das als „mammalian target of rapamycin complex 1“ (mTORC1) bezeichnet wird. Gegen mTORC1 gibt es ein Mittel, das seit einiger Zeit auch beim Menschen eingesetzt wird, wenn auch in einer anderen Indikation: Rapamycin blockiert mTORC1.

Als Rapamune wird es als Immunsuppressivum nach Organtransplantationen eingesetzt, um Abstoßungsreaktionen zu verhindern. Bei den Ratten, die Janak und Ron zunächst abhängig gemacht hatten, verhinderte Rapamycin, dass die Tiere durch den Geruch oder Geschmack von Alkohol wieder rückfällig wurden.

Die Autorinnen vermuten, dass Rapamycin nicht die Erinnerung selbst löscht – eine solche Nebenwirkung ist von der Anwendung von Rapamune beim Menschen auch nicht bekannt. Es könnte aber eine positive emotionale Bewertung der Erinnerung in den Amygdalae blockieren, die bei Alkoholikern oft so stark ist, dass sie alle guten Vorsätze vergessen und sich erneut der Trunksucht hingeben.

Ob Rapamycin auch bei Alkoholkranken die Rückfallrate senkt, ist nicht bekannt. Da das Mittel jedoch (in Deutschland seit 2001) als Medikament zugelassen ist, dürfte klinischen Studien nichts im Wege stehen. 

Verschärfung von EU-Tabakgesetz nimmt parlamentarische Hürde

Zigarettenpackungen in der Europäischen Union sollen künftig zu mindestens 75 Prozent mit Warnhinweisen und abschreckenden Bildern bedeckt sein. Dies ist eine von mehreren Maßnahmen zum Kampf gegen den Tabakkonsum, denen der zuständige Ausschuss im Europaparlament am Mittwoch in Brüssel zugestimmt hat. Vorgesehen ist auch eine strengere Regelung der derzeit bis zu 700 Zusatzstoffe in Zigaretten.

Künftig werde es eine Positivliste für erlaubte Zusatzstoffe geben, erläuterte der CDU-Abgeordnete Karl-Heinz Florenz. Rund 50 besonders gefährliche Zusatzstoffe würden verboten. Das gleiche gelte für „besonders attraktive Verpackungen“, die vor allem junge Leute zum Rauchen verführten. Tabakkonsum verursache jährlich in der EU 700.000 frühzeitige Todesfälle, betonte Florenz. Allein in Deutschland seien es pro Jahr 110.000 Opfer.

Nach Angaben des SPD-Abgeordneten Matthias Grootte sollen auch bei jungen Rauchern beliebte Geschmacksstoffe wie „Schoko-Taste“ aus Zigaretten verboten werden. Außerdem wolle das Parlament erreichen, dass keine kostenlosen „Probegigaretten“ mehr im Internet angeboten werden dürfen. Damit würden heute vor allem Jugendliche geködert, erläuterte Grootte. Ein Hauptanliegen sei gerade, junge Leute

vor dem Tabakkonsum zu warnen. „94 Prozent aller Raucher haben vor ihrem 25. Geburtstag zur ersten Zigarette gegriffen“.

Erstmals umfasst die Richtlinie auch sogenannte E-Zigaretten, die eine Nikotinlösung verdampfen. Diese Lösung soll künftig – wie beispielsweise Nikotinkaugummis – einem besonderen Zulassungsverfahren unterworfen werden. Grundsätzlich sei aber nicht geplant, den Vertrieb einzuschränken, betonte Grootte. Die E-Zigaretten seien „bei weitem nicht so schädlich“ wie herkömmliche Glimmstängel.

Im Herbst soll das Plenum des Europaparlaments über die Vorschläge abstimmen. Anschließend beginnen die Verhandlungen mit dem EU-Rat, in dem die 28 EU-Staaten vertreten sind. In Kraft treten können die neuen Vorschriften voraussichtlich im Laufe kommenden Jahres. 

