ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

5. Jahrgang
Heft **3·2016**

Themenschwerpunkt:

Tätigkeitssüchte, Verhaltenssüchte, substanzungebundene Suchtformen!?

Pabst

Impressum
rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber
Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek
musalek@me.com
Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com
Dr. Oliver Scheibenbogen
office@scheibenbogen.at

Herausgebende Institutionen
Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit – Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien
Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

Chefredakteur
Univ. Doz. Dr. Martin Poltrum
m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure
Dr. Thomas Ballhausen
t.ballhausen@gmail.com
Mag. Irene Schmutterer
irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion
Sonja Bachmayer
ikarus711@hotmail.com

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

Nachrichtenredaktion, verantw.
Wolfgang Pabst
wp@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 patentschutzrechtlichen 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.

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

Bezugspreise:
Jahresabonnement: Inland 50,– Euro,
Ausland 50,– Euro; Einzelausgabe: 15,– Euro.
Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:
IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07
BIC: DRESDEFF265

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

Bezugsbedingungen: 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.

Umschlagbild:
Natalie Swoboda – aus der Fotoserie „Sehnsucht"

rausch
Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

5. Jahrgang · Heft 3-2016

Themenschwerpunkt:

Tätigkeitssüchte, Verhaltenssüchte, substanzungebundene Suchtformen!?

Inhalt

163 Editorial
Martin Poltrum

165 How far can too far go? Kritische Reflexion zum Konzept der stoffungebundenen Süchte
Alfred Springer

177 Psychoanalytische Therapie der Sucht
Wolf-Detlef Rost

188 Internet- und Computerspielsucht
Birgit Oitzinger

195 Arbeitssucht – Wie viel Arbeit ist zu viel?
Raphaela Zeidler

201 Der zurückhaltende Blick
Zur Fotoserie „Sehnsucht" von Natalie Swoboda
Thomas Ballhausen

203 Bildstrecke
Natalie Sowoboda „Sehnsucht"

207 Abstinenzverletzungseffekt und andere Unterscheidungsmerkmale in Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit und Glücksspielabhängigkeit
Michael Peter

215 Verführungssucht – das erotische Gesicht des Narzissmus
Sonja Rieder

219 Sex in Wien. Lust. Kontrolle. Ungehorsam
Eine Ausstellung im Wien Museum in Kooperation mit QWIEN – Zentrum für schwul/lesbische Kultur und Geschichte

220 Bildstrecke
Sex in Wien. Lust. Kontrolle. Ungehorsam

223 Sport zwischen Zwang und Lust: Suchtorientierte Betrachtungen egosyntoner und egodystoner Regulationsmuster aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie
Jens Kleinert & Anna Wasserkampf

215 Die Vermessung des Meskalins
Ivo Gurschler

162 **Nachrichtenüberblick**

Nachrichten

186 Der Alkohol fordert seinen Tribut vom Herzen:
Es wird größer, nicht besser
194 Warum Alkohol hungrig macht
200 Organspezifische Mutationen durch den blauen Dunst
249 Hepatitis-C- und HIV-Prophylaxe: Mikrowelle schützt vor
Virusübertragung im Drogenmilieu
250 Medizinischer Nutzen von Cannabis:
mehr subjektive Annahmen als fundiertes Wissen
251 Biertrinken kann helfen, Emotionen in Gesichtern zu erkennen
252 007 – Lizenz zum Rauchen?

Editorial

Martin Poltrum

Dass man den Begriff Sucht an alle möglichen Phänomene anhängen kann, von denen man dann damit sagt, dass sie moralisch zu verwerfen sind oder sogar krankheitswertigen Charakter haben, zeigt auf wunderbare Weise ein Begriff, der sich beim psychopathologischen Altmeister Karl Jaspers findet. In seiner „Allgemeinen Psychopathologie", lesen wir den Begriff „Rentensucht" (Jaspers, 1948, S. 602), der zum Ausdruck bringen soll, dass es Störungen gibt, bei denen Patienten ihr Unwohlsein oder ihre Krankheit instrumentalisieren, um sich in die Berentung zu flüchten.

Das Wort-Anhängsel Sucht hat einerseits deutlich moralisierende Konnotationen, das zeigen Wendungen wie Selbstsucht, Habsucht, Streitsucht, Geltungssucht. Daneben gibt es andererseits handfeste körperliche Krankheitssymptome und Krankheiten, die mit dem Terminus Sucht versehen werden oder wurden. Man denke an Gelbsucht, Schwindsucht (Tuberkulose) und Fallsucht (Epilepsie). Sucht (germ. *suhti-*, ahd. *suht, suft,* mhd. *suht*) geht bekanntlich auf siechen (ahd. *siuchen,* mhd. *siuchan*) zurück und zeigt an, dass es um Leiden, Siechtum und seuchenartige Verbreitung geht.

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit sind Süchte, daran gibt es keinen Zweifel, und darüber, ob das auch anders sein könnte, gibt es auch keinen Diskurs. Ob allerdings krankhaft überdosierte Verhaltensweisen Süchte sind oder besser als pathologische Verhaltensweisen bezeichnet werden, das ist oft Gegenstand von Kontroversen (Petry, 2010; Francis, 2013; DGPPN, 2013; Heinz & Friedel, 2014). Glücksspielsucht oder pathologisches Spielen? Sexsucht oder Hypersexualität? Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch oder Computersucht, Internetsucht, Onlinesucht?

Ludwig Wittgenstein (1945, S. 250 f.) hat in seinen *Philosophischen Untersuchungen* die Idee in Umlauf gebracht, dass sich die Bedeutung eines Wortes daraus ergibt, was für einen Zug man mit dem jeweiligen Begriff innerhalb eines Sprachspiels macht. Übersetzt man diesen Gedanken in unseren Themenzusammenhang, dann meint Sucht einmal eine Krankheit, das andere Mal ein mehr moralisches Phänomen, und hin und wieder nichts anderes als eine üble Nachrede. Dass wir mit unserer Zeitschrift weder üble Nachreden noch moralische Phänomene problematisieren wollen, hat sich bereits herumgesprochen. Wenn wir diese Schwerpunktausgabe *Tätigkeitssüchte, Verhaltenssüchte, substanzungebundene Suchtformen!?* nennen, dann wollen wir mit dem Ausrufungszeichen und Fragezeichen darauf verweisen, dass wir die im Heft besprochenen Phänomene ebenso gut auch unter Streichung des Suchtbegriffs abhandeln hätten können und dass es für die Behandlung der thematisierten Störungen keine Rolle spielt, welche diagnostische Kategorie gewählt wird. Es reicht, wenn die Phänomene verstanden werden, die da behandelt werden sollen. In der aktuellen Ausgabe werden nach einer grundlegenden historischen und kritischen Reflexion zum Thema der substanzungebundenen Süchte (Alfred Springer) und einer Arbeit zur psychoanalytischen Therapie der Sucht (Wolf-Detlef Rost) einzelne pathologische Verhaltensweisen oder eben Süchte abgehandelt, und zwar: Internet- und Computerspielsucht (Birgit Oitzinger), Arbeitssucht (Raphaela Zeidler), Verführungssucht (Sonja Rieder), Sportsucht (Jens Kleinert & Anna Wasserkampf), Abstinenzverletzungseffekt bei Alkoholabhängigkeit und Glücksspielabhängigkeit (Michael Peter). Ein Beitrag zur Geschichte des Meskalins (Ivo Gurschler) und eine Fotoserie zum Thema „Sehnsucht" von Natalie Swoboda (Thomas Ballhausen) sowie eine Bildstrecke zu einer Ausstellung des Wien Museums mit dem Titel *Sex in Wien. Lust. Kontrolle. Ungehorsam* runden das Heft ab.

Viel Freude bei der Lektüre!

Literatur

DGPPN (2013). Verhaltenssüchte und ihre Folgen – Prävention, Diagnostik und Therapie. *Eckpunktpapier Nr. 2, 27.02.2013.*

Francis, A. (2013). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen* (S. 269-275). Köln: DuMont.

Heinz, A. & Friedel, E. (2014). DSM-5: Wichtige Änderungen im Bereich der Suchterkrankungen. *Der Nervenarzt, 5,* 571-582.

Jaspers, K. (1948). *Allgemeine Psychopathologie.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Petry, J. (2010). Das Konstrukt „Verhaltenssucht" – eine wissenschaftstheoretische Kritik. *Sucht Aktuell, 2,* 14-18.

Wittgenstein, L. (1945). Philosophische Untersuchungen. In: Ders., *Werkausgabe, Band 1.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Univ.-Doz. Dr. Martin Poltrum
Philosoph, Psychotherapeut, Lehrtherapeut
Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien
m.poltrum@philosophiepraxis.com
www.philosophiepraxis.com

How far can too far go? Kritische Reflexion zum Konzept der stoffungebundenen Süchte

Alfred Springer

Einleitung und Begriffsbestimmung

Die Bedeutung, die in den letzten Jahren den „stoffungebundenen" Erscheinungsformen abhängigen Begehrens und Verhaltens zugeordnet wurde, ist begleitet von einem begrifflichen Paradigmenwechsel. Zunehmend wird wieder von „Sucht" und „Süchtigkeit" gesprochen. Diese Tendenz spiegelt sich auch in den kategorialen Definitionen im DSM-5 wider.

Diese Entwicklung soll hinterfragt werden. Begrifflich ist schließlich das Phänomen Sucht immer noch äußerst unscharf gefasst, was nicht zuletzt daraus resultiert, dass ihm recht diskrepante Sub-Phänomene zugeordnet werden. Zur Unklarheit trägt auch bei, dass es unter zwei Begriffen abgehandelt wird: Sucht und Abhängigkeit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wollte einen Weg aus diesem Dilemma weisen und empfahl 1964 nur noch den Begriff „Abhängigkeit" zu verwenden. Zunächst galt das Interesse lediglich der „substanzgebundenen Abhängigkeit". Als diagnostische Leitlinien dieses Phänomens konkurrieren zwei Klassifikationssysteme, das DSM-5 und das ICD-10 (International Classification of Diseases). Ausgehend von der Beobachtung, dass viele Dimensionen menschlichen Verhaltens und nicht nur die Zuführung bestimmter Substanzen problematisch erscheinendes Appetenzverhalten bedingen kann, begann man zwischen substanzgebundener und substanzungebundener Abhängigkeit zu unterscheiden. Nissen, 1994, hat versucht, einen zusammenfassenden Begriff zu erarbeiten, indem er formulierte, dass Sucht ein „dominierendes Verhalten oder ein zwanghaftes Bedürfnis und Angewiesensein auf bestimmte Substanzen oder auch Situationen" ist.

Die Klassifikation, die innerhalb der WHO erarbeitet wurde (das ICD-System), fokussiert jedoch bis heute auf die stoffgebundenen Abhängigkeitstypen, wobei Abhängigkeit als Endsituation verstanden wird, die aus riskantem Gebrauch hervorgeht. Ganz traditionell werden Toleranzentwicklung, Entzugssymptomatik und zwanghafter Drogenkonsum als Folge des andauernden Substanzkonsums definiert und gelten als definitorische Kriterien für physische Abhängigkeit. Substanzungebundene Verhaltenssüchte finden sich daher nicht als eigene ICD-Kategorie auf der WHO-Liste. Stattdessen werden die Verhaltenssüchte zusammengefasst unter der Kategorie F 63.9: Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle. Eine Ausnahme stellt das pathologische Glücksspiel dar, das als eigenständige psychische Erkrankung unter der Kategorie F 63.0. dargestellt ist.

Das Konstrukt „nicht-stoffgebundene Sucht" oder „Verhaltenssucht" ist theoretisch und begrifflich unscharf. Den Definitionen, die entworfen wurden, ist gemeinsam, dass dem Verhalten eine „Schädlichkeit" zugeordnet wird, aus der ihr Suchtcharakter abgeleitet wird. Außerdem wird aus dieser Schädlichkeit abgeleitet, dass sie gemäß dem erweiterten Krankheitsbegriff der WHO Krankheitswert besitzt und dass sie als therapiebedürftig gilt: „Dieses Suchtverhalten geht oft soweit, dass sich der Betroffene gesellschaftlich – sozial – und finanziell völlig ruiniert" (Springer, 2009b).

Zur Erfassung substanzungebundener Süchte liegen bisher nur wenig erprobte diagnostische Verfahren vor. Genannt werden in diesem Zusammenhang vor allem Screeningverfahren und Persönlichkeitsinventare.

Diese unbefriedigende Position hat einen Diskurs gebahnt, in dem gegensätzliche theoretische Positionen vertreten werden. So äußerten Werdenich und Padlesak (2000) in einem sehr umfassenden Handbuchartikel die Auffassung, dass der Begriff „nicht-stoffgebundene Süchte" für die klinischen Erscheinungsformen, die sich aus einer Einschränkung der Fähigkeit des Umganges mit Impulsen ergeben, „weder für ein Erklärungsmodell dieser Störungen noch für Behandlungsüberlegungen einen substantiellen Gewinn" bedeutet (S. 429). Bei diesen Störungsbildern handele es sich, wie die AutorInnen ausführen, um eine „Ansammlung verschiedener – zum Teil sehr schwer wiegender und existentiell bedrohlicher – Erscheinungs-

formen des Umgangs mit – offenbar übermächtigen – Impulsen“ (S. 428). Die Gemeinsamkeit dieser Erscheinungsformen beschränke sich auf die wahrgenommenen Impulsdurchbrüche bzw. die Unmöglichkeit, sie adäquat zu kontrollieren. Manche dieser Erscheinungsformen erinnern an Suchtverhalten, sind aber vom Suchtverhalten dadurch abgegrenzt, dass es sich dabei nicht um von einer Substanz ausgelöste Zustandsbilder handelt. Mit diesen Ausführungen bekannten sich Werdenich und Padlesak zur damals geläufigen, weil auch durch die Klassifikationschemata ICD und DSM vorgegebenen, Praxis, den Krankheitswert der Suchtphänomene im Kontext von Störungen der Impulskontrolle zu suchen.

Dass bei all diesen terminologischen Unschärfen in einer bestimmten relevanten therapie- und präventionsorientierten Literatur der Begriff „nicht-stoffgebundene Süchte/Abhängigkeiten“ allgemein anerkannt zu sein scheint (Flick et al., 2004; Grüsser-Sinopoli et al., 2006), sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass über ihn und seine Bedeutung keineswegs Konsens besteht. Eine Diskussion besteht auch hinsichtlich der Bedeutung diagnostischer Zuordnungen, die sich aus der Begrifflichkeit ergeben (Lindenmeyer, 2004, hinsichtlich pathologischen Spielverhaltens in der „Neurose vs. Suchtmodell-Debatte“).

Historischer Exkurs

Die Auseinandersetzungen, die den aktuellen Diskurs bestimmen, spiegeln eine traditionelle Auseinandersetzung wider.

Seit man das Auftreten von Suchtverhalten problematisiert, wird sein Stellenwert als eigenes Krankheitsgeschehen eher skeptisch gesehen und es anderen psychiatrischen Kategorien zugeordnet. In diesem Text muss der historische Rückblick kurz gehalten werden. Er ist an anderer Stelle ausführlicher expliziert worden (Springer, 2013).

Phase 1: Das späte 19. Jahrhundert

Der wissenschaftliche Diskurs um Drogeneffekte und um Süchte begann im 19. Jahrhundert Gestalt anzunehmen, wobei damals die Morel’sche Degenerationslehre den bestimmenden wissenschaftlichen Bezugsrahmen bildete. Guimbail (1891) erkannte in der „Morphinomanie“ den Ausdruck zweier „neurotischer“ Bedürfnisse: dem Bedürfnis nach Trunkenheit und dem Bedürfnis, „nicht zu leiden“. Dem Morphinismus verfielen seiner Beobachtung nach Personen, die er den „irritablen Debilen“ zuordnete: Dazu zählte er Personen, die nach dem Unbekannten suchen, die nach physischer und intellektueller Erregung streben, die eine Tendenz zur Imitation aufweisen, suggestibel sind, außerordentlich beeindruckbar und unbezwingbaren Impulsen unterliegen: „In besonderer Weise vermeint man diese Einstellung bei jenen Personen zu finden, die besonderen Bedürfnissen und einem ‚pathologischen Appetit‘ auf Basis einer vererblichen Degeneration unterliegen.“

In der medizinischen Bibliothek, die von Charcot herausgegeben wurde, veröffentlichte 1893 Chambard seine Studie über die Morphinomanie, in der er ätiologisch zwischen „okkasionellen“ und „prädisponierenden“ Ursachen unterschied. Zu letzteren zählte er auch psychische Ursachen: ein Bedürfnis nach Erregung bei psychischer und intellektueller „Torpeur“ und bei „Ennui“ sowie ein Bedürfnis nach Beruhigung, insbesondere bei moralischem Schmerz. Er nahm an, dass erbliche Belastung und ein bestimmter Zustand des Nervensystems prädisponierende Faktoren bereitstellen. Zu den hereditär Belasteten zählte er: die Gefühlvollen, die Impulsiven, die Willensschwachen, die Sorglosen, die Neugierigen.

In klinischer und differentialdiagnostischer Hinsicht wurde in dieser Periode ein enger Zusammenhang zwischen „süchtigen“ Haltungen und der Hysterie gesehen. So zählt etwa Lasegues 1873 erstmals veröffentliche Untersuchung über „hysterische Anorexie“ zu den ersten Publikationen über Magersucht generell. 1890 beschrieb Regnier unter 67 Fällen von Morphinomanie, die er beobachtet hatte, 45 Fälle von „Neuropathen“, die sich wieder anderen Formen der psychischen oder geistigen Störungen zuordnen ließen, wobei die Hysterischen mit 15 Fällen deutlich überwogen.

Einen bedeutenden Beitrag lieferte in dieser Periode im deutschen Sprachraum Erlenmayer (1887), der Alkoholismus, Morphinismus und bestimmte Verhaltensweisen als wesensgleiche Phänomene verstand, indem er als Charakteristikum der „Sucht“ die pathologische „leidenschaftliche und unmotivierte“ Suche des Individuums nach psychoaktiven Substanzen wie Morphium und Alkohol, aber auch nach anderen Erfahrungen und Verhaltensweisen wie etwa dem Spiel bezeichnete.

Erlenmayer nahm eine gemeinsame Wurzel für stoffgebundene Abhängigkeiten und für Verhaltenssüchte an, indem er vermutete, dass all diese Verhaltensweisen auf einer „Disposition“, auf einer „gewissen Disharmonie der seelischen Funktionen, die sich in einer Schwäche des Willens, einer erbärmlichen Weichheit der

Gefühle und in einer abnormen Erregbarkeit des gesamten Nervensystems" beruhen und Menschen betreffen, die geringe Widerstandskraft gegen psychische Eindrücke, die angeboren oder erworben sein können, aufweisen. „Es sind dieselben charakterschwachen Menschen, welche disponiert sind zu gewissen Formen von Nervenkrankheiten, zu gewissen Formen von Seelenstörungen, zur Trunksucht, zur Spielsucht" (S. 14).

Wichtig ist, dass für Erlenmayer die Disposition die spezifische Krankheit begründete. Ohne diese Basis laufe die Morphiumsucht wie eine andere krankhafte Leidenschaft, ein Laster ab. Und er fasste stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeit in Eins: „Sie steht dann sittlich auf derselben niedrigen Stufe wie die Trunksucht, die Spielsucht und wie all die Leidenschaften heißen mögen, die die Wahrheit scheuen, die Lüge lieben und ihr Dasein im Dunkel der Geheimnisse fristen."

Die Art dieser „Disposition" blieb damals im Dunkeln. Man nahm an, dass sie einer Störung der Gehirnfunktion entsprach, wobei von dem Wiener Neuropathologen und Psychiater Meynerth und anderen Vertretern der Hirnanatomie und Hirnphysiologie angenommen wurde, dass das Stirnhirn in besonderer Weise betroffen sei. Der psychiatrischen Degenerationslehre galt sie als hereditäre Komponente.

Bedeutsam für den aktuellen Diskurs und unsere Fragestellung ist, dass in diesem traditionellen theoretischen Zugang nicht die Ausprägung einer „Sucht" bzw. das „exzessive Verhalten" als Krankheit angesehen wurde, sondern eben die Disposition, die krankhafte „Veranlagung", die im klinischen Symptom „Sucht" sichtbar wird.

Phase 2: Wiener Beiträge zum Problem der Süchtigkeit 1920-1936

Wesentliche Beiträge zum Entwurf einer generellen „Suchttheorie" stammen aus dem Wien der Zwischenkriegszeit, die unter dem Eindruck der Beobachtung einer Zunahme der Süchtigkeit aus verschiedenen psychotherapeutischen und medizinisch-psychiatrischen Richtungen erarbeitet wurde.

I. Der psychoanalytische Renegat Wilhelm Stekel

Wilhelm Stekel nahm bestimmte Verhaltensweisen, ebenso wie Rauschgiftsuchten ins Repertoire der „Störungen des Trieb- und Affektlebens" auf und behandelte sie in seiner Monographie über „Impulshandlungen". Er ist damit einer der Stammväter der Auffassung, Suchten als Impulskontrollstörungen zu verstehen. Bemerkenswert ist sein Versuch, die Interaktion zwischen Trieb, Affekt, Rausch und Impulshandlung zu verstehen:

„Wir nennen eine Handlung, die dadurch zustande kommt, dass unser Bewusstsein von einem Affekte überwältigt wurde, eine impulsive. Hinter jedem Affekt steckt der Trieb. Impulse sind Handlungen, die durch plötzliche Überwältigung des Bewusstseins (der Vernunft) zustande kommen. Allein diese Definition erschöpft nicht das Wesen des Impulses. Ein Betrunkener schlägt seine Frau, was er im nüchternen Zustand nie tut. Er hat seinem Impuls nachgegeben, weil die Hemmungen durch Intoxikation ausgeschaltet waren. Wir kommen also zu einer Ergänzung der Definition: Impulshandlungen kommen zustande durch Ausschaltung der bewussten Hemmungen" (Stekel, 1922, S. 8).

Stekel erfasste auch die komorbide Lage der meisten Süchtigen und interpretierte sie in seinem theoretischen Bezugsrahmen: „Es ist eben für diese Triebmenschen bezeichnend, dass sie niemals bloß eine einzige Impulshandlung zeigen (…). Der Trinker zeigt oft einen pathologischen Wandertrieb, so dass er unter Umständen zum Landstreicher wird. Oder er ist Kleptomane und Pyromane und kommt ins Zuchthaus. Er kann aber auch an anderen Impulsen leiden: Verschwendungssucht und Spieltrieb. Sehr oft sieht man, dass ein Spieler ein Trinker ist und umgekehrt" (S. 171).

Weiters erarbeitete er auch den Zusammenhang zwischen Affektivität und sozialen und kulturellen Bedingungen für die Ausgestaltung des süchtigen Triebes.

II. Freud'sche Psychoanalyse: Ernst Federn

In den frühen 30er Jahren definierte Federn in einem Vortrag zum Thema „Zunahme der Süchtigkeit" dieses Phänomen als einen „Reaktionshabitus", der in einem „auflebenden Bedürfnis nach sofortiger Erleichterung von quälenden Seelenzuständen durch Einverleibung bestimmter Medikamente oder Hingabe an bestimmte Funktionen" (Federn, 1935, S. 54) besteht.

Zwischen stoffgebundenen und -ungebundenen Süchten wurde in diesem Konzept nicht unterschieden: „Analog zur Schlafmittelsucht werden auch normale Funktionen und Betätigungen zu Süchten, zum Beispiel zur Esslust, Schlaflust, Kauf- und Herumlauf-, auch Unter-

haltungssucht. Als Zwang bezeichnen wir nur, was zeremoniell und Ich-fremd auftritt. Seltener und spezifiziert sind die triebhaften Süchte, wie Kleptomanie, Pyromanie und andere. Dass auch manches Rauchertum als gewöhnlichste für normal geltende Sucht anzusehen ist, sei nur erwähnt" (ebd., S. 55).

Federn fasste den Suchtbegriff sehr weit: Eigentlich wäre das regelmäßige Nehmen von Schlafmitteln zum Zweck des Schlafens, das Nehmen von Alkohol oder einer Droge vor einer schwierigen Inanspruchnahme, die meistens ein besonderes Auftreten verlangt, auch als zu bestimmten Gelegenheiten auftretende Süchtigkeit zu bezeichnen.

Insgesamt erschien Federn Süchtigkeit als jene psychische Dimension, vermöge welcher das Individuum die Bedürfnisspannung, die es verspürt, nicht anders als durch Erleichterung Herr werden kann, dass es also nicht anders imstande ist, den peinlichen Zustand zu überwinden, ihn zu ertragen, und das auftauchende Gelüst zu beherrschen.

III. Klinische Charakterologie: Gabriel und Kratzmann

Ganz ähnlich wie Federn formulierten etwa gleichzeitig die (nicht-psychoanalytischen Autoren) Gabriel und Kratzmann: „Sucht ist das drängende Verlangen nach Beseitigung einer dauernden in der Anlage der Persönlichkeit gegebenen, quälenden seelischen Gleichgewichtsstörung mit Hilfe äußerer Mittel" (1936, S. 21).

Auch sie meinten, dass die Befriedigung der Süchtigkeit, das heißt die Beseitigung der seelischen Gleichgewichtsstörung auf sehr verschiedene Weise erfolgen kann und vereinten unter dem Suchtbegriff nicht nur stoffgebundene Süchte, sondern auch Erscheinungen, die – wie sie meinten – bislang als „Leidenschaften" gegolten hatten. Darunter verstanden sie die Spielleidenschaft, sexuelle Leidenschaften und auch so genannte „Steckenpferde" d.h. einseitige und ausschließliche Hingabe an ein bestimmtes und meist eng umschriebenes Betätigungsfeld (Sammelleidenschaft, Vereinsmeierei) und Monomanien und Erscheinungsformen des impulsiven Irrseins (Kleptomanie, Pyromanie, Poriomanie, etc.).

Die geläufige begriffliche und diagnostische Aufsplitterung in „Suchten", „Leidenschaften", „Perversionen", „Monomanien" und „Anomalien" erschien ihnen „verwirrend und der Erkenntnis hinderlich".

In ihrer Monographie über „Die Süchtigkeit" (1936), haben sie in Verfolg dieser Auffassung stoffgebundene Süchte und stoffunabhängige Süchte in ein gemeinsames Konzept integriert, wobei sie zwischen „Rauschgiftsuchten" und „Tätigkeitssuchten" unterschieden und zwei Gruppen von Betroffenen voneinander abgrenzten: einer, die zu chemischen Mitteln greift und einer, die „seelische Reizmittel" einsetzt. Die Autoren fühlten sich damals berechtigt, ein „rein psychologisches" Konzept auf der Basis eines charakterologischen Modells, das von Kratzmann formuliert worden war, zu entwerfen, da alle Versuche die physiologische Basis des Suchtgeschehens zu erfassen, bislang gescheitert schienen: „Wir kommen zu dem Schluss, körperliche Veränderungen im weitesten Sinn des Wortes als ursächlich für das von uns behandelte Problem abzulehnen. Wir glauben (…) dass es sich bei der Entstehung der Sucht um ein seelisches Geschehen handelt, das daher nur psychologisch erklärt werden kann" (ebd., S. 10).

In ihrer Phänomenologie listeten Gabriel und Kratzmann folgende „Tätigkeitssuchten" auf:

- Pyromanie und triebhaften Mord,
- echte Pyromanie,
- periodischen Brandstiftungstrieb,
- Mordsucht,
- Sexualsucht,
- Vergnügungssucht,
- Sammelsucht,
- Spielsucht,
- Poriomanie (Wandertrieb) und
- Kleptomanie (Stehlsucht).

Die Tätigkeitssuchten schlossen bei Gabriel und Kratzmann demgemäß jene Verhaltensauffälligkeiten ein, die heute in den Diagnosemanualen als „Störungen der Impulskontrolle" imponieren.

Wie Stekel und Federn wiesen auch Gabriel und Kratzmann darauf hin, dass oftmals eine Verschränkung verschiedener Suchten zu beobachten sei und beschrieben komorbide Verhältnisse. Es lasse sich beobachten, dass Alkoholabhängige und Morphinisten im Entzug eine wahre Spielleidenschaft entwickelten, ebenso lassen etliche Fälle von Spielern erkennen, dass sie stets des Alkohols bedurften, um in ihrer Spielleidenschaft zu entgleisen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass bereits die Stammväter des „erweiterten Suchtbegriffs" eine gemeinsame Basis für stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeit annahmen und ausführten, dass das von ihnen beschriebene Phänomen der „Süchtigkeit" nicht die Kriterien einer klar umschriebenen pathologischen Einheit im Sinne einer eigenständigen Krankheit erfüllte. Aus der älteren Literatur lässt sich dementsprechend die Begründung des Status quo der Zuordnung in den diagnostischen Manualen ableiten.

Die aktuelle Suchttheorie – ein neues Universalkonzept in verändertem theoretischemRahmen

Der eingangs erwähnte begriffliche Paradigmenwandel beruht auf der Entwicklung, die die Forschung zu den Suchtphänomenen genommen hat. Die zentrale Annahme der aktuellen neurowissenschaftlichen Suchttheorie besagt, dass psychoaktive Substanzen und bestimmte Aktivitäten die Ausschüttung des Dopamin triggern und dadurch zu gesteigerten lustvollen Empfindungen beitragen. Auf diesen Lusterfahrungen beruht die Tendenz, die Substanzeinnahme bzw. die andern Aktivitäten zwecks Lustgewinns zu aktivieren. Dieses lustsuchende Verhalten wieder kann in eine Sucht, in eine chronische, zu Rückfällen neigende Erkrankung des Gehirns münden. Der Suchtmechanismus soll gemäß dieser Theorie dann im Wesentlichen dadurch gesteuert werden, dass sich ein „süchtiges Gehirn" herausbildet. Im Rahmen der Umstrukturierung der Gehirnfunktion soll es zu einer drogenbedingten Störung des Stop- und Go-Mechanismus im Gehirn kommen, die auf einer (Zer-)Störung der Verbindungsbahnen zwischen Belohnungszentrum und (kontrollierenden) neuronalen Verbänden im Frontalhirn beruht (Goldstein & Volkow, 2002). Dadurch wieder soll die Fähigkeit zur freien Entscheidung (der freie Wille) über die Drogeneinnahme (und nicht nur über diese) beeinträchtigt werden.

In einem rezenten Überblicksartikel, der im renommierten New England Journal of Medicine erschienen ist, stellt Nora Volkow (2016), die 2004 die Metapher des „süchtigen Gehirns" eingeführt hat, erneut klar, dass der Begriff „Sucht" das schwerste, chronische Stadium der „Substanzgebrauchsstörung" beschreibt, in dem es zu einem schwerwiegenden Verlust der Selbstkontrolle gekommen ist, den man wiederum daran erkennen kann, dass es einen zwanghaften Drang zum Drogengebrauch gibt, obwohl gleichzeitig das Bedürfnis besteht, den Drogengebrauch zu beenden.

Bereits 2004 haben Howard Shaffer und seine MitarbeiterInnen aufgrund der neuen wissenschaftlichen Suchtdefinition ein „Syndrom-Modell" der Sucht vorgeschlagen. Dieses Modell beruht auf der Annahme einer „Essenz der Sucht", einer basalen pathologischen Bedingung, die sich auf denkbar verschiedene Weise manifestieren kann, weshalb die verschiedenen Spielarten süchtigen Verhaltens nicht voneinander abgegrenzt werden sollten. Auch wenn die Ausgestaltungen der Essenz der Sucht verschiedenartig sind und ev. aus individuellen oder sozialen Umständen resultieren, beruhen sie dennoch auf einer gemeinsamen essenziellen biologischen Grundlage.

Eine vergleichbare Modellvorstellung wurde in Deutschland entwickelt. In diesem Modell werden Gemeinsamkeiten und Übereinstimmungen zwischen den Störungsbildern „Abhängigkeit von psychotropen Substanzen" und „exzessive, belohnende Verhaltensweisen" im emotionalen Erleben, auf der kognitiven Ebene, auf der Verhaltensebene sowie in der peripherphysiologischen, subkortikalen und kortikalen Verarbeitung von suchtmittelassoziierten Reizen erfasst und zu einer gemeinsamen Theorie zusammengefasst (Gruesser-Sinipoli, 2006).

Auch im deutschen Modell wird eine gemeinsame Basis aller „Suchtstörungen" postuliert. Es wird angenommen, dass das symptomatische Verhalten und der mit ihm verbundene Lernprozess zu einer dauerhaften neurostrukturellen Veränderung des Gehirns führt. Das Verhalten soll in der Folge neurobiologisch verankert automatisiert ablaufen.

Derartige Modellvorstellungen gemahnen an die frühen Konzepte, die im historischen Rückblick vorgestellt wurden. Bemerkenswert ist, wie die theoretischen Konstruktionen zwischen biologischen und psychologischen Interpretationen oszillieren. In der ersten Periode der Theoriebildung, die mit der Periode der „Hirnmythologie" zusammenfällt, wollte man die Sucht und die „Disposition zur Sucht" entweder aus der Hirnfunktion ableiten (Meynerth) oder sie in anderer Weise neurophysiologisch erklären. Da diese Versuche als inadäquat empfunden wurden, entstanden psychologische und tiefenpsychologische Erklärungs- und Verständnismodelle. Gabriel und Kratzmann haben einst ihr psychologisches Modell darauf begründet, dass einer pathophysiologischen Modellbildung keine ausreichende Erkenntnisbasis zur Verfügung steht. Heute hingegen meint man, diese Grundlage aus den Ergebnissen der neurowissenschaftlichen Forschung konstruieren zu können und führt erneut wieder pathophysiologische Erklärungsmodelle ein. Ganz analog zur frühen Suchttheorie schließt das neue Modell stoffgebundene und stoffungebundene Ausprägungen des abhängigen Verhaltens ein.

Gefördert und bekräftig wurde die Konstruktion dieses Modells durch therapeutische Vorstellungen hinsichtlich der arzneimittelgestützten Behandlung pathologischer Spieler. Grant und Kim (2006) haben darauf hingewiesen, dass der pathologischen Spielleidenschaft und dem Substanzmissbrauch einige Charakteristika gemeinsam sind – das Verhalten wird wiederholt oder zwanghaft durchgeführt, obwohl es negative Konsequenzen aufweist, die

Kontrolle über das Verhalten ist eingeschränkt, bevor das Verhalten aktiviert wird, besteht ein Drang oder ein Craving, die Aktivierung des Verhaltens löst eine hedonische Spannung (hedonic thrill) aus. Diese Gemeinsamkeiten schienen geeignet, die diagnostische Zuordnung, das Spielverhalten zur Sucht zu rechtfertigen und regten dazu an, für beide Problemlagen gemeinsame Behandlungsansätze zu entwerfen. Kim et al. (2001) und Grant et al. (2006; 2008) haben in Placebo-kontrollierten Studien eine positive Beeinflussung des Spielverhaltens durch die Behandlung mit Opioid-Rezeptor-Antagonisten nachgewiesen, wobei es allerdings in 30% zu einem Therapieversagen kam. Begründet wurde diese Behandlungsform damit, dass sich der Einsatz der Opioid-Antagonisten bei der Behandlung substanzgebundener Süchte als erfolgreich erwiesen habe.

In diesem Prozess der Klassifizierung und Behandlungskonzeptualisierung kommt es zu einer Verwischung der Grenzen der diagnostischen Zuordnung (Brewer & Potenza, 2008).

Das neurowissenschaftlich begründete Therapiekonzept

Neuerdings kommt im Kontext der neurowissenschaftlich begründeten Behandlungszugänge dem Einsatz von Opioidantagonisten große Bedeutung zu (Springer, 2016).

Positioniert sich doch diese therapeutische Maßnahme im Rahmen der geläufigen „Dopaminhypothese“ jeglichen süchtigen Begehrens und jeglicher süchtigen Lust. Aus dieser Theorie ergibt sich die therapeutische Anwendung der Opioidrezeptor-Antagonisten. Aufgrund der Annahme, dass diese Substanzen die dopaminerge Transmission in den mesolimbischen Wirkungsbahnen modulieren und die süchtige Erregung und das süchtige Begehren dämpfen, setzt man sie experimentell seit den ersten Jahren des neuen Milleniums in den USA und in den skandinavischen Staaten nicht nur in der Behandlung stoffgebundener Abhängigkeitskrankheiten ein, sondern auch in der Therapie Spielsüchtiger (Lahti et al., 2010; Leung et al. 2009). In letzter Zeit lässt sich eine Entwicklung zur Verbreiterung des Einsatzes beobachten. Achab und Mitarbeiter haben 2011 vergleichbare Resultate aus der Schweiz publiziert. In England wurde in der National Problem Gambling Clinic in London im November 2015 ein diesbezügliches Therapieprojekt gestartet.

Parallel dazu verläuft auch der Einsatz der Substanzen zur Behandlung anderer Impulskontrollstörungen, wie Kleptomanie, Störungen des Sozialverhaltens und selbstschädigendem Verhalten, Selbstverletzung, Hypersexualität (Hollander, 1995). Dieser breite therapeutische Einsatz in Verbindung mit der dominierenden Diagnose-Philosophie, die Qualität der Krankheit und ihre diagnostische Zuordnung aus dem Typ des Arzneimittels, das Heilung verspricht, abzuleiten, egalisiert differentaldiagnostische Bedenken (Blum et al., 2012).

Eine neue Variante des „Sensation-seeking“?

Rezente Forschungsbemühungen haben überraschende Ergebnisse erbracht, die einer therapeutischen Neuorientierung den Weg bahnen könnten. Mick und Mitarbeiter haben in einer PET-Untersuchung feststellen können, dass Spielsüchtige ein anderes Muster und eine andere Reagibilität der zentralen Opioidstrukturen aufweisen als Vergleichspersonen und als Substanzabhängige. Für ihre Untersuchung führten die Forscher eine PET-Studie an 14 pathologischen Spielern und 15 gesunden Freiwilligen durch, um das Niveau der Opioid-Rezeptoren im Gehirn zu messen. Dabei kam es zu überraschenden Ergebnissen. Bei den Spielern ließ sich keine Zunahme der Dichte von Opioidrezeptoren finden, wie sie typisch für Substanzabhängige ist, und die Spieler zeigten eine geringere Endorphinausschüttung nach Amphetaminzufuhr als die Kontrollpersonen. Frühere Untersuchungen hatten erbracht, dass die Amphetaminzufuhr eine Erhöhung der Endorphinausschüttung nach sich zieht, die mit jener vergleichbar ist, die durch Alkoholzufuhr oder körperliche Aktivität bewirkt wird. Folgerichtig wurde von den pathologischen Spielern auch eine geringere Euphorisierung berichtet als von den Kontrollpersonen. Die AutorInnen schlossen aus diesen Befunden, dass einerseits bestätigt sei, dass das Endorphinsystem im Prozess der Spielsucht beteiligt ist, aber dass dieser Einfluss anders geartet sei als bei anderen – stoffgebundenen – Abhängigkeiten. Die süchtige Entwicklung beruht möglicherweise darauf, dass pathologische Spieler „hart arbeiten“ müssen, um ihre Lust aus ihrem Verhalten zu beziehen. Mick, die Leiterin der Forschungsgruppe, hofft, aus diesen Erkenntnissen neue Zugänge zur Behandlung generieren zu können. Auf jeden Fall stellen sie die Effizienz der Naloxon-Behandlung infrage. Wenn die Spieler untererregt sind und ihr Suchtprozess nicht mit einer Alteration der zerebralen Opioidstrukturen einhergeht, scheint die Behandlung mit einem Opioidrezeptor-Antagonisten eher paradox.

Diese Studie erbringt anhand der Untersuchung der Spielsucht Hinweise darauf, dass

ev. doch bei Substanzabhängigen und Verhaltenssüchtigen unterschiedliche neurophysiologisch-zerebrale Bedingungen bestehen. Man kann gespannt darauf sein, ob weitere Untersuchungen die Erkenntnisse dieser doch recht klein dimensionierten Untersuchung bestätigen können.

Interessant ist auch, diese mit aktuellen hochentwickelten Forschungsmethoden generierte Beobachtung hinsichtlich der mangelhaften Befähigung der pathologischen Spieler zum euphorischen Empfinden mit einer alten Interpretation des Lustgewinnes, das das Spiel mit sich bringt, in Bezug zu setzen. Der französische Philosoph Bouillier, der, wie es heißt, Nietzsche beeinflusste, schrieb 1877: „Mancher begeistert sich für die Hasardspiele, ohne weder geizig noch gierig nach Gewinn zu sein. Er hat den Verlust nicht zu fürchten und braucht sich um den Gewinn nichts zu machen. Der fortwährende Wechsel von Furcht und Hoffnung, in dem uns das Spiel erhält, die lebhaften und heftigen Erregungen, die gerade entgegen gesetzten Erschütterungen, welche durch dasselbe sich dem Geist mitteilen, gerade das bildet zum großen Teil seinen Reiz und seinen Rausch“. Und gerade diese Bedeutung des Spieles verfehlen offenkundig die Spieler, die Mick und ihre MitarbeiterInnen untersucht haben, und gerade dieser Umstand, dass sie der „normalen“ Lustempfindung entbehren, führt sie vielleicht in die Sucht.

Der Stellenwert moralischer Bewertungen im Diskurs um die Verhaltenssüchte

Vordergründig erscheint die neue Suchttheorie und die mit ihr verbundene Diagnostik wissenschaftlich fundiert. Ihre Vertreter erheben den Anspruch, dass in ihr die traditionelle moralistische Schwäche des Umganges mit den Suchtphänomenen überwunden ist, da sie auf Fakten aus der neurowissenschaftlichen Forschung aufbaut und die von ihr abgeleiteten theoretischen Konstruktionen auf materialistischen und nachprüfbaren Erkenntnissen beruhen.

Aus diskursanalytischer Perspektive erscheint diese Haltung illusionär. Zum Einen erscheint die Qualität der wissenschaftlichen Befunde überschätzt (Tebartz van Elst, 2009), weiters werden in der neuen szientistischen Lehre Hypothesen und Modellvorstellungen als Gewissheiten verkauft. Die Hypothesen entstammen dem traditionellen Repertoire der Interpretation der Bedeutung und der Schädlichkeit süchtiger Entwicklungen. Sie unterscheiden sich nicht von jenen, die auch dem „Krieg gegen Drogen“ als Argumente dienten. So ist etwa die heute als neurowissenschaftliche Erkenntnis geltende Auffassung, dass der Verlust über die Kontrolle des süchtigen Verhaltens auf einer „suchtbedingten“ Störung der kontrollierenden Funktion des Vorderhirns beruht, keineswegs eine neue Erkenntnis. Sie wurde erstmals von Theodor Meynerth entworfen. Später wurde sie von Gabriel Nahas in Umlauf gebracht und diente dann, ganz im Interesse ihres Erfinders, dem Reagan’schen „War on Drugs“, ebenso wie dem rabiat abstinenten Geist des „Vereins zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis“ als schlagkräftiges Argument (vgl. VPM, 1991).

Weiters ist klarzustellen, dass das Volkow’sche Suchtmodell letztlich doch an substanzgebundene pathophysiologische Entwicklungen gebunden ist. Die Übertragung des Konzepts auf neurophysiologische Einflüsse problematischer, nicht-stoffgebundener Verhaltensweisen ist immer noch hoch spekulativ. Umso problematischer erscheint die Anwendung des reanimierten Suchtbegiffs bei der Pathologisierung und Klassifizierung dieser Verhaltensweisen.

How far can too far go?

Schon Ludwig Klages hat auf die moralischen Aspekte der Rhetorik des Suchtbegriffs hingewiesen. Die Bezeichnung „Sucht“ schien ihm abhängig von der Tendenz, den Gegenstand des Triebes herabzuwürdigen: „Soll endlich der Gegenstand des Triebes herabgewürdigt werden, dann wählt man „Sucht“. So wird aus der „Liebe zum Spiel“ bald die „Spielleidenschaft“ oder „Spielpassion“, bald aber auch die „Spielsucht“, aus der „Liebe zum Trunk“ die „Trunksucht“, aus der „Liebe zum Essen“ die „Fresssucht“, ebenso „Morphiumsucht“, „Opiumsucht“ und so fort. Da das Wort Sucht ursprünglich Krankheiten meinte, so tritt die seelische Süchtigkeit jeder Art in engste Beziehung zur „Lasterhaftigkeit“, woraus es verständlich wird, dass zumal wieder viele Liebesgewohnheiten unter die Gattung der „Laster“ fallen“ (Klages, 1922).

Eine kritische Auseinandersetzung mit der diagnostischen Vorgangsweise bei „Verhaltenssüchten“ ergibt, dass der Diagnostik spezifische Leitsymptome fehlen und dass sie sich bis heute nicht dafür entscheiden kann, welchen umfassenderen Modellen sie sich verpflichtet fühlt (Springer, 2013). Die diagnostischen Kriterien werden aus differierenden Modellen bezogen; das ist besonders problematisch hinsichtlich des Normenbezuges. Vorstellungen von einer physiologischen und psychischen Normalität

vermengen sich mit Vorstellungen, die den Modellen der sozialen Norm und der moralischen Norm entstammen. Die Verankerung der Lehre von stoffungebundenen Süchten in die neurowissenschaftliche Suchttheorie kann diese moralische Aufladung der Begrifflichkeit nicht aufheben. Letztlich gibt es keine der Diagnose der substanzinduzierten Sucht vergleichbaren Indikatoren, woraus stets eine gewisse Willkürlichkeit und Beliebigkeit der diagnostischen Merkmale und der Krankheitszuschreibung resultiert. Diese These soll in der Folge an zwei Beispielen exemplifiziert werden.