Immer mehr alte Menschen leiden unter Suchterkrankungen

Alte Menschen mit Suchterkrankungen besser zu unterstützen hat das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) gefordert. Aufgrund der demografischen Entwicklung werde es in Deutschland künftig mehr Senioren mit Suchtproblemen geben. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren gehe davon aus, dass augenblicklich bis zu 400.000 über 60-Jährige alkoholabhängig sind und etwa 1,7 bis 2,8 Millionen Menschen über 60 einen problematischen Medikamentenkonsum haben.

„Wenn es gelingen soll, die Altenhilfe und die Suchthilfe zu sensibilisieren und die Sensibilität der Gesellschaft im Hinblick auf die Folgen des Alkoholmissbrauchs und der Abhängigkeit von Medikamenten zu verbessern, müssen alle Akteure des Gesundheitswesens an einen Tisch“, sagte Jürgen Gohde, Vorsitzender des KDA. Notwendig seien neue Kooperationen aller Akteure des Gesundheitswesens und eine niedrigschwellige Beratung.

Besonders problematisch ist laut der KDA die Kombination von Alkohol- und Medikamentenabusus: Auch moderater Alkoholkonsum könne in Kombination mit der Einnahme von Medikamenten wie Beruhigungs- und Schmerzmitteln gefährliche Wechselwirkungen entfalten. „Dies führt zum Teil zu Zuständen von Verwirrtheit und kann unter Umständen mit einer Demenz verwechselt werden“, sagte Christine Sowinski aus der KDA. 

Erfolgreiche Raucherentwöhnung im Krankenhaus

Ein Krankenhausaufenthalt ist ein guter Anlass, das Rauchen aufzugeben. Allein schaffen es die Wenigsten, doch mit Unterstützung eines persönlichen Trainers war in einer randomisierten Studie im Britischen Ärzteblatt (BMJ 2013; 347: f4004) jeder Dritte auch vier Wochen nach der Entlassung aus der Klinik noch abstinent.

Am Nottingham City Hospital bekamen einige Raucher gleich am ersten Werktag nach der Aufnahme Besuch von einem „Cessation Practitioner“, der den Rauchern ein Antiraucher-Training vorschlug. Wenn sie einwilligten, erhielten sie eine duale Nikotinersatztherapie bestehend aus einem Pflaster mit verzögerter Freisetzung sowie Nikotinkaugummis, -spray oder -pastillen für die Dosis zwischendurch.

Nach dem Erstkontakt kam der persönliche Antirauchertrainer täglich zu Besuch, um die Teilnehmer zu motivieren. Nach der Entlassung aus der Klinik wurden die Patienten an einen ambulanten „Stop Smoking Service“ überwiesen.

Die intensive persönliche Beratung zahlte sich aus. Nach vier Wochen waren 38 Prozent der Teilnehmer abstinent, was nicht nur durch Befragung ermittelt, sondern durch einen Atemtest (auf Kohlenmonoxid) geprüft wurde. In einer Kontrollgruppe von Patienten, in der nur die üblichen Informationsmaterialien ausgeteilt wurden, schafften nur 17 Prozent den Absprung.

Die Abstinenz mit dem persönlichen Trainer in der Klinik war also doppelt so häufig erfolgreich, und Rachael Murray von der Universität Nottingham und Mitarbeiter errechnen eine für die wirtschaftliche Begründung des Projekts günstige Zahl von nur acht Patienten, die in das Programm aufgenommen werden müssten, um einem zusätzlichen zur Abstinenz zu verhelfen. 

Ritalin könnte gegen Kokainabhängigkeit helfen

Das Amphetamin Methylphenidat, besser bekannt unter dem Handelsnamen Ritalin, wirkt im Gehirn wie Kokain – nur langsamer. Der verzögerte Wirkungseintritt erklärt nach Ansicht von US-Psychiatern nicht nur, warum Ritalin nicht süchtig macht. Nach einer Studie in JAMA Psychiatry (2013; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1129) könnte es Kokain-Süchtigen sogar helfen, die Sucht zu überwinden.

Die Hypothese ist zwar noch ohne klinische Bestätigung. Das Team um Rita Goldstein vom Mount Sinai Hospital in New York kann jedoch zeigen, dass die Einnahme einer einzelnen Dosis Methylphenidat die Verbindungen im Gehirn „lockert“, die bei Kokain-Süchtigen für das Suchtverhalten und das Craving beim Entzug verantwortlich sind. Zum anderen wurde die „Connectivität“ in Hirnregionen verbessert, die für die Verarbeitung von Emotionen oder die Verhaltenskontrolle benötigt werden und die laut Goldstein bei Kokainsüchtigen geschädigt sind.

Diese Verbindungen wurden in den Experimenten mit achtzehn Kokainsüchtigen mit Hilfe der funktionellen Kernspintomographie sichtbar gemacht. Sie macht die Aktivitätsunter-

schiede in bestimmten Gehirnzentren sichtbar. Das von Goldstein verwendete Verfahren kann speziell die Stärke der funktionellen Verbindungen (Connectivity) zwischen verschiedenen Hirnarealen darstellen, zu denen es infolge von geistigen Leistungen kommt.

In der Studie wurden hierzu kognitive Tests eingesetzt, in denen die Süchtigen emotional störende Worte ausblenden oder kognitive Zwiespalte auflösen mussten. In einem Test mussten sie beispielsweise erkennen, dass die Buchstaben des Wortes „gelb“ eine grüne Farbe hatten.

Dass Methylphenidat die Hirnaktivität von Süchtigen (wenigstens teilweise) normalisiert, führt Goldstein auf die Ähnlichkeit beider Amphetamine zurück. Methylphenidat würde wie Koka-

in die Aktivität von Dopamin (und Noradrenalin) im Gehirn steigern. Nach oraler Gabe trete die Wirkung jedoch langsamer auf (weswegen Methylphenidat auch nicht süchtig mache). Durch die Verlängerung der Wirkung würden verschiedene kognitive Leistungen bei den Süchtigen verbessert.

In einer früheren Publikation hatte Goldstein die Wirkung von Methylphenidat bei Kokainabhängigen mit der Methadonsubstitution von Heroinabhängigen oder die Nikotinpflastertherapie bei Rauchern verglichen. Anders als diese muss die Wirksamkeit von Methylphenidat bei Kokainsüchtigen jedoch erst noch klinisch belegt werden. Die Ergebnisse der Grundlagenforscherin könnten jedoch Anlass für klinische Studien sein. 

Erstes Besäufnis entscheidender als erster Kontakt mit Alkohol

Früher Konsum allein nicht ausschlaggebend für spätere Probleme, die mit erhöhtem Alkoholgenuss einhergehen

Wenn Jugendliche besonders früh Alkohol trinken, gilt das als starker Risikofaktor für auffälliges Verhalten und spätere Alkoholprobleme. Entscheidender als der erste Kontakt mit Alkohol ist aber offenbar, wann sie erstmals wirklich betrunken sind. Das legt eine Untersuchung an 15-Jährigen nahe, über die europäische Forscher im Fachblatt „Alcoholism: Clinical & Experimental Research“ berichten. Ihren Analysen zufolge erhöht ein junges Alter bei der ersten Trunkenheit eher das Risiko für Problemverhalten als ein junges Alter beim ersten Alkoholkonsum schlechthin. Um spätere Schwierigkeiten zu vermeiden, sollten sich vorbeugende Maßnahmen nach Meinung der Forscher darauf konzentrieren, frühe Trunkenheit zu verhindern.