Die Pathologisierung des Exzesses

Der Einfluss der gesellschaftlichen Moralsysteme im neuen Diskurs über Abhängigkeitstypen lässt sich sowohl in der Begrifflichkeit wie auch in therapeutischen Vorgaben orten. Als Grundlage der Zuordnung eines Verhaltens zur Kategorie „Sucht" dient gerne dessen „exzessive" Ausprägung. Auf der Informationswebsite des österreichischen Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit findet sich im Artikel über Verhaltenssüchte der Begriff „exzessiv" gleich elfmal auf fünf Seiten. Für die Definition dieses Charakteristikums gibt es allerdings keine objektiven Normen. Besonders in der Diagnostik suchtartig gelebter Sexualität und im therapeutischen Umgang mit dieser „Verhaltenssucht" tritt in Erscheinung, wie tief diese Vorstellungen moralpolitisch verankert sind. Bereits in der Definition der „Sexsucht" wird der schwammige Begriff des „Exzessiven" exzessiv genutzt: „Pathologisch exzessives sexuelles Verhalten ist durch einen progredienten Verlauf gesteigerten sexuellen Verlangens mit sexuellen Fantasien, imperativen Onanieimpulsen, häufig wechselnden Sexualpartnern und exzessivem Pornografie- bzw. Mediengebrauch gekennzeichnet (Briken et al., 2009). Als Therapieziel gilt der „kontrollierte Umgang" mit Sexualität und der Aufbau gesunder Sexualität, wobei idealiter das Eintreten in eine monogame Beziehung und deren Erhalt und die Fähigkeit zur Hingabe, Intimität und Leidenschaft, zu sexueller Vorfreude und zu gesundem Selbstwertgefühl verstanden wird (vgl. Basdekis-Jozsa, Berner & Briken, 2009). Ganz in diesem Sinne lesen sich auf der Website der Anonymen Sexaholiker die Ratschläge zur Bewältigung des Problems wie ein Beicht- und Bußspiegel. Ist doch auch gemäß dieser Website die einzige Voraussetzung dafür, dieser Organisation zuzugehören, der Wunsch, die „Lüsternheit aufzugeben und sexuell nüchtern" zu werden.

Normative Zwänge und Krankschreibung von alternativen Bedürfnissen

In der neurowissenschaftlichen Definition der Suchtkrankheit gilt als diagnostisches Kriterium, dass sich in der individuellen Bedürfnislage eine Verschiebung der Befriedigung des Luststrebens in eine „unerwünschte Richtung" ergibt und dass natürlich vorgegebene Befriedigungsmöglichkeiten zunehmend in den Hintergrund treten. Da es für dieses Kriterium keine allgemein verbindlichen Normen gibt, kann es nur kultur- und moralpolitische Normvorstellungen repräsentieren.

Sucht als Metapher

Die allgemeine kulturimmanente moralische Bewertung von Phänomenen und Verhaltensweisen kann zu deren Krankschreibung führen, sie in den Rahmen der medizinischen Metaphorik rücken (Shorter, 1994; Poltrum, 2013). Darüber hinaus hat die US-amerikanische Essayistin Susan Sontag in ihren beiden Texten „Krankheit als Metapher" und „AIDS als Metapher" die Aufmerksamkeit darauf gelenkt, dass im Kulturprozess bestimmte Krankheitsbezeichnungen eine metaphorische Aufladung erfahren. Die Krankheit wird in einen metaphorischen Rahmen gerückt (etwa in die Rhetorik des Krieges), Metaphern werden auf sie übertragen (wie etwa die Pest im Falle von AIDS), was zu einer „metaphorischen Aufblähung" führt, und schließlich kann in diesem Prozess das Krankheitsphänomen selbst einen metaphorischen Stellenwert erlangen. Die Krankheit steht dann für etwas, das „heimtückisch" in den Körper wie in die Gesellschaft „eindringt" und das „bekämpft" werden muss. Die Anwendung der Kriegsmetaphorik wieder trägt zur Stigmatisierung bestimmter Krankheiten und der an ihnen Erkrankten bei. Dieser metaphorische Rahmen lädt Krankheiten moralisch auf und schreibt den Erkrankten individuelle „Schuld" zu, wodurch ein Dualismus zwischen „uns" und „jenen" konstruiert wird.

Die Suchtkrankheit wurde nicht in diesen Interpretationsrahmen gerückt. Dabei sind dem gesellschaftspolitischen Diskurs, der um sie abläuft, all diese Inhalte immanent: Es gibt die militärische Metaphorik – den Krieg gegen Drogen, die Infektionsmetaphorik – der Suchtkranke ist „infiziert" und gibt die Krankheit weiter, die ethnozentrische Metaphorik – die Drogen werden als „kulturfremd" bezeichnet, es wird behauptet, dass sie von Ausländern importiert und von eingewanderten Dealern ver-

breitet werden, selbst die Pestmetapher wurde von Gabriel Nahas bemüht (vgl. Nahas, 1994; „Die weiße Pest des 20. Jahrhunderts"). Folgerichtig unterliegen Suchtkrankheit und Suchtkranke einem vergleichbaren Stigmatisierungsprozess.

Wenn Wanke (1985) in einem Aufsatz zur Begriffsbestimmung der Sucht schrieb, dass Sucht „ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand" (S. 20) ist, dass diesem Verlangen die Kräfte des Verstandes untergeordnet werden und dass es die freie Entfaltung der Persönlichkeit behindert und die sozialen Bindungen und Chancen des Individuums zerstört, betonte er den zerstörerischen Charakter der Sucht und nahm Nora Volkows Rhetorik vorweg. In der professionellen Einstellung zur Droge und zum Drogengebrauch hinterlässt der „war on drugs" seine Spuren, wird zum „war on addiction" und verlagert den Kriegsschauplatz ins „süchtige Gehirn".

Die Verlockung, sich der metaphorischen Aufladung des Suchtbegriffs zu bedienen, ist groß. Auch Persönlichkeiten, die eine kritische Position einnehmen, können ihr nicht widerstehen. So nutzte Paul Parin in seinem Beitrag zu dem Reader „Rausch ohne Drogen" (Batthyani & Pritz, 2009) die negative Konnotation des Suchtbegriffs zu seiner Kritik am Begehren nach Macht: „Ich schlage vor, das Wissen über Sucht als eine Art Sammeltopf von ungenützten wissenschaftlichen und empirischen Erfahrungen zu einer Politologie der Macht anzunehmen. Heute möchte ich sagen, dass es keinen unerforschten Aspekt der Macht und der Mächtigen mehr gäbe, wenn man nur diesen einen Schritt machen wollte: die Macht als Sucht zu betrachten." (Parin, 2009, S. 333) Macht müsse als eine Sucht erfasst werden, die verderblich ist und Verderben bringen kann.

Auf diese Weise fügte Parin dem Arsenal der pejorativen Metaphern, die dem Suchtbegriff zugeordnet werden, eine weitere Variante hinzu.

In Anbetracht der moralischen und metaphorischen Ladung des Suchtbegriffs scheint es angezeigt, ihn sehr restriktiv zu verwenden. Die WHO hatte gute Gründe dafür, den Begriff „Sucht" durch den Begriff „Abhängigkeit" zu ersetzen. In der Zwischenzeit hat sich keine positive Veränderung der Unschärfe und der moralischen Konnotation des Begriffs ergeben. Die metaphorische Ladung hat sich um die Rhetorik des War on Drugs und der neuen Mythologie des „zerebralen Subjekts" noch erweitert. Die Entscheidung der Architekten des DSM-5, den Abhängigkeitsbegriff wieder fallen zu lassen und dafür den Suchtbegriff aufzuwerten, scheint aus dieser Perspektive recht bedenklich.

Unter der aktuellen neurowissenschaftlichen Dominanz hat schließlich diese Wendung weitreichende Bedeutung. Sie führt nicht nur dazu, dass neue Behandlungsmethoden erschlossen werden, deren Problematik noch zu beforschen ist, sondern insgesamt zu einer biologistischen Transformation des Umgangs mit Phänomenen, die früher dem psychosozialen Raum zugeordnet wurden. Während die älteren Einheitsvorstellungen die psychische, charakterologische oder soziale Bedingtheit des Suchtphänomens ins Zentrum gerückt haben, wird heute die Problematik am Zustand des Gehirns festgemacht (Volkow et al., 2016). Diese Umwertung hat politische, soziale und ökonomische Konsequenzen (Vrecko, 2011).

Zusammenfassung und Ausblick

Auf der Suche nach verbindlichen Theorien und Systematisierungen, die einer Erneuerung und Verbesserung der Suchtdiagnostik als Grundlage dienen könnten, haben wir gesehen, dass eine der Grundbedingungen für konsensuelle Diagnostik, die Erkenntnis des Wesens und der Ätiologie des pathologischen Phänomens, bis heute unklar ist. Eine Revision der Entwicklung des Modells der Suchtkrankheit ergibt, dass zunächst ein fundiertes Konzept von Drogenabhängigkeit entstand, das die körperlich fassbaren Phänomene ins Zentrum rückte. Aufgrund der Beobachtung der psychischen Lage der Substanzabhängigen und der Beobachtung, dass vergleichbare psychopathologische Muster auch im Kontext anderer Verhalten zu beobachten sind, entstand ein Universalkonzept der Sucht, in dem zunächst, in Entsprechung zur Konzeptualisierung der frühen Psychiatrie, eine gemeinsame psychopathologische Basis all dieser Verhaltensweisen angenommen wurde und man von einer „Prädisposition" zur Sucht sprach. In diesem Universalkonzept ging man davon aus, dass nicht der Typus der Abhängigkeit, den eine Person gewählt hat, besonderen definitorischen oder klassifikatorischen Rang hat, sondern ein Verlangen, das sich einen Weg der Erfüllung gesucht und gefunden hat. Die Frage, ob die Beobachtung verschiedener Ausprägungen und Erscheinungsformen abhängigen Verhaltens auch die Existenz verschiedenartiger Süchte konstituiert oder ob letztlich alle diese Erscheinungsformen eine gemeinsame Grundkonstellation „Süchtigkeit" repräsentieren, beschäftigt in diesem Kontext die Experten seit der Zeit, in der man sich mit dem Problem auseinanderzusetzen begann. Früher wurde diese Grundkonstellation als biologische (Meynerth; die Repräsentanten

der Degenerationslehre), als psychologische (Stekel, Federn, Gabriel & Kratzmann) oder als psycho-biologische (Rado: Pharmakothymie) Dimension erfasst, heute wird sie erneut als pathophysiologische Gegebenheit angenommen (Volkow, Schaffer). Letztlich führt die aktuelle Suchttheorie die Aufgliederung der Süchte in substanzgebundene und substanzungebundene Sucht ohnehin ad absurdum. Da alle „Süchte" letztlich nur dadurch zur Wirkung kommen, dass sie einen neurobiologischen Ablauf in Gang setzen, sind sie alle „stoffgebunden". Jeder Süchtige ist letztlich von der Materie seines Gehirns abhängig.

Von zentraler Bedeutung für die Klassifizierung abhängig erscheinender Verhaltensmuster ist jedoch auch weiterhin die Beurteilung ihrer Position im komorbiden Spektrum. Ist die Abhängigkeit als Begleitsymptom einer anderen psychischen Störung anzusehen, oder ist das psychopathologische Muster, das bei einer Person diagnostiziert werden kann, als Ausdruck einer „süchtigen Grundstörung" zu verstehen? Mit anderen Worten: Gibt es eine „primäre Abhängigkeitsstörung" oder sind derartige Entwicklungen regelmäßig als Sekundärbildungen zu verstehen, die ihren Platz und ihre Bedeutung innerhalb einer anderen Grundstörung haben? Eine Wesensgemeinschaft mit Zwang und Impulsivität wird selbst von den Vertretern der neuen Suchttheorie festgestellt (Koob & Volkow, 2010). Auch in der DSM-5-Diagnostik werden immer noch die meisten der Störungen, die als „Verhaltenssüchte" klassifiziert werden, nicht unter einer Globaldiagnose „Sucht" erfasst, sondern den „Zwangsstörungen und verwandten Störungen", den „Feeding and eating disorders (Ess- und Futterstörungen)" und den „Impulskontrollstörungen" zugeordnet. Diese Klassifizierung wird wohl auch im künftigen ICD-11 der WHO ihren Niederschlag finden.

Derzeit scheint allerdings ein Trend zu bestehen, alle Ausprägungen erneut unter der Suchtmetapher zu subsummieren. Dieser simplifizierende Trend wird durch neue Behandlungskonzepte und Behandlungstechnologien, die der neurowissenschaftlichen Interpretation der Sucht verpflichtet sind, gefördert. Dementsprechend ist es durchaus möglich, dass in Zukunft analog zur Neu-Klassifizierung des in früheren Versionen des Manuals als Impulskontrollstörung geltenden pathologischen Spielens die Zuordnung zu den Suchten auch auf andere Varianten des Spektrums unangepassten Appetenzverhaltens ausgeweitet wird. Wird doch auf der Website des DSM die derzeit getroffene Entscheidung damit begründet, dass die Spielstörung hinsichtlich ihres klinischen Erscheinungsbildes, ihrer zerebralen Verankerung, ihrer Komorbidität, Physiologie und auch hinsichtlich der Behandlungskonzeptualisierung den substanzbezogenen Süchten ähnle. Mit dieser Argumentation können auch andere problematische Verhaltensweisen recht leicht unter die Suchtmetapher gefasst werden. 2011 stellten z.B. Gearhardt et al. Reflexionen über „Food Addiction" an und Nora Volkow vertrat 2012 vergleichbar, unter Verweis auf die Dopaminhypothese der Sucht, den Standpunkt, dass zwischen Drogensucht und Übergewicht eine Beziehung besteht, die darauf beruht, dass beide Verhaltensweisen als Störungen bezeichnet werden können, in denen die Bedeutung einer bestimmten Art der Belohnung relativ zu anderen Belohnungserfahrungen und -bestrebungen – und auf deren Kosten – abnorm erhöht wird. 2002 hatte sie bereits Reflexionen darüber veröffentlicht, ob es nicht hilfreich sein könnte, eine bestimmte Komponente der Fettleibigkeit als Krankheit des Gehirns zu klassifizieren und ins DSM-5 aufzunehmen.

Mit diesem Paradigmenwandel scheint ein Zugang, der versucht der Komplexität der Suchtphänomene dadurch gerecht zu werden, dass er nicht von einem Entweder-oder ausgeht, sondern im einzelnen Fall Dimensionen des Zwangs, der Impulskontrollstörung und der Süchtigkeit nebeneinander und in Verschränkung erkennt, fürs erste verbaut. Auch in dieser Hinsicht kann er problematische Auswirkungen auf die Problemlage der Erkrankten haben. Die Komplexität der Krankheitsphänomene im Spektrum der Abhängigkeit, die aus einer Verschränkung biologischer Prädisposition, verschiedener – nebeneinander und miteinander bestehender – psychopathologischer Konditionen und lebensgeschichtlicher und umweltbedingter Einflüsse resultiert, erfordert breite Konzepte, die breite therapeutische Interventionen rechtfertigen. Verstehen wir auch weiterhin die „Suchtkrankheit" als Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit und eben nicht nur des Gehirnes, ist es fraglich, ob gegen die neurophysiologischen Determinanten der Süchtigkeit gerichtete „suchtspezifische" medikamentöse Vorstellungen nicht allzu kurz greifen. Die auf der neurowissenschaftlichen Suchtforschung begründete Fokussierung auf „suchtspezifische Behandlungsstrategien", die sich systematisch medikamentöser Manipulation neuromolekularer Prozesse und manipulativer und edukativer psychotherapeutischer Methoden bedienen, kann zu einer Verarmung des therapeutischen Angebotes und zu einem folgenschweren Paradigmenwandel der therapeutischen Zielvorstellung von der Behandlung des suchtkranken Subjekts zur Bekämpfung der Sucht im menschlichen Objekt führen. Insofern

ist auch aus ethischer Perspektive zu diskutieren, inwieweit die biologistische Konzeption nicht neue Formen von Stigmatisierung generiert, die auf einer Privatisierung der Suchtphänomene und der Pathologisierung und Medikalisierung adaptiver neuronaler Vorgänge und psychodynamischer Prozesse beruhen. Peter Cohen äußerte diese Befürchtungen, als er 2002 in kritischer Weise von einer „Volkovianischen Welt" sprach, in der vom „süchtigen Gehirn" gesprochen wird, in der der Drogengebraucher nicht länger mehr ein komplexes menschliches Wesen mit einer langen Geschichte ist und in der die „Person zum versklavten Träger eines derangierten Gehirns reduziert wird."

Literatur

Achab, S. & Khazaal, Y. (2011). Psychopharmacological treatment in pathological gambling: a critical review. *Curr Pharm Des, 17 (14),* 1389-1395.

Basdekis-Jozsa, R., Berner, W. & Briken, P. (2009). Syndrome sexueller Sucht – Phänomenologie, Ätiologie und Therapie. *Sucht, 55,* 357-364.

Batthyány, D. & Pritz, A. (2009). Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Wien, New York: Springer.

Blum, K., Werner, T., Carnes, S., Carnes, P. et al. (2012). Sex, Drugs, and Rock'n'Roll: Hypothesizing common mesolimbic activation as a function of reward gene polymorphisms. *J Psychoactive Drugs, 44 (1),* 38-55.

Bouillier, F. (1877). *Du plaisir et la douleur.* Paris: Imprimerie de E. Martinet/Librairie Hachette.

Brewer, J. A. & Potenza, M. N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol, 75 (1),* 63-75.

Briken, P., Hill, A. & Berner, W. (2005). Sexuelle Sucht: Diagnostik, Ätiologie, Behandlung. *Zeitschrift für Sexualforschung, 18,* 185-197.

Briken, P., Hill, A. & Berner, W. (2009). Syndrome sexueller Sucht. In D. Batthyany & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S. 219-238). Wien: Springer.

Chambard, E. (1893). *Les Morphinomanes.* Paris: Rueff.

Cohen, P. (2009). Die nackte Herrscherin. Die moderne Neurowissenschaft und das Konzept der Abhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32 (3/4),* 61-70.

Erlenmayer, A. (1887). *Die Morphiumsucht und ihre Behandlung.* 3. Aufl. Berlin: Heuser.

Federn, P. (1933). Zunahme der Süchtigkeit. *Die Bereitschaft 13,* 77-79.

Federn, P. (1935). Die Zunahme der Süchtigkeit. In A. Storfer (Hrsg.), *Almanach des Internationalen Psychoanalytischen Verlages (*S. 54-60). Wien.

Federn, P. (1977). Die Zunahme der Süchtigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1 (1/2),* 43-44.)

Flick, U., Hoefert, H. W. & Rosemayer, H. P. (2004). *Stoffungebundene Süchte.* München: Reinhardt.

Gabriel, E. & Kratzmann, E. (1936). *Die Süchtigkeit.* Berlin: Neuland.

Gearhardt, A. N., Marney, A., White, M. A. & Potenza, M. N. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Curr Drug Abuse Rev, 4 (3),* 201-207.

Goldstein, R. Z. & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry, 159 (10),* 1642-1652.

Grant, J. E. & Potenza, M. N. (2004). Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry, 16 (1),* 27-34.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., Cunningham-Williams R. M. et al. (2006). Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry, 163,* 303-312.

Grant, J. E., Kim, S. W., Hollander, E. & Potenza, M. N. (2008) Predicting Response to Opiate Antagonists and Placebo in the Treatment of Pathological Gambling. *Psychopharmacology (Berl), 200 (4),* 521,527.

Grüsser-Sinopoli, S. M., Carolin, N. & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung.* Bern: Huber.

Guimbail, H. (1891). *Les Morphinomanes.* Paris: Bailliere.

Harten, R. (1994). *Sucht – was ist das eigentlich?* Geesthacht: Neuland.

Hollander, E. & Wong, C. M. (1995). Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *J Clin Psychiatry, 56, Suppl 4,* 7-12.

Kim, S.W, Grant, J. E., Adson, D. E. & Shin, Y. C. (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol. Psychiatry, 49,* 914-921.

Klages, L. (1922). *Vom kosmogonischen Eros.* München: Georg Müller.

Koob, G. F. & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology, 35 (1),* 217-238.

Kozian, R. & Otto, F. G. (2003). Pharmacological treatment of kleptomania – review. *Psychiatr Prax, 30 (4),* 216-220.

Lahti, T., Halme J. T., Pankakoski, M., Sinclair, D. & Alho, H. (2010). Treatment of pathological gambling with naltrexone pharmacotherapy

and brief intervention: a pilot study. *Psychopharmacol Bull, 43 (3),* 35-44.

Leung, K. S. & Cottler, L. B. (2009). Treatment of pathological gambling. *Curr Opin Psychiatry, 22 (1),* 69-74.

Lindenmeyer, J. (2004). Vom allgemeinen Defizitmodell zum situationsspezifischen Rückfallrisiko – Anmerkungen zur Sucht-Neurose-Debatte. *Verhaltenstherapie, 14,* 145-146.

Mick, M., Myers J., Ramos A. C., Stokes P. R. A. et al. (2016). Blunted endogenous opioid release following an oral amphetamine challenge in pathological gamblers. *Neuropsychopharmacology, 41 (7),* 1742-1750 (Epub 2015 Nov 10).

Nahas, G. (1994). *La peste blanche de'l XXeme siecle.* Paris: Buchet/Chastel.

Nissen, G. (1994). Sucht und süchtiges Verhalten. In ders. (Hrsg.), *Abhängigkeit und Sucht. Prävention und Therapie* (S. 9-12). Bern: Huber.

Parin, P. (2009). Die Sucht nach Macht. Notizen zu einer Psychoanalytischen Politikwissenschaft. In D. Batthyany & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S. 325-355). Wien: Springer.

Poltrum, M. (2013). Moderne und Postmoderne Modediagnosen. In K. Brücher & M. Poltrum (Hrsg.), *Zur Kritik der diagnostischen Vernunft.* Berlin: Parodos.

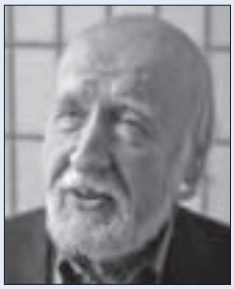
Shaffer, H. J., LaPlante, D. A., LaBrie, R. A. & Kidman, R. C. et al. (2004). Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common etiology. *Harv Rev Psychiatry, 12,* 367-374.

Shorter, E. (1994). *Moderne Leiden. Zur Geschichte der psychosomatischen Krankheiten.* Reinbek: Rowohlt.

Sontag, S. (2003). *Krankheit als Metapher und Aids und seine Metaphern.* München: Hanser.

Springer, A. (2009a). Suchtforschung in Wien. Ein historischer Exkurs. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32 (3/4),* 7-17.

Springer, A. (2009b). Sollen „stoffungebundene Süchte" als eigene Krankheitskategorie gelten? In D. Batthyany & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte.* Wien: Springer.



Univ.-Prof. Dr. Alfred Springer
Psychotherapeut, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, ehem. Leiter des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Suchtforschung (Wien) und Herausgeber der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung
alfred.springer@meduniwien.ac.at

Springer, A. (2013). Zur Problematik der Suchtdiagnostik. In K. Brücher & M. Poltrum (Hrsg.), *Zur Kritik der diagnostischen Vernunft.* Berlin: Parodos.

Springer, A. (2016). Kampfzone Gehirn – kritische Befunde zu Missbrauchsbehinderung und „arzneimittelgestützter Abstinenzbehandlung". *Suchtmedizin, 18, 5,* 243-260.

Stekel, W. (1922). *Impulshandlungen.* Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg.

Tebartz van Elst, L. (2009). Von der Traumdeutung zur Hirndeutung. Wie aus statistischen Ergebnisabbildungen Rorschachbilder einer diffusen Theorie des Geistes werden. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32 (3/4),* 41-46.

VPM (Verein zur Förderung der psychologischen Menschenkenntnis) (1991). *1. Internationales Symposium gegen Drogen in der Schweiz: Wege zu einer drogenfreien Gesellschaft und Pathophysiologie der Rauschgifte.* Zürich: Verlag Menschenkenntnis.