„Ich denke, diese Ergebnisse haben wichtige Konsequenzen für Eltern“, sagt Emmanuel Kuntsche von der Stiftung „Sucht Schweiz“ in Lausanne, Erstautor der Studie. „Eltern sollten nicht in Panik geraten, wenn sie merken, dass ein Kind oder Jugendlicher mal an einem Glas mit irgendeinem alkoholischen Getränk genippt hat. Sie sollten einfach erklären, dass dies unangebrachtes Verhalten ist, weil Alkoholkonsum zum Beispiel problematisch für das sich noch entwickelnde Gehirn ist.“ Kuntsche und Kollegen hatten für ihre Statistik Daten zum Trinkverhalten von insgesamt 44.801 15-Jährigen aus Nordamerika und Europa analysiert, die an einer großen von der WHO unterstützten Gesundheitsstudie teilgenommen hatten. Sie verglichen die von

den Jugendlichen genannten Altersangaben zum ersten Alkoholkontakt und zum ersten Betrunkensein mit dem Auftreten problematischen Verhaltens in Form von Rauchen, Marihuana-Konsum, Verletzungen, Gewalt und schlechte Schulleistungen.

Die Forscher fanden durchaus einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem Alter des ersten Alkoholkonsums und den fünf kritischen Verhaltensweisen. Dies war jedoch nur bei denjenigen der Fall, die Erfahrungen mit einem Rausch gemacht hatten – nicht bei denen, die nie betrunken gewesen waren. „Wir denken“, erläutert Kuntsche, „dass künftige Forschungsarbeiten sich mehr auf die Probleme konzentrieren sollten, die einer frühen Trunkenheit zugrunde liegen, als auf das Alter des ersten Trinkens per se.“ Früher Alkoholkonsum kann seiner Meinung nach zwar ein Anzeichen für andere Probleme wie Verhaltensstörungen, Alkoholprobleme innerhalb der Familie oder ein Kindheitstrauma sein, ist aber nicht zwingend ein Kennzeichen für spätere Probleme. 

Taufliegen schützen Larven mit Alkohol

Taufliegen versorgen ihre Larven mit Alkohol, um sie vor parasitoiden Wespen zu schützen. Sind keine Wespen in der Nähe, verzichten sie auf diese medizinische Vorbeugemaßnahme, berichten amerikanische Biologen im Fachjournal „Science“. Drosophila-Fliegen, auch Frucht- oder Obstfliegen genannt, ernähren sich von faulenden Früchten. Ihre Eier legen sie normalerweise dort ab, wo sich noch nicht so viel Alkohol durch Gärung gebildet hat. Doch der Anblick parasitoider Wespen veranlasst die Weibchen dazu, ihre Eier bevorzugt auf alkoholhaltiger Nahrung zu platzieren. Denn die Fliegenlarven tolerieren höhere Alkoholkonzentrationen als die

Wespen. So entgehen sie dem Schicksal, als Wirt für die Entwicklung der Wespenbrut zu dienen. Das Verhalten der Fliegen ist eine spezielle Form der Immunabwehr und wird durch optische Signale beim Erkennen des Feindes ausgelöst.

„Unsere Ergebnisse zeigen eine Immunreaktion durch verändertes Verhalten, die auf einer vorbeugenden medizinischen Behandlung des Nachwuchses beruht“, schreiben die Forscher um Todd Schlenke von der Emory University in Atlanta. In früheren Untersuchungen hatte die Arbeitsgruppe bereits nachgewiesen, dass mit Wespeneiern infizierte Larven von Drosophila melanogaster sich selbst behandeln, indem sie verstärkt Alkohol konsumieren. Damit töteten sie die parasitisch lebenden Wespenlarven in ihrem Körper ab. Die neuen Beobachtungen zeigen, dass weibliche Fliegen durch ihr Verhalten

bei der Eiablage alkoholhaltige Säfte auch dazu nutzen, um ihren Nachwuchs zu schützen.

Die Forscher boten Fliegen in einem Behälter zwei Schalen mit Nahrung an, die gleichzeitig als Ort für die Eiablage dienten. Eine davon enthielt 6 bis 15 Prozent Ethanol. Waren keine Wespen anwesend, legten die Weibchen ihre Eier überwiegend in der alkoholfreien Schale ab, in der die Schlupfrate höher ist. Setzten die Biologen weibliche Wespen der parasitoiden Art *Leptopilina heterotoma* dazu, einen natürlichen Feind der Fliegen, wählten die Fliegenweibchen überwiegend die alkoholhaltige Schale für die Eiablage. Bei Infektionsgefahr durch die Wespen nehmen die Fliegen also eine geringere Schlupfrate in Kauf, weil der Schutzeffekt des Alkohols größer ist als seine nachteilige Wirkung. 

Mit Diät-Limo gemixt steigt der Longdrink schneller zu Kopf

Der Zucker in herkömmlichen Softdrinks sorgt dafür, dass der Alkohol langsamer aufgenommen wird

Beim Mixen alkoholischer Drinks kann es bedenklich sein, zu alkoholfreien Diät-Getränken zu greifen. Das mag zwar Kalorien sparen, aber mit solchen – mit Zuckeraustauschstoffen statt mit Zucker gesüßten – Getränken gemischt, entfaltet der Alkohol deutlich heftiger seine Wirkung. Das belegen Messungen der Atemalkoholkonzentration, berichten zwei US-Forscherinnen im Fachblatt „Alcoholism: Clinical & Experimental Research“. Die Werte fielen in ihrem kleinen Experiment deutlich höher aus, wenn Hochprozentiges mit Diät-Softdrinks statt mit zuckerhaltigen Softdrinks gemixt wurde – obwohl die aufgenommene Menge an Alkohol identisch war. Offenbar behandelt der Magen echten Zucker ähnlich wie Essen, welches die Entleerung des Magens und damit die Aufnahme des Alkohols verzögert.

„Alkohol, der zusammen mit Diät-Softdrinks konsumiert wird, führt zu höheren Atemalkoholkonzentrationen

als wenn dieselbe Menge Alkohol mit einem zuckergesüßten Softdrink konsumiert wird“, erläutert Cecile A. Marcuzinski von der Northern Kentucky University. Die Probanden seien sich dieses Unterschieds nicht bewusst gewesen. Doch ihr Verhalten sei stärker beeinträchtigt gewesen, wenn sie den Diät-Mix getrunken hatten. Gemeinsam mit ihrer Kollegin Amy L. Stamatos hatte Marcuzinski die Wirkung von Drinks mit und ohne Zucker bei jeweils acht Frauen und Männern getestet. In drei Versuchssitzungen genossen die Probanden ein Getränk entweder gemischt aus Wodka und herkömmlichem Softdrink oder aus Wodka und Diät-Softdrink oder einen Placebodrink ohne Alkohol. Die Forscher maßen nach dem Genuss die Konzentration des Alkohols im Atem und fragten die Teilnehmer zudem nach dem Befinden – wie angetrunken, müde und beeinträchtigt sie sich fühlten

und ob sie noch Auto fahren würden. In Reaktionstests testeten sie zudem, wie sehr der Alkohol tatsächlich einschränkte.

Die Atemalkoholkonzentration der Probanden war nach dem Genuss der Drinks, die mit Diätlimonade gemixt worden waren, um 18 Prozent höher. Auch zeigten die Reaktionstests, dass sie nach diesen Drinks stärker beeinträchtigt waren. Das Bedenkliche: Das subjektive Empfinden der Probanden, was ihre etwaige Trunkenheit, Beeinträchtigung und Fahrtüchtigkeit betraf, änderte sich nicht. „In dieser Studie haben sich die Probanden gleich gefühlt, egal ob sie das mit Diät-Softdrinks oder das mit herkömmlichen Softdrinks gemixte Getränk getrunken hatten“, sagt Marcuzinski. Die Wahl, ob man trinkt und noch fährt, fuße oft darauf, wie man sich fühlt, und weniger auf objektiven Messungen der Beeinträchtigung. 