Verhaltenssüchte: Sexsucht, Spielsucht & Co. Öffentliches Gesundheitsportal des Bundesministeriums für Frauen und Gesundheit. https://www.gesundheit.gv.at > Home > Krankheiten > Abhängigkeit/Sucht Gesundheit.gv.at (abgefragt am 04. 08. 2016).

Volkow, N. D., Fowler, J. S. & Wang, G. J. (2004). The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacology, 47,* 3-13.

Volkow, N. D. & O'Brien C., P. (2007). Editorial: Issues for DSM-V: Should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry 164 (5),* 708-710.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D. & Baler R. (2012). Food and drug reward: overlapping circuits in human obesity and addiction. *Curr Top Behav Neurosci, 11,* 1-24.

Volkow, N. D., Koob, G. F. & McLellan, A. Th. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *N Engl J Med, 374,* 363-371.

Vrecko, S. (2011). On the political economy of the "gambling brain". In F. Ortega & F. Vidl (Eds.), *Neurocultures.* Frankfurt am Main: Peter Lang.

Wanke, K. (1985). Normal – abhängig – süchtig: Zur Klärung des Suchtbegriffs. In Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), *Süchtiges Verhalten. Grenzen und Grauzonen im Alltag. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 27.*

Werdenich, W. & Padlesak, S. (2000). „F 63" Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 417-432). Wien: Springer.

Psychoanalytische Therapie der Sucht

Wolf-Detlef Rost

1 Einleitende Bemerkungen

Seit nunmehr über 35 Jahren arbeite ich therapeutisch mit alkoholabhängigen Patienten, und die Erstauflage des Buches „Psychoanalyse des Alkoholismus“ liegt auch schon dreißig Jahre zurück. Seit der Niederschrift dieser Monographie – damals wohl ermöglicht durch die Unbefangenheit des Berufsanfängers – sind geschätzt an die 30.000 Stunden Erfahrung in der psychotherapeutischen Behandlung von Alkoholikern und anderen Süchtigen – die Grenzen verschwimmen hier bekanntlich zunehmend – hinzugekommen. Als erstes ist dabei festzuhalten: jeder dieser Patienten ist, unbenommen der durchaus vorhandenen Parallelen zu anderen, eine ganz spezifische Persönlichkeit, die sie von jedem anderen Fall unterscheidet. Meine damals aufgestellte Prämisse, dass es „den Alkoholiker“ nicht gibt, möchte ich daher auch heute unbedingt unterstreichen.

Damals habe ich ein Modell vorgeschlagen, das anhand der Geschichte der Psychoanalyse von der Triebpsychologie über die Ichpsychologie bis hin zu den Konzepten der primären kindlichen Entwicklung, der Selbstpsychologie oder Narzissmustheorie und der Objektpsychologie nach Melanie Klein, unterschiedliche Fixierungspunkte der Störungen zu erfassen sucht, die einer Sucht zugrunde liegen können. In seiner Vereinfachung tut dieses Modell der psychoanalytischen Theorie etwas Gewalt an, indem es verschiedene Ansätze verkürzt und mehr oder minder unverbunden nebeneinander stellt. Es ist daher auch zu Recht kritisiert worden (z.B. Tress, 1985). Ein sehr gutes aktuelles psychoanalytisches Modell findet sich auch in **rausch** 1-2013: Alfred Springer, Psychoanalyse der Sucht.

Bis heute habe ich jedoch keine bessere Lösung für das Faktum gefunden, dass Alkohol als *die* Droge unserer Gesellschaft bei ganz unterschiedlichen Biographien, Verläufen, Persönlichkeiten und Lebenskrisen im Übermaß konsumiert wird und zu einer – zumindest zeitweiligen – Abhängigkeit führen kann. Zu sehr ist in unser therapeutisches Denken die Vorstellung eingegangen, dem Alkoholismus läge immer eine schwere und frühe Persönlichkeitsstörung zugrunde; so hat z.B. Voigtel (2015) in einer jüngeren Publikation die „süchtige Persönlichkeit“ beschrieben, die es zwar zweifellos gibt, womit man aber ebenfalls nicht allen Abhängigkeitskranken gerecht werden kann. Vor allem trägt die generelle Unterstellung einer schweren Grundstörung zu einer meines Erachtens nicht vertretbaren Ablehnung von Patienten durch Therapeuten und insbesondere Psychoanalytikern bei, die sich oft weigern mit Alkoholikern therapeutisch zu arbeiten. Leider werden Patienten, die bei der Therapieplatzsuche etwas von „Sucht“ verlauten lassen, oft schon am Telefon abgewimmelt. Daher vertrete ich weiterhin: Gerade eine ubiquitäre Droge wie der Alkohol kann in ganz unterschiedlichen Situationen und Entwicklungen zu einem massiven Abusus und einer zumindest vorübergehenden Abhängigkeit führen. Deshalb skizziere ich hier nochmals kurz mein in 1985 und 1987 entwickeltes Modell.

2 Das psychoanalytische Theoriemodell

Das theoretische Modell der Psychoanalyse hat sich bereits zu Freuds Lebenszeiten, erst recht in seiner Nachfolge, zunehmend differenziert, wobei von einer einheitlichen, in sich konsistenten Theorie, leider bis heute nicht gesprochen werden kann. Mit dem „frühen“ Sigmund Freud verbinden wir neben der Traumdeutung vor allem seine Schriften zur Sexualität; wir können die frühe Psychoanalyse etwas vereinfachend auch als eine *Triebtheorie* bezeichnen, weil sie in besonderm Maße die Entwicklung und Unterdrückung des menschlichen Triebleben zum Gegenstand hat, zentriert um den sogenannten *„Ödipuskomplex“*, wo es um die Beziehungsaufnahme zur „Dritten Person“, dem

Vater geht. Dies erfolgt etwa ab dem dritten bis vierten Lebensjahr und setzt eine geglückte primäre Entwicklung, d.h. eine insgesamt gelungene Beziehung zur Mutter und die Entstehung der Persönlichkeit, eines eigenen *„Ichs"* voraus.

Nun leitete Freud um 1920 selber einen Paradigmenwechsel ein und fokussierte stärker auf die frühere kindliche Entwicklung, indem er die sogenannte *„Ich-Psychologie"* oder *„Strukturtheorie"* einführte mit den drei Instanzen des Es, Ich und Über-Ich, wobei das Hauptinteresse darauf gerichtet wurde, wie sich das *„Ich"* des Kindes entwickelt, strukturiert und differenziert. Begriffe wie Ich-Stärke, Ich-Grenzen und die Ich-Funktionen wie Beziehungsfähigkeit, Affektsteuerung und Frustrationstoleranz werden in der Folge diskutiert. Es ist unschwer zu erkennen, dass es hier um elementarere Prozesse geht als im triebpsychologischen Modell mit dem ödipalen Konflikt, Prozesse, die in der Entwicklung des Kindes auch früher liegen. Später verlagerten manche Analytiker ihr Augenmerk auf noch elementarere Entwicklungen und damit auch Störungen, denn auch die „Ich-Psychologie" setzt ja ein gewisses „Urvertrauen", eine gelungene Beziehung zur ersten Bezugsperson voraus. Sind jedoch auch die allerersten Entwicklungsschritte gestört, also bereits die Aufnahme der primären Beziehung zur Mutter, finden wir eine noch tiefergehende Störung. Mit dieser Phase der Entwicklung befasst sich eine Richtung, die den unschönen Namen *„Objektbeziehungstheorie"* trägt.

Für unser Thema ist es wichtig, diagnostisch zu erfassen, welche Bereiche der Persönlichkeit im jeweiligen Fall gestört sind und welche spezifische Funktion dem Suchtmittel in der Krankheitsbewältigung zukommt. Notgedrungen sind es immer wieder die schwerwiegenderen Formen und Verläufe, die unser besonderes Augenmerk erfordern, so dass die weniger dramatischen Fälle nicht solche Beachtung finden. Ich möchte jedoch an dieser Stelle nochmals hervorheben: Grundsätzlich kann fast jede psychische Struktur zumindest zeitweise zur Grundlage einer Sucht werden – selbst die sogenannte Neurose, die für uns Analytiker gewissermaßen das „Normale" darstellt; sie kann in dem hier verwendeten Sinne ebenfalls die Grundstörung einer Sucht sein. Unsere Erfahrung lehrt allerdings, dass wenigstens dem chronischen Alkoholismus in der Regel eine schwerwiegende, d.h. über die klassische Neurose hinausgehende Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt, was neben dem Alkoholabusus auch eine vielschichtige psychische Symptomatik und eine hohe Bereitschaft zum Symptomwechsel bedeutet.

2.1 Neurose und Alkoholabusus

Neurosen sind in psychoanalytischer Sicht eine normale Entwicklung mit der Konfliktlösung einer relativ reifen, bis zum ödipalen Niveau entwickelten Persönlichkeit. Manche neurotische Konflikte können zumindest zeitweise zum Anlass von exzessivem Trinken werden. So können z.B. massive und kaum noch zu ertragende Schuldgefühle Ursache von Alkoholmissbrauch sein. Hintergrund ist in vielen Fällen eine ungelebte ödipale Liebe und die nicht bewusst zugelassene Identifikation mit einem alkoholabhängigen Elternteil – meist dem Vater. Im Trinken wird diese Identifikation ausgelebt, und die eigene Therapie steht oft stellvertretend für die Hilfe, die dem Vater nicht gegeben werden konnte. Solche Patienten nehmen dann rasch eine Helferrolle ein und werden unter Umständen selber bald Suchtkrankenhelfer. Ein chronischer Alkoholismus ist hier eher selten, so dass ich mir weitere Ausführungen zu dieser Gruppe sparen möchte. Allgemeines Stichwort zu dieser Gruppe: Trinken aus Schuldgefühl.

2.2 Alkohol als Selbstheilungsmittel

Häufiger finden wir bei Alkoholikern sogenannte „ichschwache" Persönlichkeiten. Hier ist durch mangelnde Bestätigung und Förderung des Kindes, gelegentlich auch durch übermäßige Verwöhnung oder infolge einer konstitutionellen Schwäche, das Ich nicht hinreichend entwickelt, um die für das alltägliche Leben erforderlichen Anpassungsleistungen zu vollbringen. Die Affekttoleranz ist gering, oft auch eine Affektdifferenzierung ungenügend geblieben. Gefühle drohen das schwache Ich dann zu überwältigen, die Frustrationstoleranz, die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung sind gering. Vor allem sind die Ichgrenzen, sowohl gegen die eigenen, inneren Affekte, wie gegen die von Außen kommenden Ansprüche, zu schwach. Der Alkohol ist hier ein zunächst wirkungsvolles Hilfsmittel, das *„Selbstheilungsmittel"* eines schwachen Ichs. Er dämpft die bedrohlichen Affekte, schirmt gegen die überflutenden äußeren Reize ab, lässt die Welt in einem rosigen Licht erscheinen. Das Problem dabei ist natürlich, dass der Alkohol nichts wirklich verändert, sondern die Probleme, spätestens dann, wenn im Übermaß getrunken wird, noch verschärft. Der Betroffene wird in einem Teufelskreis immer unfähiger, seine Gefühle und Beziehungen aus sich heraus zu bewältigen, er geht, wie der Psychoanalytiker Radò (1934) das in den dreißiger Jahren nannte, zu einer „phar-

makothymen Steuerung des Ichs“ über. Dasselbe gilt natürlich auch für Medikamenten- und Drogenabhängige.

Der Süchtige begegnet uns in der Regel erst dann, wenn dieses System zusammengebrochen ist. Klar ist, dass er nur unter der Bedingung der Abstinenz von der Droge zu behandeln ist. Dies bedeutet aber auch, dass seine Ichschwäche erst jetzt deutlich wird und ihm zu schaffen macht, weil er seines bisherigen Hilfsmittels beraubt ist. Die Aufgabe der Therapie wird dann sein müssen, seine Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung und -tolerierung zu entwickeln, sein Ich zu stärken, die Ichgrenzen zu festigen. Darauf zielen die Behandlungskonzepte der Fachkliniken, die Strukturen und äußere Grenzen setzen, an denen der Patient seine Probleme durcharbeiten kann, und die er schließlich verinnerlichen soll.

Das Problem ist, dass es sich um Prozesse handelt, die in der normalen kindlichen Entwicklung einiger Jahre bedürfen und in einer Therapie nicht beliebig zu verkürzen sind. Nach der Entlassung aus der Klinik kommt dann irgendwann der Rückfall, oder es gelingt dem Patienten, sich mittels zwanghafter Rituale oder Ersatzbildungen wie etwa einer Arbeitssucht trocken zu halten. Das ist eine lebenserhaltende Maßnahme, jedoch keine Bearbeitung der strukturellen Ichschwäche des Patienten. Die Idee der Anonymen Alkoholiker, den ersten Tag der bewussten Trockenheit als neuen Geburtstag zu feiern, an dem eine jahrelang sistierte psychische Entwicklung erst wieder einsetzen kann, bringt diese Problematik in einer intuitiven psychodynamischen Einsicht auf den Punkt.

Wichtig für diese Patientengruppe ist, um das nochmals zusammenzufassen, dass der Drogenkonsum der Versuch einer – natürlich zum Scheitern verurteilten – Selbstheilung des Ichs darstellt, mit Hilfe der Droge sollen die Defizite und Schwächen in den Ichfunktionen kompensiert werden. Diese Patienten bilden die größte Gruppe unter den Abhängigen und lassen in der Abstinenz oft Schwierigkeiten mit ihrer Alltags- und Lebensbewältigung offenbar werden und weisen eine hohe Bereitschaft zum Symptomwechsel auf: Schlaflosigkeit, Ängste, Depressionen, Zwänge, psychosomatische Erkrankungen und nicht zuletzt Suchtverlagerungen auf Essen, Arbeit, Glücksspiel, Pornographie, Internet und Computer. Schon einige dieser Patienten haben dann bei mir irgendwann mal geäußert: „Solange ich noch getrunken habe, hatte ich ja gar keine Ahnung, wie schlecht es mir wirklich geht.“

2.3 Sucht als Selbstzerstörung

Nicht übersehen werden sollte, dass es noch eine dritte Gruppe von Abhängigkeitskranken gibt, bei der – keineswegs nur als ungewollte toxische Nebenwirkung des Suchtmitttels – die *Selbstzerstörung* im Vordergund steht. In meinen Arbeiten genießt diese Gruppe eine besondere Beachtung, da ich der Auffassung bin, dass sie in der Suchttherapie wie in der Psychoanalyse zu oft vernachlässigt wird, und das wiederum liegt wohl daran, dass wir Therapeuten hier kapitulieren vor der Schwere der Grundstörung oder die Augen verschließen vor dem Ausmaß der allgemeinen Zerstörung, obwohl es hier offen auf der Hand liegt, dass der Alkohol nur ein Symptom unter anderen und eben nicht die Krankheit an sich ist.

Ich meine jene Patienten, die uns schon vom ersten Gespräch an eine schlimme Biographie entfalten, die voll ist von Traumatisierungen und Unglücken bis weit zurück in die Kindheit. Hier werden wir konfrontiert mit dem Tod von Vater oder Mutter, schlimmsten familiären Exzessen, Mißbrauchserfahrungen, Gewalt oder einer Kette von Unfällen, Krankheiten, Suizidversuchen und eben auch Alkohol- oder Drogenexzessen. Es sind Patienten, die oft haarscharf an der Grenze zum Tod vorbeigeschrammt sind, und wir spüren rasch, dass es hier um ganz existentielle Fragen und Prozesse, um Sein oder Nichtsein geht. Es fehlt diesen Menschen buchstäblich die Erlaubnis zum Leben; in analytischer Sprache fehlen die guten inneren Objekte als Kern des Selbst, die ein einigermaßen gesundes Leben ermöglichen könnten.

In modernerer psychoanalytischer Terminologie spricht man hier von Störungen auf dem Borderline-Niveau, wobei es nach meiner Einschätzung bei allen fließenden Grenzen doch auch gewisse Unterschiede zu den typischen Borderline-Erkrankungen gibt. Zum einen gewinnt bei den meisten Borderline-Patienten das Suchtmittel nicht einen solch zentralen und beständigen Objektcharakter, sondern der Suchtmittelabusus bleibt ein eher passageres Symptom. Zum zweiten faszinieren viele Borderline-Charaktere als ausgesprochene Lebenskünstler, während bei den Süchtigen, die ich hier meine, die Autodestruktion mittels der Droge und anderer Mechanismen im Vordergrund steht.

Diese Süchtigen suchen mittels des Alkohols sich selbst, respektive ein verinnerlichtes böses Objekt zu vergiften, wie dies Psychoanalytiker bereits seit den dreißiger Jahren beschrieben haben (Glover, 1933; Simmel, 1948). Es handelt sich also um eine basale Störung

der Identität, einen Mangel an Urvertrauen, der dazu führt, dass die Selbsterhaltungstriebe, der Überlebenswille gestört sind.

Dies erklärt sich für mich am besten auf dem Hintergrund der Theorie Melanie Kleins, die nach Metaphern für die ersten Lebensprozesse des Kindes suchte. Nach ihrer Auffassung erlebt sich das Kind aufgrund seiner noch mangelnden kognitiven und integrativen Fähigkeiten nicht als eine einheitliche Person und nimmt auch die Mutter nicht als solche wahr, sondern sieht sich den Kräften, die es beeinflussen, hilflos ausgeliefert. Unlusterfahrungen, Schmerz, Hunger und Einsamkeit drohen es zu überwältigen, und es sucht deren Ursache in einer bedrohlichen Macht, der „bösen Brust", zu der es kompensatorisch die „gute Brust" aufbaut, in die es all seine positiven Erfahrungen projiziert. Eine normal günstige Entwicklung vorausgesetzt, sollten die positiven Erfahrungen überwiegen; das Kind identifiziert sich mit der guten Brust, die per Internalisierung zum inneren Objekt und zum Kern seines Selbst wird. Die böse Brust wird oral-kannibalistisch angegriffen und auf diesem Wege allerdings ebenfalls verinnerlicht. Nach meinem Eindruck ist beim Süchtigen dieser Gruppe die gute Brust zu schwach, und er bleibt auf die Ebene der oral-kannibalistischen Auseinandersetzung mit der bösen Brust fixiert.

Ich verdeutliche diese schwer verständlichen Metaphern gerne an der Dynamik einer anderen Suchtform, der Bulimarexie: Kaum eine Bulimarektikerin isst mit Genuss, sondern sie stopft das Essen anfallsartig, gierig und voller Wut und Hass in sich hinein, wobei dieser Hass ein tiefsitzender Selbsthass und der Mechanismus selbstzerstörerisch ist. Ist die Nahrung dann verschlungen, fühlt sich die Bulimarektikerin nicht gesättigt, sondern vielmehr vergiftet, denn sie hat in ihrem Anfall die böse Brust verschlungen, bzw. hat sich das „gute Essen" auf dem Weg ins Körperinnere über die Kontamination mit dem negativen Selbst in diese verwandelt, und ihre einzige Möglichkeit, die böse Brust wieder loszuwerden ist, die Nahrung zu erbrechen. Erst dann hat sie einen Moment der Ruhe und Entspannung. Ihr Suchtzirkel ist also darauf gerichtet, Nahrung zu vernichten, ins Klo zu befördern, und dies mittels des Umwegs über den eigenen Magen.

Ein ähnlicher Mechanismus im ständigen Wechsel von Innen und Außen, Introjektion und Projektion, findet sich bei jeder Form autodestruktiver Sucht. Die Sucht bewegt sich permanent an der Grenze von Innen und Außen; es fehlt die Symbolisierungsfähigkeit. Das Suchtmittel ist in der psychischen Entwicklung noch vor dem Übergangsobjekt nach Winnicott angesiedelt. Im Gegensatz etwa zum Borderline-Patienten verfügt der Süchtige nicht über eine stabile Gut-böse-Spaltung, sondern bleibt gefangen in einer permanenten Ambivalenz. Überwiegend identifiziert ist er jedoch mit der bösen Brust.

Das therapeutische Dilemma ist, dass solche Patienten hinsichtlich der Abstinenz oft hochmotiviert sind, diese allein ihnen allerdings wenig nützt, weil sie dann andere Mittel und Wege zur Selbstzerstörung finden. Sie können ihr Leben nicht annehmen, dürfen es sich nicht gut gehen lassen, und da wir in dieser Gruppe zugleich oft recht ichstarke Persönlichkeiten finden, kann das verhängnisvolle Konsequenzen haben, z.B. die, dass der Patient eben nicht mehr rückfällig wird, sondern, wenn er merkt, dass er es nicht schaffen kann trocken zu leben, sich suizidiert. Alkoholiker sind eine Patientengruppe mit einer extrem hohen Suizidquote, besonders die letztgenannten, und dies gerade in Phasen der Abstinenz. Die Gefährdung dieser Patienten durch Suizid, Unfälle, Suchtmittelwechsel oder schwere Erkrankungen, ihre vielfältige Traumatisierung muss in der Therapie unbedingt berücksichtigt werden. Sadistische Therapierituale können diese Patienten angesichts ihrer Autodestruktivität zumindest zeitweise entlasten, ermöglicht ihnen zu externalisieren. Eine aggressive Gegenübertragung kann hier also hilfreich sein, allerdings nur als eine Externalisierung der malignen Introjekte; sie bringt zunächst keine innere Entwicklung, keine Strukturveränderung.

Bei stark autodestruktiven Patienten darf therapeutisch nicht zu viel erwartet werden, und es ist oft schon genug, hier ein *Überleben* zu ermöglichen. Meines Erachtens relativiert sich dabei mitunter sogar der Stellenwert der totalen und dauerhaften Abstinenz, da sie den Patienten dazu führen kann, sich andere und radikalere Wege zu seiner Selbstzerstörung zu suchen, z.B. den Suizid.

3 Die Praxis der ambulanten Psychotherapie der Sucht

Dieses Modell liefert für die diagnostische Einschätzung eine grobe Orientierung. Für die Therapieplanung ist es wichtig zu differenzieren, wie tiefgreifend die hinter dem „Symptom Sucht" stehende Grundstörung ist, insbesondere, ob ein autodestruktives Muster vorliegt. Dies ist die wichtigste Basisinformation für die therapeutische Praxis, denn je schwerer ein Patient gestört ist, desto mehr sollte man sich vor einem aufdeckenden und regressionsfördernden Arbeiten hüten. Gerade bei Patienten

mit autodestruktiven Anteilen muss man sich immer fragen: Kann ich der Geister, die ich hier rufe, wirklich Herr werden? Wenn man sich hier nicht sicher ist, sollte man das, was man an destruktiven inneren Objekten erkannt hat, lieber für sich behalten und eine maligne Regression vermeiden. Eine intensivere analytische Therapie, geschweige denn das „Couch-Setting", Schweigen und übermäßige therapeutische Zurückhaltung haben bei süchtigen Patienten in den ersten Jahren der Alkoholabstinenz keinen Platz. Die positive Übertragung sollte geschützt werden; die Thematisierung negativer Anteile in der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung sollte man lieber auf einen späteren Zeitpunkt verschieben. Die Bearbeitung der negativen Übertragung mag ein hehres therapeutisches Ziel sein, aber sie gelingt leider in den seltensten Fällen.

So gesehen plädiere ich also für eine ausgedünnte und „verwässerte" analytische Psychotherapie bei Süchtigen mit einer gleitenden Grenze zur tiefenpsychologisch fundierten Behandlung. Dieses eher pragmatische Vorgehen entspricht meines Erachtens der Realität der therapeutischen Arbeit mit Süchtigen wie übrigens der heutigen psychoanalytischen Praxis insgesamt, in der intensive „klassische" Psychoanalysen eher eine Seltenheit geworden sind.

Süchtige Patienten – sie stellen etwa achtzig Prozent meiner Praxisklientel – suchen mich meist auf, weil sie mit den mit der Abstinenz auftretenden Problemen wie Schlafstörungen, Ängsten, Phobien, Depressionen, Zwängen, körperlichen Symptomen und Schmerzzuständen, Beziehungskonflikten etc., nicht mehr alleine fertig werden. Ich beantrage zunächst eine 25-stündige Kurzzeitpsychotherapie (ich spreche hier von den aktuellen deutschen Therapierichtlinien), weil es nach meiner Erfahrung am Beginn der Therapie zu vielen Behandlungsabbrüchen kommt und die Motivation und die zur Behandlung erforderliche Stabilität vielleicht nicht hinreichen. Wenn sich Süchtige erst einmal auf eine Beziehung zum Behandler eingelassen haben, sind sie „treu" und bleiben meist sehr lange und zuverlässig in der Therapie. In den ersten zwanzig Stunden erlebe ich mich allerdings als austauschbar und nicht als Person wahrgenommen. Ich selegiere relativ wenig bei der Auswahl meiner Patienten, d.h. ich behandle derzeit sowohl Abhängige, die die Therapie nach langjähriger Sucht und dadurch bedingter krimineller Karriere als Gerichtsauflage machen oder lange und wiederholt in stationärer Behandlung waren, wie sogenannte „Edelalkoholiker", also sozial integrierte und materiell gut gestellte Akademiker oder Geschäftsleute.

Bedingung für eine ambulante Therapie bei mir ist die Fähigkeit zu einer zumindest *überwiegenden Abstinenz,* weil jeder therapeutische Fortschritt sonst „weggesoffen" wird und die Droge letztlich immer das mächtigere Übertragungs- und Liebesobjekt ist. Süchtige in einem total „nassen Stadium" kann ich nicht behandeln. Ich vermittele diese in eine stationäre Entgiftung bzw. Entwöhnung. Optimalerweise behandele ich im Anschluss an eine stationäre Entwöhnung. Dies ist aber nicht immer zu leisten, und nicht wenige, auch Schwerst-Abhängige, erreichen eine Abstinenz übrigens auch ohne Klinik. Die Bandbreite der stationären Vorbehandlungen bei meinen Patienten variiert somit von null Tagen bis über drei Jahre.

Das Besprechen von Problemen im Umgang mit bzw. der Aufrechterhaltung der Abstinenz vom Suchtmittel („Wie das erste Glas stehen lassen?") vermeide ich möglichst; dafür halte ich den Austausch mit anderen Betroffenen für sinnvoller. Daher begrüße und unterstütze ich, wenn der Patient parallel zur Therapie eine Selbsthilfegruppe besucht (bei Alkoholabhängigen bevorzugt die Anonymen Alkoholiker), was meistens aber ohnedies der Fall ist. Allerdings gibt es nicht wenige Alkoholiker, die so ausgeprägte soziale Ängste aufweisen, dass sie eine Gruppensituation gar nicht aushalten können. Auch diese haben durchaus die Chance, abstinent zu werden. Ferner treffe ich einen mündlichen Behandlungsvertrag in etwa der folgenden Form:

„Ihre Behandlung sollte unter der Abstinenz vom Suchtmittel erfolgen. Da ich Sie aber nur ein-/zweimal die Woche sehe, kann und will ich diese im Gegensatz zu einer stationären Einrichtung nicht kontrollieren. Die Grundlage unserer therapeutischen Beziehung ist die Offenheit, gerade hinsichtlich des Suchtmittels; deshalb kann ich einen Rückfall auch nicht sanktionieren, weil ich Sie sonst zum Lügen verführen würde. Wenn Sie mir einen Rückfall verschweigen, belügen Sie nicht mich, sondern im Endeffekt sich selbst, weil die therapeutische Arbeit dann sinnlos wird."

Der Rückfall gehört zur Psychotherapie, da sich das Symptom ja nicht einfach verbieten lässt. Er wird meiner Erfahrung nach spätestens nach einigen Wochen „gebeichtet" und ist in aller Regel auch als ein Hinweis auf Konflikte oder Störungen in der therapeutischen Beziehung zu sehen, die damit der Bearbeitung überhaupt erst zugänglich werden. Somit bietet der Rückfall auch ein therapeutisches Potential, ist jedoch aufgrund des destruktiven Charakters einer Suchterkrankung stets ernst zu nehmen, ohne dabei in Panik verfallen zu müssen.

Äußerstenfalls muss eine stationäre Entgiftung zwischengeschaltet werden, nach der die Behandlung fortgeführt wird. Es sollte möglichst nicht mit der Sanktion „Therapieabbruch bei Rückfall" gedroht werden. In der Praxis wird sich die therapeutische Beziehung ohnedies rasch auflösen, wenn das Suchtmittel wieder zum beherrschenden Liebesobjekt geworden ist. Rückfälle kommen unvermeidlich immer wieder vor, manchmal auch als Ausdruck einer Krise in der therapeutischen Beziehung. Rückfälle müssen bearbeitet werden und sind im therapeutischen Prozess nicht selten eine Chance zu einer Bewegung nach vorne. Ziel ist es, dass Patient und Therapeut offen und bewusst, ohne Verleugnung oder Bagatellisierung, aber auch ohne Angst und Dramatisierung, gemeinsam mit dem Symptom umgehen können, wenn es denn wieder aufgetreten ist.

Übrigens denke und arbeite ich hinsichtlich des Suchtmittelgebauchs eher „traditionell", das heißt, ich gebe der Totalabstinenz gegenüber den Versuchen zum „kontrollierten Tinken" den Vorzug. Die vollständige Abstinenz und der sich damit allmählich entwickelnde Abstand zum Suchtmittel scheint mir letztlich ein leichter zu gehender Weg als die permanente Kontrolle des Konsums zu sein, und ich zolle der Leistung einer Totalabstinenz einen hohen Respekt, was ich den Patienten auch zu vermitteln suche. Das heißt nicht, dass ich im Laufe der Jahre nicht auch Versuche des kontrollierten Trinkens unterstützt hätte, ebenso die therapeutische Begleitung bei Substitution. Die Totalabstinenz ermöglicht jedoch einen größeren Abstand vom „Liebesobjekt Suchtmittel" und eine viel tiefere therapeutische Arbeit und Bereitschaft zur Veränderung, der kontrollierter Konsum, Substitution und manchmal auch die Medikation mit Psychopharmaka eher im Wege stehen. Aber dieses wäre ein Thema für sich, das ich im Vorwort der Neuausgabe der „Psychoanalyse des Alkoholismus" (2009, S. XX-XXVII) ausführlicher abgehandelt habe.

Nach der Kurzzeittherapie und einer differenzierten Diagnose der zugrunde liegenden Störungen und Psychodynamik beantrage ich bei der Krankenkasse, wenn vertretbar, eine analytische Psychotherapie, die je nach Fall mit ein bis zwei Wochenstunden in der beschriebenen aktiveren Technik bis zur in Deutschland geltenden Höchstgrenze von 300 Stunden durchgeführt wird.

Was ist nun im Endeffekt „das Psychoanalytische" bei der hier skizzierten Art der Therapie der Alkoholabhängigkeit? Zentral sind m.E.: *die stabile und zeitüberdauernde Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation mit einer Objektkonstanz,* wenn möglich über viele Jahre hinweg, oft in einer Art von „Intervalltherapie". Dies unterscheidet letztendlich eine psychoanalytisch angelegte Therapie von allen anderen. Es ist nicht die Frage einer spezifischen analytischen Technik, nicht etwa eines deutenden oder aufdeckenden Vorgehens; es ist vielmehr die Arbeit mit Übertragung und Gegenübertragung in einer *langen Beziehung,* geprägt von der Gelassenheit des Therapeuten, seinem Aushalten und seinem Vertrauen. Dies möchte ich an einem Fallbeispiel verdeutlichen.

3.1 Die Therapie von Frau A.

Die jetzt 45-jährige Frau A. kenne ich seit November 2000, also seit 16 Jahren. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie bereits fast ein Jahr ihres Lebens in stationärer Behandlung bzw. Rehabilitation verbracht. Erstmals war sie im Alter von 19 für mehr als drei Monate in einer psychosomatischen Universitätsklinik wegen einer Anorexie behandelt worden. Damals hatte sich die sehr große Patientin auf unter 43 kg heruntergehungert und war kollabiert. Ihr Gewicht stabilisierte sich auf niedrigem Niveau, aber sie ernährte sich in der Folge zunehmend „flüssig", d.h. mittels Alkohol. Zudem kiffte sie täglich und rauchte mindestens 30 Zigaretten am Tag; außerdem „Schnippeln" und anderes selbstverletzendes Verhalten. Wie so oft wandelt sich die Anorexie in eine schwere Bulimarexie. Das Essen, Erbrechen und ihr Gewicht sind auch in den ersten Jahren der Therapie bei mir ein ständiges Thema.

Die intelligente Patientin traute sich nach dem Abitur kein Studium zu und arbeitete zunächst im Gastronomiebereich, um schließlich eine Ausbildung zur Erzieherin zu machen. Hier fühlte sie sich rasch überfordert, und zwar nicht wegen der Arbeit mit den Kindern, sondern weil sie die Kontakte mit deren Eltern – wie auch mit den anderen Erzieherinnen – nicht aushielt, sich dann stets als klein und minderwertig erlebte, und vor Elternabenden zuletzt eine regelrechte Panik entwickelte.

Die Patientin war erstes Kind sehr junger Eltern. Die Mutter war bei ihrer Geburt erst 19 und noch Schülerin, der Vater 24. Besonders die Mutter habe sich durch das Kind um ihre Jugend gebracht gefühlt; sie erlebte sich angebunden, blockiert und in ihrem Studium gestört. Dafür machte sie stets die Patientin verantwortlich, besonders aber dafür, dass diese sie in die verhasste Ehe mit einem ungeliebten Mann gezwungen habe. Den gut drei Jahre jüngeren Sohn kann die Mutter hingegen annehmen. Hinzu kommt, dass die Eltern sich nicht verstehen, ständig streiten, und sich schließlich

trennen. Es kommt zu einer Spaltung der Familie: Die Mutter erkennt in der Patientin ihren Ex-Ehemann wieder, während der Bruder eben das Kind der Mutter ist. Die Patientin bleibt jedoch bei der Mutter, die das Mädchen unverhohlen ablehnt. Die Mutter entwickelt einen zunehmenden Alkoholabusus, hat immer neue Freunde, die das Mädchen gemeinsam mit der Mutter drangsalieren und erniedrigen, bis diese schließlich aus dem Hause flieht und mal alleine, mal in Wohngemeinschaften oder beim Vater wohnt.

Ich habe in meiner langjährigen Praxis selten einen solchen Hass einer Mutter auf ihre Tochter erlebt. Auch in den ersten Jahren der Behandlung bei mir ruft die Mutter die Patientin des Öfteren nachts und im alkoholisierten Zustand an, um sie zu beschimpfen, sie für ihr ganzes Elend und ihr verkorkstes Leben verantwortlich zu machen. Immer wieder versucht Frau A., Zuwendung und Anerkennung von der Mutter zu bekommen. Dies hatte sie schon als Kleinkind verzweifelt versucht, indem sie sich an die Mutter anklammerte und ihr alles recht zu machen versuchte, aber nie Zärtlichkeit und Nähe von ihr bekommen. Kompensatorisch zum familiären Chaos entwickelte Frau A. schon als Kleinkind Zwänge. Sie hätte alles nach Vorschrift machen wollen. So konnten die Eltern sie dadurch in verzweifeltes Weinen bringen, dass sie einen Rasen betraten, an dem ein Schild „Betreten verboten" stand. Sobald sie schreiben konnte, fertigte sie Inventarlisten von den Gegenständen in ihrem Zimmer an. Schulaufgaben wie Malen bereitete sie stundenlang vor. Sie geriet buchstäblich in Panikzustände, wenn ihr der Bruder einen Strich über das Blatt machte.

Dass sie überhaupt noch einigermaßen stabile und gesunde Seiten entwickeln kann, ist wahrscheinlich zwei positiven Bezugspersonen geschuldet: zum einen dem Vater, der allerdings zunächst fern bleibt, berufsbedingt, und später dadurch, dass die Mutter jeden Kontakt mit oder gar Besuch bei ihm mit Hass- und Wutattacken ahndet, und zum zweiten dem Großvater mütterlicherseits, dessen Lieblingsenkelin sie ist, und der sie schließlich testamentarisch als Erbin seines sehr großen Vermögens einsetzt. Als dieses Erbe fällig wird, sucht die Mutter wieder den Kontakt zu Frau A. Selten freundlich, meistens alkoholisiert, wütend und voller Hass fordert sie dieses Erbe für sich ein. Es ist auch für mich in der Therapie eine schwierige Situation und nicht meine Empfehlung gewesen, dass Frau A. den Erbverzicht unterschreibt, ein verzweifelter Versuch, sich vom Hass der Mutter freizukaufen, und vielleicht endlich doch noch deren Zuwendung zu erhalten. Es war jedoch vor jetzt neun Jahren das letzte Mal, dass sie etwas von Mutter und Bruder hörte. Die Weihnachts- und Geburtstagskarten, die sie diesen zunächst noch schreibt, bleiben unbeantwortet.

Die Krankheitsanamnese nach Behandlung der Magersucht ist charakteristisch für eine schwere Alkoholerkrankung. Frau A. trinkt immer mehr, zuletzt vier Flaschen Wein am Tag. Sie erleidet mehrere Autounfälle mit zum Teil schweren Verletzungen, verliert zwei Mal den Führerschein, zuletzt mit 2,6 Promille. Ihre Beziehungsmuster sind chaotisch. Besonders unter Alkohol lässt sie sich auf Affären ein, die sie rasch bedauert, sich dafür schämt und selbst verurteilt. Es folgen immer längere Krankschreibungen und wiederholte stationäre Entgiftungen.

Als ich Frau A. Ende 2000 nach ihrer stationären Langzeitentwöhnung in Therapie nehme, weist sie aus diversen stationären Behandlungen folgendes Register an Vordiagnosen auf: Schwere Alkoholabhängigkeit sowie Cannabis- und Nikotinabusus. Eine Magersucht, die zwischenzeitlich in eine schwere Bulimie übergegangen ist. Somatisierungsstörung. Eine rezidivierende depressive Störung mit starken Schlafstörungen. Zwangssymptome. Angstsymptomatik. Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ihre Symptomatik ist unverändert, Frau A. ist schlicht chaotisch. Sie ist arbeitslos und will nicht zurück in den Beruf der Erzieherin. Vor allem nachts widmet sie Stunden ihren Ess-Brechanfällen. Mehrfach wird sie mit Alkohol rückfällig und muss nach einigen Monaten Therapie auch ein Mal erneut stationär entgiften. Wegen ihrer sexuellen Eskapaden, in die sie sich auch nüchtern immer wieder stürzt, hat sie Schuldgefühle. Sie zieht mehrfach unter chaotischen Umständen um.

Ich beginne die Behandlung zunächst zweistündig, um Frau A. zu stabilisieren. Das erste Jahr ist gekennzeichnet durch den Versuch, ihre Biographie zu ordnen, sie zu strukturieren und zu stabilisieren. Mit der zunehmenden Abstinenz vom Alkohol verstärken sich ihre Ängste und Depressionen. Frau A. entwickelt Suizidgedanken, meint, ihrer besten Freundin und ehemaligen Mitbewohnerin nachfolgen zu müssen, die sich vor einigen Jahren vor den Zug geworfen und ihr einen langen Abschiedsbrief hinterlassen hatte. Trotz ihres guten Verhältnisses zu Kindern möchte sie nicht wieder als Erzieherin arbeiten – sie meint, dann sei ihre zwischenzeitlich erreichte Abstinenz gefährdet – und beantragt eine Umschulung in einen kaufmännischen Beruf, die sie schließlich in einem internatsartigen Berufsförderungswerk absolviert. Dies reduziert notgedrungen die

Psychotherapie auf gelegentlich eine Stunde Freitagnachmittag. Sie stürzt sich in der Umschulung in chaotische Beziehungen und hat immense Ängste vor der Ausbildung, insbesondere vor den Betriebspraktika. Vom ärztlichen Dienst der Umschulungseinrichtung wird sie auf Schlaftabletten und Antidepressiva gesetzt, eine meines Erachtens zweischneidige Maßnahme. Auch in den Folgejahren bleibt sie parallel zur Psychotherapie in psychiatrischer Behandlung mit Antidepressiva. Der nachfolgende berufliche Einstieg in ein großes Handelsunternehmen ist erneut von großen Ängsten bis hin zu regelrechter Verzweiflung gekennzeichnet. Oft erscheint Frau A. aufgelöst und weinend. Zusätzliche Krisensitzungen sind erforderlich, Frau A. muss beruhigt werden, lässt sich aber auch beruhigen. Sie nimmt ihre Arbeit übergenau; kleinste Fehler lassen sie nicht schlafen. Sie phantasiert immer wieder, sie werde gekündigt, obwohl sie in der Regel Anerkennung und Bestätigung für ihre Arbeit erhält.

Nach ihrer Umschulung ist sie in eine eigene Wohnung in das Haus ihres Vaters und dessen neuer Frau gezogen. Es ist, als ob sie zur Wiedergutmachung ihrer verkorksten Kindheit so etwas wie eine „Neubeelterung" sucht. Außerdem besucht sie – mit abnehmender Frequenz – die Anonymen Alkoholiker. In der Übertragung bin ich meistens ein gutes väterliches Objekt und werde, wenn auch selten, in Krisensituationen auch mal außerhalb der Sitzungen angerufen. In 2007 kommt es schließlich zu der nach meinem Eindruck bedeutendsten Wende im Verlauf der Behandlung: sie lernt ihren Traummann kennen, besser gesagt: Sie kann sich erstmals wirklich auf eine Beziehung einlassen. Dieser Mann vermittelt auch ihr, dass sie seine Traumfrau sei. Bei genauerer Betrachtung ist er nicht weniger gestört als Frau A., vielleicht sogar mehr, mit dem Unterschied, dass er sich bisher nicht auf einen therapeutischen Prozess eingelassen hat und massiv kifft und somatisiert, an noch stärkeren Ängsten und vor allem Zwängen leidet als sie. Auf alle Fälle hat sie bei ihm keine Unterlegenheitsgefühle und Verlassenheitsängste, und die beidseitige Leidenserfahrung bindet aneinander und hilft, den anderen in „seinen jeweiligen Macken" zu akzeptieren. Sie heiratet und wirkt glaubhaft glücklich, eine Befindlichkeit, die bei trockenen Alkoholikern leider nur selten zu erleben ist. Etwa zur gleichen Zeit endet die Langzeitpsychotherapie bei mir, die zuletzt in immer niedrigerer Frequenz durchgeführt wurde. In der Folge kommt Frau A. in großen Abständen zu mir. Ich sehe sie mitunter mehr als ein Jahr lang nicht.

Zusammenfassend ist zu sagen: Frau A. ist jetzt fast 16 Jahre abstinent von Alkohol. Vor vier Jahren hat sie aufgehört zu rauchen und kifft auch nicht mehr, obwohl ihr Mann dies in der gemeinsamen Wohnung täglich macht. Frau A. ist weiterhin recht dünn, leidet aber an keiner Bulimie mehr. Seit jetzt zwölf Jahren arbeitet sie regelmäßig und ohne längere Krankschreibungen; in 2000, vor Beginn der ambulanten Psychotherapie, hatte man ihr bereits die Frühberentung nahegelegt. Sie lebt in einer stabilen Partnerschaft. Weiterhin hat sie mitunter Depressionen, Ängste und Minderwertigkeitsgefühle, die sie jedoch in den Griff bekommen kann. Meines Erachtens ist diese Stabilisierung nicht zuletzt auf eine langfristig angelegte halt- und strukturgebende, modifizierte analytische Psychotherapie zurückzuführen. Als die Patientin in 2000 zu mir kam, hatten vorausgehende stationäre Behandlungen – natürlich ausgehend von den aktuellen Tagessätzen, die besonders für die Universitätskliniken sehr hoch liegen – Kosten von über 100.000 Euro verursacht, nicht mitgerechnet die Ausgaben für alkoholbedingte Autounfälle und Krankenhausaufenthalte wegen den Unfallverletzungen. Von Ende 2000 bis Mitte 2016 wurden bei mir insgesamt ca. 280 psychotherapeutische Sitzungen durchgeführt. Die Gesamtkosten hierfür betragen etwas über 20.000 Euro, verteilt auf 16 Jahre. Man möge belegen, wie ein solch komplexes, multiples Störungsbild, zurückgehend auf eine schwerwiegende Störung des Selbst infolge einer ablehnenden, nicht spiegelnden Mutter kürzer, erfolgreicher und ökonomischer behandelt werden könnte.

Übrigens zeigt sich bei diesem Fall wie bei den meisten anderen, dass Frau A. Störungen bzw. Fixierungen auf allen eingangs beschriebenen Strukturniveaus aufweist: neurotische Konflikte und Schuldgefühle, Ichschwächen hinsichtlich der Abgrenzungsfähigkeit und Frustrationstoleranz wie der Strukturierung von Anforderungen, was Ängste auslöst und durch Zwänge zu kompensieren versucht wird, und nicht zuletzt die frühen autodestruktiven Anteile infolge der unverhohlenen Abneigung durch die Mutter, aktiviert auch durch den Suizid der Freundin.

In langjährigen Behandlungen sind Alkoholiker zuverlässige Patienten mit einem oft recht erfolgreichen Therapieverlauf, selbst wenn vorher eine schwerste Abhängigkeit bestanden hat. Auch eine totale Verwahrlosung oder eine lange Nichtsesshaftigkeit müssen einer günstigen Prognose nicht unbedingt im Wege stehen. Die Arbeit mit Süchtigen ist durchaus lohnend und dankbar. Oft überraschen sie später auch mit ihrer ungeheuren künstlerischen Kreativi-

tät, mit der sie die zuvor in der Sucht destruktiv ausgelebten Erfahrungen und Gefühle kanalisieren und zum Ausdruck bringen, ein weiteres Thema, das an dieser Stelle nicht vertieft werden kann (vgl. Rost, 2009, S. XXXIII-XXXVI; Rost, 2003; 2010).

3.2 Behandlungstechnik

Ich möchte hier noch einige Anmerkungen zu der von mir verwendeten Technik der Arbeit mit Alkoholikern machen. Ich arbeite in Langzeitpsychotherapie mit vorwiegend abstinenten Patienten. Die Abstinenz kann aus eigener Kraft, durch Selbsthilfe, Entgiftung oder Entwöhnungsbehandlung erreicht sein. Der Rückfall ist ein in der Psychotherapie unvermeidbares Phänomen; schließlich kann man kein Symptom verbieten.

Auch bei Frau A. kam es in der Anfangszeit der Therapie zu Rückfällen, und eine stationäre Entgiftung wurde erforderlich. Seitdem ist sie abstinent. Es findet in der ambulanten Psychotherapie eine Art spontaner Selektion statt: Entweder der Patient kann die Abstinenz aufrechterhalten und seine Rückfälle in der Behandlung bearbeiten oder es kommt zum Therapieabbruch.

Die analytische Behandlung des Süchtigen bedarf im Prinzip der gleichen Modifikationen wie bei anderen Früh- oder Persönlichkeitsstörungen, was im Einzelnen bedeutet:

- Die Vermeidung übermäßiger Regression, um den Patienten nicht zu sehr unter Druck zu bringen, womit sonst ein destruktives – meist autodestruktives – Agieren oder ein Suchtmittelrückfall ausgelöst werden könnte.
- In den produzierten Erinnerungen darauf achten, dass nicht nur negatives Material berichtet wird, um einer malignen Regression entgegenzuwirken; stattdessen auch positive Erinnerungen fördern.
- Mit den gesunden Anteilen arbeiten und diese verstärken.
- Das Setting zumindest anfänglich eher im Sitzen als im Liegen halten, damit der Therapeut in seinen Reaktionen und Gefühlen als Realperson wahrgenommen werden und als Modell dienen kann.
- Eine aktivere Technik mit häufigeren Interventionen, Nachfragen, dem Spiegeln und Benennen von Gefühlen, notfalls auch „Verboten“, was heißt: klare Position beziehen gegen ein destruktives Agieren. Diese Prinzipien finden sich auch in der psychoanalytisch-interaktionellen Psychotherapie nach Heigl-Evers.
- Eine stärker supportive Technik mit durchaus „verhaltenstherapeutischen Elementen“ wie z.B. positiven Verstärkungen, gegebenenfalls aber auch deutlichen Konfrontationen oder Anweisungen; das bedeutet auch:
- Eine Relativierung der analytischen Abstinenz; weniger Deutungen und andere genetische Interpretationen; überwiegend wird im „Hier und Jetzt“ gearbeitet.
- Sich dabei durchaus auch mal „vom Patienten leiten lassen“ und dessen Anregungen und Wünsche hinsichtlich der Technik und des Settings aufgreifen.
- Das Leitsymptom „Sucht“ stets im Auge behalten; eine Laisser-faire-Haltung gegenüber dem Suchtmittel ist nicht akzeptabel; die Abstinenz des Patienten ist stets zu stützen und als Behandlungsbasis zu fordern; Rückfallängste („Saufdruck“) sind immer ernst zu nehmen und sind oft auch als Ausdruck von Krisen der therapeutischen Beziehung zu verstehen und zu bearbeiten.
- Zumindest anfänglich ein Tolerieren von „Nebenübertragungen“; das zutage tretende destruktive Potential kann unter Umständen nicht allein in der Übertragungsbeziehung gehalten und bearbeitet werden, so dass ein Agieren im Außen eine Entlastung der therapeutischen Beziehung darstellen kann. Damit geht einher
- das Herstellen von und Arbeiten mit einer überwiegend positiven Übertragung auf den Therapeuten (Rost, 2009, S. XXVIII f.).

4 Zusammenfassung: Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung

Bei schweren Grundstörungen der Sucht, die gekennzeichnet sind durch multiple Komorbidität, eine lange Krankengeschichte und offenbar traumatisierende Erfahrungen in der Kindheit, ist die modifizierte analytische Langzeitbehandlung die Methode der Wahl; diese ist einer kurzen und intensiveren Analyse vorzuziehen. Gemeinsam mit dem Patienten muss ein langer und dornenreicher Weg beschritten werden. Schwere Traumata lassen sich nicht ungeschehen machen, tiefgreifende Persönlichkeitsstörungen nicht heilen. „Die Leichen im Keller“ werden bleiben. Bei manchen Patienten gebrauche ich das Bild vom tiefen inneren Abgrund, mit dem sie leben müssen „Sie können den Abgrund nicht auffüllen oder verschließen, aber Sie sollten von ihm wissen. Vielleicht lässt er sich mit einigen Balken überbrücken, und Sie können für Momente in ihn hineinschauen – mehr aber auch nicht“.

Der wichtigste kurative Faktor ist dabei *die langjährige, stabile therapeutische Beziehung bei einem Behandler,* analytisch gesprochen: die Objektkonstanz. Nur diese ermöglicht das Erleben und Verinnerlichen besserer Objekt-(Beziehungs-)erfahrungen, eine Heilung der gestörten inneren Objekte. Denn: jede Sucht ist zentral und zuallererst gekennzeichnet durch gestörte Beziehungen. Es ist das Charakteristikum jeder Suchterkrankung, egal von welcher Substanz, dass das Suchtmittel das zentrale Bezugsobjekt des Betroffenen wird, er sich von den personalen Beziehungen gewissermaßen zurückzieht, Liebe, Hass und alle anderen Konflikte mittels der Auseinandersetzung mit seinem „Stoff" austrägt. Heilung bzw. wenigstens eine Bearbeitung dieser Störung kann nur darüber führen, dass diese Auseinandersetzung zurückgeführt wird in eine Beziehung zu einem Menschen, denn wenn *ein* Symptom allen Süchtigen gemeinsam ist, dann ist es die *Beziehungsstörung.* Da familiäre und partnerschaftliche Beziehungen damit jedoch überlastet wären, ist dafür ein über lange Zeit verfügbarer Psychotherapeut erforderlich. Die Modularisierung der Suchttherapie, wie wir sie in den vergangenen Jahren erlebt haben, ist den tatsächlichen therapeutischen Erfordernissen entgegengesetzt. Auch die Zergliederung in entsendende Beratungsstelle, stationäre Entgiftung in einer psychiatrischen oder internistischen Abteilung, wohnortferne Entwöhnungsbehandlung, schließlich wieder Beratungsstelle, immer neue Therapeuten, immer neue Therapiebausteine, dienen allein dem Schutz der Behandler vor der Auseinandersetzung mit der oft tödlichen

NACHRICHT

Der Alkohol fordert seinen Tribut vom Herzen: Es wird größer, nicht besser

Der Konsum von Alkohol, selbst in mäßigen Mengen, könnte den linken Vorhof des Herzens vergrößern; dies geht aus einer aktuellen Studie hervor.

Der linke Vorhof (Atrium) ist eine von zwei Kammern im oberen Bereich des Herzens. Ist das linke Atrium vergrößert, besteht die Gefahr, dass sich eine Art unregelmäßiger Herzschlag entwickelt, das sogenannte Vorhofflimmern (atrial fibrillation), das seinerseits zu weiteren Problemen einschließlich Schlaganfall führen kann.

„Trotz der landläufigen Meinung in der Bevölkerung, Alkohol übe einen günstigen Effekt auf das Herz allgemein aus, ist schon lange bekannt, dass die akute Alkoholvergiftung mit der Entwicklung eines Vorhofflimmerns einhergeht". Dr. David McManus, Direktor des *Atrial Fibrillation Treatment Program* am UMass Memorial Health Care in Massachusetts, legt dazu neue Befunde vor.

Tatsächlich legten frühere Studien nahe, dass Alkohol mit Vorhofflimmern zusammenhängen könnte. Wie aus den am 14. September 2016 im *Journal of the American Heart Association* veröffentlichten Forschungsergebnissen hervorgeht, war es bisher jedoch nicht klar, wie die beiden genau miteinander zusammenhängen.

Um dies näher zu erforschen, untersuchten McManus und Kollegen Daten von über 5.200 Personen, die entweder in die Framingham Heart Study aufgenommen wurden oder Kinder von Teilnehmern der Framingham Heart Study waren. Die Framingham Heart Study ist eine breit angelegte, derzeit noch laufende Studie, die im Jahr 1948 gestartet wurde und zum Ziel hat, die Risikofaktoren für Herzerkrankungen genauer zu erforschen. Die Studienteilnehmer leben oder lebten in Framingham, Massachusetts (USA).

Die Teilnehmer in der Studie berichteten, wieviel Alkohol sie durchschnittlich pro Woche zu sich nahmen. Darüber hinaus wurden bei allen Teilnehmern bildgebende Verfahren eingesetzt, um die Größe des Herzens zu erkennen, und sie wurden der Studie entsprechend auf Vorhofflimmern getestet.

Zu Beginn der Studie waren die Teilnehmer im Durchschnitt 56 Jahre alt. Die durchschnittliche Nachbeobachtungszeit lag bei sechs Jahren, so die Forscher.

Im Studienzeitraum zeigte sich, dass pro zusätzlichen zehn Gramm Alkohol (nur weniger als ein alkoholisches Getränk) bei täglichem Konsum mit einer Größenzunahme von 0,16 Millimeter Durchmesser des linken Vorhofs gerechnet werden muss.

Dieser Befund legt nahe, dass die Vergrößerung des linken Vorhofs derjenige Faktor sein könnte, welcher den Alkoholkonsum mit Vorhofflimmern verbindet.

Andere Studien hätten gezeigt, dass regelmäßiges Trinken von zwei oder mehr alkoholischen Getränken pro Tag mit einem um 30 Prozent höheren Risiko von Vorhofflimmern zusammenhängt, schrieben die Forscher.

Vorhofflimmern erhöht das Schlaganfallrisiko, da es bewirkt, dass sich Blut im Herzen ansammeln kann. In dem angesammelten Blut kann sich ein Klumpen bilden, der wiederum in das Gehirn wandert und einen Schlaganfall verursacht.

Autodestruktiviät der Sucht, wie vor der ungeheuren Komplexität der komorbiden Erkrankungen und der zugrundeliegenden Störungen. Sehen wir nur einen Ausschnitt aus der Krankengeschichte unserer Patienten, erlaubt uns das auch, die Komplexität und damit die mögliche eigene Überforderung zu reduzieren. Den Patienten dient das jedenfalls nicht.

Wichtig ist in der Therapie die Förderung der *Genussfähigkeit,* denn eine Sucht ist keine Genuss-Sucht, sondern umgekehrt gekennzeichnet durch den Verlust der Genussfähigkeit. Auch haben Süchtige meist kein schwaches, sondern ein rigides, unintegriertes und strafendes Überich, das es zu entlasten gilt. Man darf in der Therapie ruhig auch mal Spaß haben und lachen. Das Ziel: Freude und Genuss *ohne* Suchtmittel aus sich selbst heraus erleben können.

Es mag hier so aussehen, als forderte ich, gewissermaßen kontraphobisch und gegen den gesellschaftlichen und therapeutischen Trend, einen Alleinvertretungsanspruch der psychoanalytischen Verfahren. Das möchte ich hier abschließend relativieren, denn, abgesehen von meinem Hintergrundverständnis: in meiner therapeutischen Praxis arbeite ich keineswegs psychoanalytisch, sondern eklektisch, manchmal ganz alltäglich und „selbstgestrickt". Andere Behandler, etwa in Beratungsstellen oder mit humanistischem Hintergrund, können das genauso gut, so sie sich auf die therapeutische Beziehung einlassen. Nicht abkommen möchte ich jedoch von der *Langzeitperspektive* und der *Objektkonstanz.* Sie sind die therapeutischen Wirkfaktoren bei schweren Formen der Sucht, während Evidenzbasierung und Modularisierung meines Erachtens kontraindiziert sind. Denn es handelt sich hier immer um eine komplexe, komorbide Störung, in deren Zentrum eine beeinträchtigte Beziehungsfähigkeit steht. Aber gerade die sehr lange Behandlung von Patienten vermag dem Behandler, wie in dem hier dargestellten Fall, auch Erfolgserlebnisse verschaffen, denn man kann hier an einer allmählichen und dauerhaften, wenn auch niemals geradlinigen Stabilisierung teilhaben, und dies bei Menschen, bei denen es oft über lange Zeit um Tod oder Leben ging.

Literatur

Glover, E. (1933). Zur Ätiologie der Sucht. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 19,* 170-197.

Radò, S. (1934). Psychoanalyse der Pharmakothymie. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse,* 20, 16-32.

Rost, W.-D. (1985). Psychoanalytische Modellvorstellungen zur Theorie des Alkoholismus. *Psyche, 40, 4,* 289-309.

Rost, W.-D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Rost, W.-D. (2003). Sucht, Psychose und Kreativität. In S. Mentzos & A. Münch (Hrsg.), *Psychose und Sucht* (S. 17-34). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Rost, W.-D. (2009). *Psychoanalyse des Alkoholismus.* Erg. Neuaufl. Gießen: Psychosozial.

Rost, W.-D. (2010). *Kreativität und Sucht – Zwei Seiten einer Medaille? Alkoholismus und literarisches Schreiben bei Hans Fallada.* Psychosozial, 121, 119-129.

Simmel, E. (1948). Alcoholism and Addiction. *Psychoanalytic Quarterly, 17,* 6-31.

Springer, A. (2013). Psychoanalyse der Sucht. *Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 2, 4,* 227-241.

Tress, W. (1985). Zur Psychoanalyse der Sucht. Eine Studie am objektpsychologischen Modell. *Forum der Psychoanalyse, 1,* 81-82.

Voigtel, R. (2015). *Sucht. Analyse der Psyche und Psychotherapie.* Gießen: Psychosozial.

Dipl.-Psych. Dr. phil. Wolf-Detlef Rost
Psychoanalytiker und Supervisor
in freier Praxis in Gießen
mit dem Schwerpunkt Therapie von
Suchterkrankungen
wolf-detlef-rost@t-online.de

Internet- und Computerspielsucht

Birgit Oitzinger

Einleitung

Der Gebrauch von Computer und Internet, die sogenannten neuen Medien, sind aus unserem Alltag und Berufsleben nicht mehr wegzudenken, daher rückt auch der negative Aspekt eines exzessiven und abhängigen Internet-, Computer- und Mediengebrauchs immer mehr ins Zentrum des therapeutischen und wissenschaftlichen Interesses. Der Konsum von Medien, Computer oder dem Internet ist – bei einem bestimmungsgemäßen Gebrauch – weder illegal noch schädlich, sondern nützlich, unterhaltsam, kommunikativ, hilfreich und letztlich in seiner Anwendung genauso vielseitig wie in seiner Erscheinungsform (Bilke-Hentsch, Wölfling & Batra, 2014). Auf der anderen Seite ist auch die Anzahl der Betroffenen gestiegen, die in der virtuellen Welt versinken und sich von der realen Welt distanzieren. Das entscheidende Kriterium in diesem Zusammenhang ist der Umgang mit diesem Medium, die sogenannte Medienkompetenz.

Da sich bislang keine einheitliche Benennung des pathologischen PC- und Internetgebrauchs durchgesetzt hat, wird diese Problematik hier als „Internet- und Computerspielsucht" bezeichnet.

Internetnutzung in Österreich

Die Internetnutzung in Österreich ist in den letzten Jahren konstant angestiegen. Laut Statistik Austria hat sich die Anzahl der Internetzugänge von 34 Prozent im Jahr 2002 auf 84 Prozent im Jahr 2015 erhöht, zusätzlich dazu muss man noch die mobilen Zugänge berücksichtigen. Bei den Jugendlichen (14-19 Jahre) nutzen 100 Prozent das Internet, da auch im Schulsystem der Computer implementiert wurde. Selbst bei der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen wird das Internet von 70 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen genutzt.

Prävalenz von Internet- und Computerspielabhängigkeit

Bezüglich der Prävalenz von Internet- und Computerspielsucht beziehen sich die Studien vorrangig auf den Bereich der Jugendlichen, für Erwachsene liegen nur begrenzt Studien vor. Aktuelle Studien sprechen bei Jugendlichen in Europa von einer Prävalenzrate zwischen ein Prozent und neun Prozent (Spada, 2014).

Da in Österreich bislang kaum repräsentative Studien zur Internet- und Computerspielabhängigkeit, außer im Bereich der Jugendlichen (Batthyány et al., 2009; Lederer-Hutsteiner & Geishofer, 2011) vorliegen, kann man sich an einer Studie von Rumpf et al. (2011) orientieren, die von ein Prozent Betroffener im Alter von 14 bis 64 Jahren spricht. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen nachgewiesen werden, wobei die Frauen und Mädchen eher Soziale Netzwerke als Hauptnutzung des Internets angaben und männliche Teilnehmer eher in Online-Rollenspielen aktiv sind. Höhere Raten zeigten sich bei jüngeren Altersgruppen und hier waren die weiblichen Teilnehmer noch häufiger betroffen.

Risikofaktoren

Wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen zeigen sich auch in diesem Bereich eine „Broken-Home-Situation" und das Konsumverhalten der Eltern (im Fall der Internet- und Computerspielsucht bezogen auf den Computer) als Risikofaktoren. Ebenso können eine geringere Selbstwirksamkeitserwartung, ein Mangel an sozialen Fähigkeiten und ein geringeres Selbstwertgefühl zu einer Abhängigkeitsentwicklung beitragen (Müller & Wölfling, 2010). In einer Schülerbefragung (KFN, 2005) konnte ein erhöhtes Maß an Schulangst, eine geringere Bindung an Mitschüler und männliches Geschlecht als Risikofaktoren nachgewiesen werden.

Menschen mit Migrationshintergrund scheinen ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Internet- und Computerspielsucht aufzuweisen. Allerdings sind diese Prävalenzstudien insbesondere bei Personen mit schlechten Sprachkennnissen nicht repräsentativ (Bilke-Hentsch et al., 2014).

Komorbiditäten

Es zeigt sich im klinischen Alltag, dass die Betroffenen meist eine komorbide affektive Erkrankung oder eine Angststörung aufweisen. Dies deckt sich auch mit den internationalen Komorbiditätsstudien wie Kratzer (2006), Campbell, Cumming und Hughes (2006), Ko, Yen, Chen, Chen und Yen (2008), Petersen et al. (2009), Petry (2010).

Ebenso wie Depressivität zu exzessiver und abhängiger Nutzung führen kann, kann auch depressives Erleben, das erst im Zusammenhang mit sekundären Problemen der exzessiven Internetnutzung als Folge entsteht, die Abhängigkeit unterstützen und aufrechterhalten (Petersen, 2014). Studien (Petersen & Te Wildt, 2014) zeigten, dass Angststörungen, insbesondere Sozialphobie, die am zweithäufigste diagnostizierte komorbide Störung ist. Für Personen mit sozialen Ängsten bietet das Internet durch spezifische Kommunikationsmöglichkeiten eine Art Copingstrategie für soziale Ängste. Dies verstärkt den Internetgebrauch und fördert somit ein Abtauchen in die virtuelle Welt. Eine weitere komorbide Störung in diesem Zusammenhang ist die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, die einen besonderen Risikofaktor für die Entwicklung einer Internet- und Computerspielsucht darstellt (Ko, Yen, Yen et al., 2012). Das Internet bietet für Betroffene unmittelbare Belohnungen und unterschiedliche Aktivitäten, wodurch ein hoher Grad an Stimulierung erreicht werden kann und Langeweile vermindert wird. Andererseits können die Aktivitäten im Internet bei Betroffenen eine Kompensationsmöglichkeit für Problembereiche im realen Alltag bieten.

Weiters zeigt ein Großteil der Betroffenen auch eine Cannabisabhängigkeit.

Definition

Das Phänomen der Internetsucht ist seit mehreren Jahren Schwerpunkt der Forschungen, wobei bislang noch keine Einigung bezüglich der nosologischen Zuordnung möglich war. Handelt es sich um eine Impulskontrollstörung, ein Zwangssymptom, eine eigenständige Abhängigkeitserkrankung oder eine Begleitsymptomatik einer affektiven Störung? In Deutschland existiert derzeit auch keine Einigung bezüglich des Störungsmodells. Die einen sehen es als Verhaltenssucht und sprechen in diesem Zusammenhang auch von „Computerspiel- und Internetsucht“ oder „abhängigem Computer- und Internetgebrauch“, die anderen sehen es eher als Beziehungs- und Verhaltensstörung und sprechen vom „pathologischen PC-/Internetgebrauch“ (siehe dazu Petersen in Bilke-Hentsch, 2014).

Bislang wurde die Internet- und Computerspielsucht bei den Impulskontrollstörungen (ICD-10 F63.8) diagnostisch zugeordnet. Diese Zuordnung ist aber aus klinischer Sicht keineswegs ausreichend, da es sich in der Regel nicht um eine einfache Impulsstörung handelt, sondern auch um eine komplexe Abhängigkeitserkrankung, sodass eine Mitberücksichtigung suchtspezifischer Kriterien notwendig erscheint (Mader et al., 2010).

Im neuerschienenen DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental Disorders) wurde die Onlinespielabhängigkeit (Internet Gaming Disorder) als Störung mit weiterem Forschungsbedarf aufgenommen. Die diagnostischen Kriterien für die onlinespielbezogenen Störungen lauten:

Internet Gaming Disorder (DSM-5)

Anhaltende und wiederkehrende Internetnutzung zum Onlinespiel, welche zu klinisch bedeutsamer Beeinträchtigung oder Stress führt. Mindestens fünf der folgenden Symptome müssen innerhalb einer Zeitspanne von 12 Monaten vorliegen:

1. *Vertieftsein in Onlinespiele.*
2. *Entzugssymptome, wenn kein Onlinespiel möglich ist.*
3. *Toleranzentwicklung.*
4. *Erfolglose Versuche, die Teilnahme am Online-Spielen zu beenden.*
5. *Verlust des Interesses an früheren Hobbies.*
6. *Andauerndes exzessives Online-Spielen, trotz des Wissens um psychosoziale Probleme.*
7. *Täuschung von Familienmitgliedern und anderen in Bezug auf das Ausmaß.*
8. *Gebrauch der Online-Spiele, um aus negativen Emotionen herauszukommen.*
9. *Gefährdung und Verlust von wichtigen Bekanntschaften, Beruf usw. wegen des Online-Spielens.*

Spezifizierung des Schweregrads: Die onlinebezogene Störung kann leicht, mittelgradig und schwer ausgeprägt sein, abhängig vom Grad der Beeinträchtigung normaler Aktivitäten.

Diagnostik

Zur diagnostischen Einschätzung einer Internet- und Computerspielsucht können sowohl die von einer internationalen Arbeitsgruppe erarbeiteten Items zu den nach DSM-5 vorgeschlagenen Kriterien der Onlinespielsucht (Petry, Rehbein, Gentile et al., 2014) als auch der im deutschsprachigen Raum häufig verwendete CIUS (Compulsive Internet Use Scale, Meerkerk, Van Den Eijnden, Vermulst et al., 2009) eingesetzt werden. Der CIUS dient als Screeninginstrument zur Erfassung einer exzessiven bzw. pathologischen Internetnutzung. Weiters werden auch die Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S; Wölfling, Müller & Beutel, 2011b) und zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSV-E; Wölfling, Müller & Beutel, 2010b) verwendet. Diese beiden Skalen orientieren sich stark an den klassischen Abhängigkeitskriterien.

Klinische Symptomatik

Da derzeit der Fokus der Symptomatik auf dem Computerspiel liegt und auch das DSM-5 die „Onlinespielabhängigkeit" als Forschungsdiagnose aufgenommen hat, werden hier die Unterschiede zwischen exzessivem Computerspiel bei Jugendlichen und dem bei Erwachsenen thematisiert. Meist wird der Kontakt von einem Angehörigen (meist der Mutter) für den betroffenen Jugendlichen mit einer Behandlungseinrichtung hergestellt. Durch das exzessive Computerspiel kommt es zu einer Störung der Familiendynamik, Zeit, die vorher mit gemeinsamen Aktivitäten besetzt war, wird nun alleine vor dem Computer verbracht, Rituale (wie gemeinsames Abendessen) werden nicht mehr eingehalten, es kommt zu Konflikten bezüglich der Reglementierung der Zeiten am PC. Nun gilt es herauszuarbeiten, ob es sich bei dem Betroffenen tatsächlich um eine Suchtproblematik oder um ein exzessives Verhalten handelt, wie man das aus anderen Bereichen (Alkohol, Nikotin) kennt. Einige im ersten Moment auffällige Verhaltensweisen lassen sich oft relativieren. Da in diesem Zusammenhang auch der Generationsunterschied eine Rolle spielt und es zu einer Umkehr des Expertenwissens kommt, führt dies gerade auf der Seite der Erwachsenen häufig zu Unsicherheit. Es ist nicht prinzipiell problematischer, ob ein erfolgreicher Schachspieler sich den ganzen Tag mit vergangenen und zukünftigen Partien beschäftigt oder ob jemand seine Karriere im Online-Rollenspiel „World of Warcraft" plant (siehe Petersen, 2014). Dies soll die Problematik nicht verharmlosen, sondern nur die Notwendigkeit einer detaillierten Medienanamnese aufzeigen. Da problematische Verhaltensweisen bei Jugendlichen auffälliger sind, kommen diese auch viel früher in eine Behandlungseinrichtung.

Erwachsene hingegen suchen meist aufgrund massiver psychosozialer Konsequenzen ein Hilfsangebot auf. Meist leben sie eher sozial isoliert und oft ohne Arbeit. Ihre Erfolge haben sie z.B. im Computerspiel erlebt, doch ist es ihnen nicht gelungen, diese Kompetenz auf ihr reales Leben zu übertragen. Hier gilt es auch in der Behandlung anzusetzen, v.a. der Bereich der sozialen und beruflichen Reintegration.

Was macht das Internet so attraktiv?

Das Internet bietet aufgrund der ständigen Verfügbarkeit und des niederschwelligen Zugangs viele Möglichkeiten und Vorteile im Vergleich mit der realen Welt. Viele Bedürfnisse, wie z.B. Sozialisation oder Partizipation, werden erfüllt. Weiters ist es anonym, die Kommunikation verläuft zeitlich versetzt und bietet dadurch einen verminderten Handlungsdruck. Es besteht im Gegensatz zum „Face-to-Face-Kontakt" eine maximale Kontrolle über die soziale Interaktion. Vorurteile fallen größtenteils weg und es bietet die Möglichkeit des Spielens mit Rollen bzw. Identitäten, das sogenannte „Gender switching". Somit würde eine adäquate Nutzung des Mediums PC zu einer Erweiterung der Lebenswelten führen, in der die virtuelle Welt in die reale Welt eingebettet ist. Bei einer pathologischen Nutzung ist die reale Welt auf die virtuelle Welt ausgerichtet, wo auch der Fokus auf dem PC liegt. Der Computer wird als emotionale Copingstrategie und als dysfunktionale Stressregulation eingesetzt. Das Internet bietet auch die Möglichkeit einer psychischen Nähe, die so im realen Leben nicht eingenommen werden kann.

Vor allem Online-Rollenspiele (Massively Multiplayer Online Role Playing Games – MMORPGs) laden aufgrund einer hohen Spielanbindung, wo der zeitliche Einsatz mit dem sozialen Prestige korreliert und wo unkompliziert Beziehungen eingegangen werden können, eher dazu ein in dieser Welt zu versinken. Es gibt klar definierte Ziele, die bei Erreichen zu einer Selbstwertsteigerung führen. Die Betroffenen sind Teil einer Gemeinschaft (z.B. Gilde), in der jeder Aufgaben und Verpflichtungen hat, ähnlich wie bei einem Fußballspiel. Kann man nicht online sein, entstehen unangenehm erlebte Versäumnisängste. Die Beziehung zu den Avataren erleben die Betroffenen als sehr intensiv, da sehr viel Zeit investiert

wurde und viele gemeinsame Erfolge erlebt wurden. Aus diesem Grund fällt es Betroffenen in der Therapie sehr schwer sich von ihnen zu verabschieden. Eine Möglichkeit, den Charakter nicht einfach zu löschen, bietet ein Internetfriedhof, wo der Avatar „begraben" werden kann und ein Denkmal mit einem Nachruf gesetzt werden kann (siehe Ernst & Lind-Krämer, 2014; www.herolymp.de).

Besonderheiten in der Behandlung

In der Behandlung von Internet- und Computerspielabhängigen haben sich im klinischen Alltag einige Besonderheiten herauskristallisiert, siehe auch Wölfling et al. (2013). Ein wesentlicher Bestandteil einer erfolgreichen Behandlung ist die therapeutische Beziehung, die natürlich keine Besonderheit darstellt, aber in diesem Zusammenhang noch mehr an Bedeutung gewinnt. Die Betroffenen haben meist konfliktreiche bzw. belastende Beziehungserfahrungen hinter sich, und aus diesem Grund dient eine stabile therapeutische Beziehung auch dem Zweck einer korrigierenden Erfahrung.

Es hat sich in der Behandlung als ein vertrauensfördernder Umstand erwiesen, wenn Therapeuten ein gewisses Maß an Sachkenntnis bzw. Interesse in diesem Bereich, der virtuellen Realität, aufweisen. Die Betroffenen fühlen sich dadurch besser verstanden. In diesem Zusammenhang ist von Seiten des Therapeuten auf einen achtsamen Umgang mit der von den Betroffenen empfundenen Intimität, die durch den gewährten Einblick in die Erlebensweise der virtuellen Realität entsteht, zu achten. Zudem ist ein Verständnis für die innerpsychisch regulierende Funktion notwendig, die der Betroffene durch die Identifikation mit der virtuellen Welt erlebt. Die Betroffenen stoßen mit ihrem Verhalten bezüglich des Computers bei ihrem nahen realen Umfeld meist auf negative Reaktionen und Abwertung. Diesbezüglich ist eine Wertschätzung dessen, was sie am Computer machen, unbedingt notwendig.

Ein Umdenken in diesem Bereich betrifft die klassische abstinenzorientierte Behandlung, da diese nicht derart umsetzbar ist, wie man es aus anderen Suchtbehandlungen kennt. Es ist nicht möglich sich gänzlich vom Medium Computer zu distanzieren, daher ist die Erarbeitung von Medienkompetenz sinnvoll. Dabei ist eine Distanzierung vom Medium zu Beginn der Therapie förderlich und im Bereich der pathologischen Nutzung unbedingt notwendig. Aus diesem Grund ist der Wunsch nach einer kontrollierten Nutzung der jeweiligen Applikation, wie man das aus anderen Suchtbereichen kennt, durchaus vorhanden. Für die Betroffenen stellt es sich als äußerst schwierig heraus das Computerverhalten als selbstwertfördernde Strategie aufzugeben und nach geeigneten Alternativen zu suchen.

Therapie

Wie oben erwähnt, ist eine klassische abstinenzorientierte Behandlung, wie bei anderen Abhängigkeitsbehandlungen, in diesem Bereich nicht zielführend bzw. in der heutigen Gesellschaft nicht umsetzbar und würde eher zu beruflichen Einschränkungen und zu sozialer Isolation führen. Daher ist eher eine Kontrolle bzw. eine Kompetenz bezüglich des Internetverhaltens erstrebenswert, die sogenannte Medienkompetenz.

Es soll ein breites Feld an unterschiedlichen Therapieangeboten angestrebt werden, damit der Betroffene die Veränderungen nicht als Verzicht erlebt, sondern als Basis zur Transformation und als Chance zur Lebensneugestaltung. Häufig herrschen beim Betroffenen auch ambivalente Gefühle vor, auf der einen Seite mit dem selbstzerstörerischen Suchtverhalten aufhören zu wollen und auf der anderen Seite sich von den subjektiv als positiv erlebten Emotionen, die mit dem pathologischen Verhalten zusammenhängen, zu verabschieden.

Eine konkrete Therapieplanung umfasst eine ausführliche Diagnostik, um komorbide Erkrankungen und psychosoziale Rahmenbedingungen zu erfassen, die sowohl eine suchtauslösende als auch suchtaufrechterhaltene Funktion innehaben. Es ist aber davon auszugehen, dass zur Behandlung der Internet- und Computerspielsucht ähnliche Therapieelemente angewandt werden, wie bei anderen Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere kognitiv-behaviorale Interventionen (Müller & Wölfling, 2012). Wichtige Therapieelemente sind die Analyse und Veränderung pathologischer Denkprozesse im Hinblick auf die Erkennung positiver Verstärker (wie Erfolgsgefühle, Anerkennung, Ablenkung vom tristen Leben, Herausforderungen in der virtuellen Welt) und negativer Verstärker in der Realität. Weiters nimmt die Erarbeitung und Wiedererlangung von Problemlösefertigkeiten bzw. alternativen Stressbewältigungsstrategien und sozialen Kompetenzen, damit verbunden auch eine Stärkung des bestehenden realen Netzwerks bzw. eine Erweiterung dessen, einen hohen Stellenwert in der Therapie ein. Da das pathologische Verhalten meist sehr viel Zeit in Anspruch genommen hat, ist es unbedingt notwendig alter-

native Freizeitmöglichkeiten zu schaffen, mit dem Ziel, ein autonomes und freudvolles Leben zu führen. Zusätzlich bietet die Therapie auch die Möglichkeit eines offenen Austausches. Gerade bei der Internet- und Computerspielsucht im Erwachsenenalter ist meist eine Unterstützung von sozialarbeiterischer Seite notwendig. Da sich die Betroffenen meist auf den Computer fokussieren, kann es zu Arbeitsplatzverlust, Delogierung und finanziellen Schwierigkeiten kommen. Während der Behandlung können die Betroffenen auch bei Themen, die die existenzielle Grundsicherung betreffen, unterstützt werden.

In diesem Zusammenhang sollte nochmals unbedingt hervorgehoben werden, dass es nicht ausreichend wäre die Betroffenen nur auf Symptomebene zu behandeln. Es benötigt ein multimodales, ressourcenorientiertes Behandlungsprogramm, da es sich bei der Internet- und Computerspielsucht um eine komplexe psychische Erkrankung handelt.

Angehörige von Internet- und Computerspielabhängigen

Das pathologische Verhalten der Betroffenen hat nicht nur Auswirkungen auf den Einzelnen selbst, sondern auch auf sein soziales Umfeld (siehe Abschnitt „Klinische Symptomatik"). Aufgrund des enormen Leidensdrucks der Angehörigen nehmen sie selbst meist Kontakt zu Beratungsstellen auf und machen einen Großteil der Behandlungsmotivation aus. Dies spiegelt sich auch im klinischen Alltag wider. Die Angehörigen erleben häufig die Entwicklung der Abhängigkeit aufgrund der Fokussierung auf den Computer als eine enorme Distanzierung des Betroffenen, der man hilflos gegenübersteht. Die Betroffenen, die in einem Familiensystem leben, reagieren auf Reglementierungen meist mit Aggression (durch die dadurch entstandene Entzugssituation) und noch mehr Rückzug. Die Abwertung des Computers durch die Angehörigen führt zu einer Verstärkung des Abwehrverhaltens durch den Betroffenen, da der Computer für diesen meist sehr positiv besetzt ist. Erst verzögert tritt im Zuge der Reflexion des Betroffenen bezüglich der sozialen Konflikte eine kognitive Dissonanz gegenüber dem Computerspiel- und Internetnutzungsverhalten ein.

Gerade bei jungen Betroffenen oder Spätadoleszenten ist es wichtig auch die Angehörigen in die Behandlung miteinzubeziehen. Wichtige Bereiche sind die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösefertigkeiten, eine Erarbeitung von Strategien zur Aufrechterhaltung einer funktionalen Computernutzung bzw. eines konkreten Notfallplans im Umgang mit Rückfällen (Wölfling, Jo, Bengesser, Beutel & Müller, 2013).

Da Angehörige meist einen sehr hohen Leidensdruck aufweisen, ist es ebenso notwendig, dass sie die Möglichkeit für Unterstützung finden. Derartige Gespräche sollten entlastend wirken und einen geeigneten Umgang mit der Hilflosigkeit ermöglichen.

Fallvignette

Herr R. ist zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme 30 Jahre alt und ledig. Er ist als Angestellter bei seinem Vater tätig und studiert mäßig erfolgreich „Multimedia". Nach einem Erstgespräch und einer ambulanten Vorbereitungsphase folgt die gewünschte stationäre Aufnahme. Als Motivation nennt Herr R. den Abschluss seines Studiums und wieder mehr soziale Kontakte, eventuell auch eine Lebensgefährtin, zu erlangen. Die letzte, aufgrund der Onlinesucht, gescheiterte Beziehung sei drei Jahre her. Herr R. recherchiert vorrangig auf Informationsseiten (Wikipedia), sieht sich Videos an und spielt Online-Rollenspiele (MMORPGs), v.a. Rift. In einer ausführlichen Anamnese gibt der Patient eine Steigerung der Computernutzung mit 19 Jahren an, wobei immer schon eine Affinität zum Computer bestand und er bereits sehr früh den ersten Kontakt hatte. Seit sieben Jahren lebe er sein PC-Verhalten aber exzessiv aus. Er beschreibt eine „Computerstation" in seinem Zimmer zu haben, die aus drei PCs besteht, dies wäre nötig, um sich nicht zu langweilen. Ein PC, der größte, sei zum Spielen, einer zur Informationssuche, wo es sehr einfach ist, von einem Begriff zum nächsten zu springen, und einer für diverse Videos, dort verbringe er bis zu 20 Stunden täglich (auch schlafend). Er schildert, auch in diversen Blogs aktiv zu sein, wobei, wenn die Kontakte zu eng werden, drücke er die „Escape-Taste". Herr R. gibt an, dass ihm das Eintauchen in die virtuelle Welt helfen würde, um unangenehme Erfahrung im realen Leben ausblenden zu können. Weiters beschreibt er einen völligen Kontrollverlust bezüglich der Zeiten, die er vor dem PC verbringt, und damit zusammenhängend einige frustrierend verlaufene Abstinenzversuche. In der Familienanamnese findet sich eine traumatische Trennung der Eltern, als der Patient sieben Jahre alt war. Der Vater wechselte die Familie und zog zu seiner Freundin, die ebenfalls zwei Söhne im gleichen Alter hat. Somit hatte der Patient nicht nur mit der Trennung der Eltern, die er als Kränkung erlebte, sondern auch mit den Stiefbrüdern um die Zu-

neigung des Vaters zu kämpfen. Kurz danach erkrankte seine drei Jahre ältere Schwester an Epilepsie, wodurch sich die Aufmerksamkeit der Mutter eher auf die Schwester konzentrierte. Es gab kaum schulische Auffälligkeiten, aber auch wenige soziale Kontakte. Es konnte eine depressive Symptomatik, die auch pharmakologisch behandelt wurde, und sozialphobische Tendenzen diagnostiziert werden. Weiters zeigt der Patient ein massives Perfektionsstreben, wobei ein Scheitern im Alltag meist dazu führt, dass sich der Patient in die virtuelle Welt flüchtet. Der vom Patienten angestrebte stationäre Aufenthalt sorgt für einen strukturierten Alltag, auch zur Regulation des Tag-Nacht-Rhythmuses, und dadurch, dass die Patienten zu zweit ein Zimmer belegen, zu einer ständigen sozialen Konfrontation. Der Patient konnte sich gut eingliedern, fand auch langsam wieder Interesse an realen sozialen Kontakten. Definierte Therapieziele waren die Reaktivierung von sozialen Kontakten, eine Tagesstruktur, damit zusammenhängend Freizeitaktivitäten und eine berufliche Neuorientierung, was die Zusammenarbeit mit dem Vater betrifft. Primäres Ziel war die Erarbeitung einer Medienkompetenz. Da sich der Patient berufsbedingt nicht völlig vom Computer distanzieren kann, wurden anhand des „Ampel-Modells" (Petry, 2010) Bereiche erarbeitet, die gefährlich sind, wie das Spielen, und Bereiche, die risikobehaftet, aber nötig sind, wie Informationsrecherche. Weiters wurde der Patient motiviert, die „Computerstation" zu entfernen. Somit entschloss sich der Patient, ausschließlich einen kleinen Laptop zu verwenden. Dadurch, dass der Patient auch während des Aufenthalts positive soziale Erfahrungen machte, fiel es ihm leichter, diese in den Alltag zu integrieren, und dies hatte eine Steigerung seiner sozialen Kompetenz zur Folge. Die Analyse der pathologischen Denkprozesse und damit zusammenhängende auslösende Situationen wurden herausgearbeitet, und es wurde versucht, durch kognitives Umstrukturieren einen geeigneten Umgang zu finden. Diesbezüglich wurde auch eine Rückfallprophylaxe erarbeitet. Obwohl es immer wieder zu kleineren Rückfällen kam, konnten die neuen Verhaltensweisen in einer weiterführenden Psychotherapie stabilisiert werden.

Literatur

Batthyány, D., Benker, F., Müller, K. & Wölfling, K. (2009). Computerspielverhalten – klinische Merkmale von Abhängigkeit und Missbrauch. *Wiener Klinische Wochenzeitschrift, 121,* 502-509.

Bilke-Hentsch, O., Wölfling, K & Batra, A. (2014). *Praxisbuch Verhaltenssucht.* Stuttgart: Thieme.

Campbell, A. J., Cummings S. R. & Hughes, I. (2006). Internet use by the socially fearful: addiction or therapy? *Cyberpsychology & Behavior, (1),* 69-81.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. S., Chen, C. C. & Yen, C. F. (2008). Psychiatric comorbidity of internet addiction in college students: An interview study. *CNS Spectrums, 13 (2),* 147-153.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F. et al. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *European Psychiatry, 27 (1),* 1-8.

Ernst, R. & Lind-Krämer, R. (2014). Der Internetfriedhof für Avatare. *rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, (3) 3/4,* 202-208.

Kratzer, S. (2006). *Pathologische Internetnutzung: Eine Pilotstudie zum Störungsbild.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Lederer-Hutsteiner, T. & Geishofer M. H. (2011). *Internetsucht und Internetnutzungsverhalten bei steirischen Schülerinnen und Schülern. Eine repräsentative Untersuchung ab der 9. Schulstufe.* Studie im Auftrag der Steirischen Gesellschaft für Suchtfragen, b.a.s., Graz

Mader, R. & Musalek, M. (2010). *Ressourcen-orientierte Diagnostik der Sucht als Grundlage für integrative Behandlungsformen.* Wien: Spectrum.

Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. M., Vermulst, A. A. et al. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychol Behav, 12,* 1-6.

Müller, K. W. & Wölfling, K. (2010). Pathologische Computerspiel- und Internetnutzung – Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Phänomenologie, Epidemiologie, Diagostik und Komorbidität. *Suchtmedizin, 12,* 45-55.

Müller, K. W. & Wölfling, K. (2012). Internet- und Computerspielsucht. *Spectrum, 2,* 14-21.

Petersen, K. U. et al. (2009). *Präsentation der Ergebnisse der Breitenbefragung im Rahmen des Forschungsprojekts „Beratungs- und Behandlungsangebote zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland".* Hamburg: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Peterson, K. U. & Te Wildt, B. (2014). Computer- und Internetabhängigkeit. In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Störungen: State of the Art 2013/2014* (S. 437-444). 9. Aufl. München: Urban & Fischer.

Petry J. (2010). *Dysfunktionaler und pathologsicher PC und Internet-Gebrauch.* Göttingen: Hogrefe.

Petry, N. M., Rehbein, F., Gentile, D. A. et al. (2014). An international consensus of assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addicition,* doi:10.1111/add.12457.

Rumpf, H. J., Meyer, C., Kreuzer, A. & John, U. (2011). *Prävalenz der Internetabhängigkeit (PIN-*

TA). Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit. Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.

Spada, M. M. (2014). An overview of problematic internet use. *Addictive Behaviors, 39,* 3-6.

Wölfling, K., Müller, K. W. & Beutel, M. E. (2010b). Diagnostische Testverfahren: Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSV-e). In D. Mücken, A. Teske, F. Rehbein & B. te Wildt (Hrsg.), *Prävention, Diagnostik und Therapie bei Computerspielabhängigkeit.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Wölfling, K., Müller, K. W. & Beutel, M. E. (2011b). Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S) – Psychometrische Kennwerte eines klinisch-diagnostischen Instruments zum pathologischen Computerspielverhalten. Psychotherapie. Psychosomatik. *Medizinische Psychologie, 61,* 216.

Wölfling, K., Jo, C., Bengesser, I., Beutel, M. & Müller, K. (2013). *Computerspiel- und Internetsucht.* Stuttgart: Kohlhammer.

Mag. Birgit Oitzinger
Klinische und Gesundheitspsychologin
und Psychotherapeutin
am Anton-Proksch-Institut
Gräfin-Zichy-Straße 6
A-1230 Wien
birgit.oitzinger@gmx.net
www.psychotherapie-oitzinger.at

NACHRICHT

Hirnforschung

Warum Alkohol hungrig macht

Obwohl alkoholische Getränke viele Kalorien enthalten, wirken sie nicht sättigend. Ganz im Gegenteil löst Alkohol im Gehirn ein ähnliches Signal aus wie Nahrungsmangel.

Zu später Stunde sind die Imbissstände meist gut gefüllt mit alkoholisierten Menschen. Zwar könnten diese auch einmal getrost eine Mahlzeit auslassen – mit einer Flasche Rotwein nimmt man etwa 600 kcal zu sich –, doch geschieht genau das Gegenteil. Alkohol aktiviert die Nervenzellen im Gehirn, die das Hungergefühl auslösen, wie eine neue Studie mit Mäusen zeigt.

Trinker sind oft übergewichtig

Alkoholkonsum regt unmittelbar die Esslust an und ist mit Übergewicht assoziiert, wie frühere Studien gezeigt haben. Eine geläufige Erklärung dafür ist, dass Alkohol enthemmend wirkt und Menschen ihre Gelüste deswegen schlechter im Griff haben. Doch Forscher unter der Leitung von Denis Burdakov vom Francis Crick Institute in London hatten einen anderen Verdacht.

Im Gehirn von Mäusen und Menschen befinden sich in einer Region namens Hypothalamus bestimmte Nervenzellen, die normalerweise bei Nahrungsmangel aktiviert werden. Werden sie stimuliert, stellt sich unmittelbar ein Hungergefühl ein, auch wenn genügend Nährstoffe konsumiert wurden – ähnlich wie bei Alkoholkonsum, dachten sich die Forscher.

Erst zeigten sie, dass Alkoholkonsum auch bei Mäusen dazu führt, dass sich die Tiere überessen. Drei Tage lang verabreichten sie den Nagern einmal am Tag intravenös eine hohe Menge Alkohol: 18 Einheiten Alkohol, eine Dosis, die offenbar von 27 Prozent der jungen Briten mindestens einmal pro Woche konsumiert wird. An den drei Tagen unter Alkoholwirkung nahmen die Mäuse etwa ein Fünftel mehr Nahrung zu sich als an den drei Tagen vorher und nachher.

Hunger-Neuronen werden aktiv

Im Gehirn der Tiere aktivierte der Alkohol – wie die Forscher vermutet hatten – die Hunger-Neuronen (AgRP) im Hypothalamus. Wenn sie die Nervenzellen mit einer anderen Substanz blockierten, zeigte Alkohol dagegen keine Wirkung mehr. Die Forscher schließen daraus, dass diese Nervenzellen bei der hungersteigernden Wirkung von Alkohol eine zentrale Rolle spielen.

Demnach haben Essgelüste im Zusammenhang mit Alkohol auch eine physiologische Ursache. In Zeiten des Kalorienüberflusses wirkt sich dies nicht unbedingt vorteilhaft auf unser Gewicht aus. Aber wenigstens vergeht uns an geselligen Abenden in trinkfreudiger Gesellschaft nicht der Appetit.

Arbeitssucht – Wie viel Arbeit ist zu viel?

Raphaela Zeidler

Frau M. ist zufrieden. Der Anruf des Kollegen am Wochenende hat ihr die Möglichkeit gegeben bereits vorzuarbeiten. Ein paar Stunden am Wochenende machen doch Spaß – mögliche negative Auswirkungen sind ihr nicht bewusst! So wie Frau M. geht es vielen Werktätigen der modernen Arbeitswelt.

Unbestritten ist, dass Arbeit für jeden Menschen von Bedeutung ist. Man sagt über sich selbst – eine gewisse Zufriedenheit mit dem ausgeübten Beruf vorausgesetzt: „Ich bin Psychologe, Arzt, Tischler …!" anstatt „Ich arbeite als …!" Auch bei jenen Menschen, die aktuell keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, hat Arbeit eine enorme emotionale Bedeutung, denn schließlich definieren sich die meisten Menschen über ihre Tätigkeit. Betrachtet man die eigenen Assoziationen zur Arbeit, so ist oft schnell zu bemerken, dass man nicht nur eine eindeutige Gefühlsempfindung mit ihr in Verbindung bringt, sondern einige, scheinbar widersprüchliche Emotionen.

Auf der einen Seite ist Arbeit ein wichtiges, lebenskonstituierendes Element. Die andere, nicht nur positive Seite zeigt sich bei Betrachtung des Arbeitsbegriffes. So zeigen sich hier viele negative Konnotationen (Poltrum, 2012). Das deutsche Wort Arbeit kommt vom althochdeutschen Begriff für Mühsal (arbejidiz). Das russische „rabota" geht auf das slawische „rab" (Sklave) zurück. Noch wesentlich unerfreulicher klingen die Wurzeln des französischen Wortes „travail": das „tripassalon" (griechisch) war ein antikes Folterwerkzeug. Dem gegenüber stehen mannigfaltige positive Begriffe, die mit Arbeit konnotiert sind. Arbeit ist Teil der Identität und sichert die finanzielle Existenz. In der Arbeit – und durch die Arbeit – generiert man Erfolgserlebnisse und Anerkennung durch Dritte. Das kann zur Selbstwerterhöhung beitragen. Weitere Zugewinne durch Arbeit sind Sozialkontakte und Bildung einer Tagesstruktur. Außerdem bietet die Arbeit die Grundlage für Selbstentfaltung, Verbesserung und Gestaltung der Lebensumstände (Poppelreuter, 2004).

Wie viel Arbeit braucht der Mensch?

Arbeit nimmt einen gewissen, von Person zu Person, aber oft auch zeitlich, variablen Teil des Tages in Anspruch. Doch wie viel Arbeit ist zu viel? Die Antwort auf diese Frage kann nur schwer gegeben werden. Während für den einen die Arbeitsmenge und Arbeitszeit gerade richtig ist, ist ein anderer vielleicht unterfordert und wieder ein anderer bereits überfordert. Es gibt keine absoluten, objektiven Maße zur Quantifizierung von Arbeitsbeanspruchung. Sie ist durch hohe inter- und intraindividuelle Variabilität geprägt (Musalek & Zeidler, 2014). Löst man sich nun von quantitativen Kriterien und akzeptiert eine qualitative Einteilung kann man eher nachvollziehbare Grenzen zwischen „normalem" Arbeiten und pathologischem Arbeiten oder Arbeitssucht ziehen (Shimazu et al., 2012; vanBeek et al., 2011). Es ist nun nicht mehr alleine die Menge, die eine Person arbeitet, ausschlaggebend. Vielmehr stellt sich die Frage, ob sie gerne viel arbeitet und ob die Arbeit Freude bereitet. Hier ist auch der Flow-Effekt zu erwähnen. Dieser gilt als ein erstrebenswerter Idealzustand. Befindet man sich in diesem, steht man in vollkommenem Einklang mit der aktuell ausgeübten Tätigkeit. Die Person vergisst auf sich selbst, auf die örtliche sowie auf die zeitliche Komponente, Einflüsse von außen können in diesem Zustand nicht zur Person durchdringen (Csikszentmihalyi & Stopfel, 2004). Im Gegensatz dazu stehen jene Menschen, die sich innerlich zur Arbeit getrieben fühlen, sowie jene, die dauernd arbeiten, um innere Unruhe und Anspannung zu vermeiden (Schaufeli et al., 2008; Taris et al., 2010).

Diagnostische Kriterien

Aktuell ist die Arbeitssucht diagnostisch in der ICD-10 unter F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen" unter der Restkategorie F63 „sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle" einzuordnen, wo

Abbildung 1

Gegenüberstellung Alkoholabhängigkeit – pathologisches Arbeiten

Alkoholkonsumstörung	Arbeitssucht
Alkohol wird in größeren Mengen/länger als beabsichtigt konsumiert	Es wird mehr gearbeitet, als man geplant hat
Wunsch oder wiederholte Versuche, den Alkoholkonsum zu verringern	Versuche, weniger zu Arbeiten und neue Arbeiten abzulehnen, scheitern
Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren, sich von der Wirkung zu erholen	Viel Zeit für Arbeiten aufwenden, Vorbereitung zu Hause
Craving, oder starkes Verlangen nach Alkohol	Arbeitsverlangen, gedankliche Beschäftigung
Wiederholter Alkoholkonsum → Versagen bei der Erfüllung wichtiger Pflichten (in Arbeit, Schule, zu Hause)	Zugunsten der Arbeit werden Pflichten zu Hause und wichtige Termine vernachlässigt
Alkoholkonsum trotz sozialer und zwischenmenschlicher Probleme durch den Konsum	(zu viel) Arbeiten trotz dadurch auftretenden Problemen im sozialen Bereich
Soziale, berufliche und Freizeitaktivitäten werden wegen des Alkoholkonsums aufgegeben	Vernachlässigung von Hobbies, Familie, Freunden
Alkoholkonsum in Situationen, in denen das zu körperlicher Gefährdung führt	Arbeiten trotz bereits bekannter körperlicher Beeinträchtigungen (Herz-Kreislauf-System, …)
Alkoholkonsum trotz bekannten physischen/psychischen Problemen durch Alkohol	Arbeit trotz bekannter Probleme (Stützapparat, Burnout, …)
Toleranzentwicklung: Dosissteigerung (→ Effekt) oder verminderte Wirkung bei gleicher Menge	Wunsch nach immer mehr Arbeit; dieselbe Arbeitsmenge bringt nicht mehr den gewünschten Effekt
Entzugssymptome: Entzugssyndrom oder Konsum von Alkohol oder ähnlicher Substanz, um Entzugssymptome zu lindern	Unruhe, Gereiztheit, psychovegetative Reaktionen, oder Aufbau einer arbeitsähnlichen Freizeitsituation („Freizeitstress“)

beispielsweise auch das pathologische Kaufen oder der pathologische PC- und Internetgebrauch einzuordnen wäre. Eine Änderung der Klassifikation und somit der Sicht auf das umfassende Thema ist hier wünschenswert: Arbeitssucht ist eine komplexe Suchterkrankung und keine Impulskontrollstörung.

Vorzustellen wäre eine Adaptation der DSM-5-Kriterien, wie in Abbildung 1 dargestellt.

Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, überdosierte Arbeit

Epidemiologische Zahlen zur Häufigkeit der Arbeitssucht sind sehr heterogen und die Datenlage zur Thematik hat oft eine große Schwankungsbreite. Zahlen in den USA variieren zwischen fünf Prozent oder zehn Prozent bis gar in einzelnen Studien hin zu 49 Prozent der Personen, die einer Erwerbsarbeit nachgehen (Cherington, 1980; Burke, 1999; Machlowitz, 1981). In Deutschland geht man von etwa 20.000-30.000 arbeitssüchtigen Personen aus (Poppelreuter, 2004).

Am Beginn einer Arbeitssuchtentwicklung steht oft das Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstverwirklichung durch die Arbeit. Die Betroffenen berichten vom hohen Anreiz, den die Arbeit für sie hat. Es verschafft ein gutes Gefühl zu arbeiten, gerne wird auch viel oder sehr viel gearbeitet. Nach den ersten auf die Arbeit bezogenen Erfolgs- und Anerkennungserlebnissen entsteht bald ein innerer Wunsch nach mehr Arbeit. Dieser Wunsch alleine ist noch unproblematisch. Die direkten Effekte, etwa, dass Arbeiten Freude bereitet oder das Wohlgefühl durch Erfolgserlebnisse, erzeugen weitere Anreize, um das Arbeitspensum zu steigern. Die erlebte emotionale Zufriedenheit mit sich selbst kann den Wunsch nach Mehrarbeit verstärken und die Arbeitsdosis weiter steigern. Gefährlich wird es für den Betroffenen erst, wenn zu diesem unmittelbaren auch ein indirekter Belohnungseffekt hinzukommt. Vorstellbar wäre beispielsweise eine schwierige Lebenssituation, in der das Arbeiten als Ausstieg dient. Es kommt zu einem Drang zu arbeiten, der vergleichbar mit dem Craving bei Substanzabhängigkeit ist. Die auslösenden Faktoren können sowohl extrinsische sein, wie möglicherweise Probleme in der Partnerschaft oder eine Ich-Schwäche mit hoher Abhängigkeit von positiver Rückmeldung durch andere, als auch intrinsische Faktoren wie Selbstwertproblematiken, Ängste oder Zwänge.

Der in der Folge auftretende Kontrollverlust hat nun nichts mehr mit dem vorhin genannten Flow zu tun. Typisch ist vielmehr, dass der Suchtkranke nun nicht mehr Herr über Beginn, Beendigung und Menge des Arbeitens ist. Freizeit wird als unangenehm empfunden. Die Betroffenen haben Schwierigkeiten in der Freizeitgestaltung, fühlen sich unruhig, angespannt und ängstlich, bis hin zu depressiven Durchgangssymptomen und Schuldgefühlen. Analog zu anderen Abhängigkeitserkrankungen kommt es zu einer Form der Toleranzentwicklung. Um ein bestimmtes, angenehmes

Gefühl zu erzeugen, oder Spannungen und ängstliche oder depressive Symptome abzuwehren, muss immer mehr gearbeitet werden. Wird das Arbeiten verhindert, steigt die innere Spannung in ein unaushaltbares Ausmaß (Musalek & Zeidler, 2014). Das Mehr an Arbeit soll auch zu einer quantitativen Zunahme an guten Gefühlen führen. Üblicherweise ist das jedoch nicht der Fall (Grüsser & Thalemann, 2006). Daher wird in der Folge noch mehr gearbeitet, um die erwünschten Gefühlszustände doch zu erreichen.

Aufgrund eines Mangels an Erholungsfähigkeit und eines vegetativen Hyper-Arousals kommt es in der Folge zu vielen psychischen, physischen und sozialen Folgeproblemen. Hier sind vor allem Depressionen, Angsterkrankungen, Burnout, Schwierigkeiten in der Partnerschaft und soziale Isoliertheit zu beobachten (vgl. dazu Musalek & Zeidler, 2014, S. 198). Der Teufelskreis von überdosierter Arbeit und Folgeproblemen kann paradoxerweise dazu führen, dass um von diesen Problemen abzulenken, die Arbeit erneut gesteigert wird. Betrachtet man nun diese Spirale und Charakteristika, dann wird deutlich, dass das Thema Arbeit zum zentralen Punkt des Lebens wird und alle anderen Interessen zu Gunsten des Tätigseins in den Hintergrund treten. Frühere Hobbies werden vernachlässigt, alles dreht sich um das Suchtmittel – Arbeiten wird zum bestimmenden Element.

Komorbiditäten

Als häufige komorbide Erkrankung der Arbeitssucht ist das Burnout zu nennen. Die hier typischen Erscheinungsbilder sind Erschöpfung, Depersonalisation und berufliche Überforderung. Hinzu kommt ein Leistungsabfall. Das prozesshafte Voranschreiten ist eng mit der Entstehung der Arbeitssucht verknüpft. In der Behandlung der Arbeitssucht ist daher ein besonders aufmerksames Hinschauen auf das eventuelle Vorhandensein von Burnout-Symptomen indiziert. Andere Komorbiditäten sind Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Suchterkrankungen, hier vor allem das Rauchen. An dieser Stelle ist auch das Neuroenhancement zu nennen. Verschreibungspflichtige Psychopharmaka wie beispielsweise Methylphenidat („Ritalin“), illegale Drogen wie Kokain, jedoch auch Alltagsstimulanzien wie Tee oder Kaffee werden zum „Hirndoping“ missbraucht. Die Zahlen der Betroffenen liegen für pharmakologisches Neuroenhancement bei 1,0-1,9 Prozent der Erwerbstätigen zwischen 20 und 50 Jahren (DAK, 2015).

Eine gängige Klassifikation ist jene von Poppelreuter et al. (2004) in vier Gruppen:

- Der entscheidungsunsichere Arbeitssüchtige versucht, durch Mehrarbeit seine Entscheidungsschwäche zu kompensieren.
- Dem *überfordert-unflexiblen Arbeitssüchtigen* mangelt es an Spontaneität und Flexibilität. Dies ist sowohl in der Arbeit als auch in jenen Lebensbereichen, die nichts mit der Arbeit zu tun haben, bemerkbar.
- Der *überfordert-zwanghafte Arbeitssüchtige* zeigt sich in der Arbeit ängstlich und überfordert. Zwanghaftes Arbeitsverhalten und Perfektionismus gehen einher mit Unzufriedenheit mit der eigenen Arbeitsleistung.
- Der *verbissene Arbeitssüchtige* will seine Überzeugung durchsetzen. Die Arbeit kann von ihm nicht delegiert werden, er will alle Verantwortung bei sich behalten. Die Arbeitstage werden zu Ungunsten der Freizeit verlängert. Dieser Typ entspricht am ehesten dem Prototyp eines Arbeitssüchtigen.

Üblicherweise finden sich Mischtypen, reine Typen kommen in der klinischen Praxis nur sehr selten vor. Die klinische Relevanz einer solchen Typologie ist fraglich. Einer individualisierten, mehrdimensionalen Diagnostik sollte der Vorrang gegeben werden (Musalek & Zeidler, 2014).

Therapie

Häufig suchen die Betroffenen nicht primär in einer Spezialklinik für Suchterkrankungen Hilfe. Erst spät im Prozess, wenn das Arbeitssuchtgeschehen bereits weit fortgeschritten ist, werden dann auch Professionisten des Gesundheitssystems kontaktiert. Meist geht es vorrangig um physische und psychische Folgeerkrankungen, wegen denen es zum Kontakt mit dem Gesundheitssystem kommt. An dieser Schnittstelle ist es von hoher Relevanz, geschultes Personal zu haben, das die dahinterstehende Problematik erkennen und an die geeigneten Stellen weiterverweisen kann. In der klinischen Empirie haben sich relevante Punkte für den Verlauf einer Therapie herauskristallisiert. Das ist vor allem das Setzen von klaren Therapiezielen. Lediglich grob gefasste Vorsätze wie „Stärker werden“ oder „irgendwie weniger arbeiten“ sind oft der Grund für das therapeutische Scheitern. Deutlich sichtbare Ziellinien sind hier wichtig. Nur so können Fortschritte auch gemessen werden. Abweichungen zwischen den Erwartungen und Vorstellungen des Betroffenen sowie seines Umfeldes (Familie, aber auch häufig Arbeitgeber) und des Therapeuten sind weitere Stolperfallen im therapeutischen

Prozess. Entscheidend ist es, attraktive Ziele zu formulieren deren Umsetzbarkeit realistisch erscheint.

Fallbeschreibung

An dieser Stelle soll die eingangs erwähnte Frau M. näher vorgestellt werden. Die 47-jährige Angestellte lebt in einem Haushalt mit ihrem 18-jährigen Sohn. Seit einem Jahr hat sie einen Lebensgefährten. Diesen erlebt sie als sehr unterstützend, er verstehe sich auch mit ihrem Sohn sehr gut. Die Beziehung insgesamt wird als positiv beschrieben. Als Belastungsfaktor in der Beziehung beschreibt sie die Beanspruchung durch die zwei Haushalte, die sie zu führen hat – sie führt nämlich noch den Haushalt ihres Lebensgefährten. Die Patientin wurde an der Suchtklinik vorstellig, da ihr Alkoholkonsum ein Ausmaß angenommen hatte, dass sie zunehmend in ihrem Privatleben und auch ihrer Arbeit beeinträchtigte. Sie berichtete über einen sich seit zwei Jahren steigernden Alkoholkonsum. Im Zuge einer Einschlafstörung konsumierte sie anfangs jeden Abend Wein, üblicherweise zwei Gläser nach der Arbeit, zum „herunterkommen“. In der Folge, als die erwünschte Wirkung nicht mehr eintrat, wurde die Menge zunehmend mehr, bis sie schlussendlich etwa sechs Gläser, das entspricht zwei Flaschen Wein, jeden Abend trank. Zur Einschlafstörung gesellte sich eine Durchschlafstörung. Jeden Morgen um vier Uhr war die Patientin wach. Die Gedanken kreisten um die Arbeit, die Befürchtungen, was sie alles erwartet und was sie zu tun hat, waren nicht zu beruhigen. In ihrer Verzweiflung – sie musste schließlich um sechs Uhr aufstehen – begann sie, hier ein bis zwei kleine Schnäpse zu konsumieren. Jeden Morgen um vier Uhr trank sie von nun an Schnaps. Der Partner konnte nicht helfen und drückte seine Besorgnis aus. Sie entschloss sich zur Vorstellung an einer Suchtklinik. Am Arbeitsplatz sei der zunehmende Alkoholmissbrauch laut der Patientin nicht weiter aufgefallen oder zumindest nicht thematisiert worden.

Die bei der Aufnahme gestellten Diagnosen waren:

- F10.2 Alkoholabhängigkeit
- F10.3 Alkoholentzugssyndrom
- F17.1 Schädlicher Gebrauch von Tabak
- G62.8 Polyneuropathie
- R06.0 Dyspnoe bei leichter bis mittelschwerer Anstrengung
- G83.8 Vorfußheberschwäche

Diese wurden bald, nach entsprechender psychiatrischer sowie klinisch-psychologischer Exploration und Diagnostik, um die beiden folgenden Diagnosen erweitert:

- Z73.0 Burnout
- F63.8 pathologisches Arbeiten

Die Patientin arbeitet seit 25 Jahren in derselben Firma. Der Arbeitsplatz ist trotz zunehmendem Alkoholkonsum und dadurch aufgetretenen Fehlleistungen sicher. Die aktuelle Position erlebt die Betroffene als sehr stressig, wenn sie ins Büro kommt, weiß sie bereits, dass sie das Pensum, trotz täglicher Überstunden, nicht schaffen kann. Kündigung oder Veränderung innerhalb der Firma sind nicht vorstellbar, da das mit gravierenden finanziellen Einbußen verbunden wäre. An dieser Stelle zeigt sich die Relevanz des Vermeidens von Zieldivergenzen. Ein Beharren von Seiten der Behandler auf einer Auflösung oder Modifizierung der ungünstigen Arbeitssituation hätte als Konsequenz einen Therapieabbruch bedingen können. Mittels 24-Stunden-EKG wurde die Herzratenvariabilität (HRV) gemessen. Hier zeigte sich, dass die Patientin auch dann, wenn sie sich subjektiv entspannt fühlte, physiologisch unter höchster Anspannung stand. Dazu passend waren auch die testpsychologischen Ergebnisse: in einem Verfahren, in dem ein Stressor gesetzt wurde, um die Veränderung der Anspannung in der HRV abzubilden, reagierte die Patientin physiologisch mit erhöhter Herzfrequenz auf den Stressreiz. Subjektiv erlebte sie den Stressreiz als „lustig und leicht“. Nach Wegfall des Stressors war keine Entspannung messbar. Das therapeutische Vorgehen war ressourcenorientiert. Es bestand aus klinisch-psychologischer Gruppenbehandlung sowie klinisch-psychologischen Einzelgesprächen zur Bearbeitung einerseits der Alkoholsuchtproblematik, andererseits zur Auseinandersetzung mit den beruflichen Gegebenheiten und den Coping-Mechanismen. Zur Förderung der Entspannungsfähigkeiten nahm die Patientin am Biofeedback sowie an der Muskelentspannung nach Jacobson teil. Von physiotherapeutischer Seite wurde sie mit Ausdauertraining und Krafttraining unterstützt. Wichtig für die Patientin war außerdem die regelmäßige Kreativtherapie. Hier konnte sie vor allem in der Arbeit mit Ton Muße erfahren. Die positiven Behandlungsergebnisse nach einem zehnwöchigen Behandlungszeitraum waren sichtbar in der Blutdruckregulation im Verlauf des Aufenthaltes und in einer deutlich messbaren Verbesserung der Bauchatmung, die sie besonders beim Biofeedback bemerkte. Die zum Behandlungsbeginn noch stark ausgeprägten Einschlafstörungen wurden beseitigt, die Durchschlafstörungen verbessert. Um diese positiven Effekte beizubehalten und weiter zu

fördern, wurde eine individuelle suchtspezifische Weiterbetreuung initiiert, in der sie sich weiterhin sowohl mit der Alkoholabhängigkeit, jedoch ebenso mit der Arbeitssucht auseinandersetzen kann.

Fazit

In der Behandlung und Therapie der Arbeitssucht ist der zentrale Punkt der, dass die Funktion, die das Suchtmittel „Arbeit" hat, herausgearbeitet wird. Völlige Abstinenz, wie das bei substanzgebundenen Süchten oft sinnvollerweise gefordert wird, kann hier natürlich nicht Therapieziel sein. Das Hervorheben und Aktivieren von bereits bestehenden Ressourcen bzw. die Implementierung von neuen Ressourcen unterstützt dabei, einen neuen Fokus zu bekommen, die Arbeit neu einzuschätzen und ein freudvolles Leben zurückzugewinnen oder erstmals anzudenken und einzuleiten. Zentrale Elemente der Behandlung sind auf der einen Seite eine positive Neubewertung der Arbeit mit einer anderen Gewichtung des Themas Arbeit im Leben, sowie die Erfahrung von Muße, Ruhe und Entspannung. Dem Genießen des Nichtstuns ohne Erfolgsdruck, dem Erleben von zufriedenen Momenten durch Kreativität und Bewegung und der generellen sinn- und freudvollen Gestaltung der Freizeit kommen elementare Bedeutung für eine gelingende Behandlung zu. Eine dauerhafte Befreiung von der Arbeit im Sinne einer Pensionierung sollte nur dann erfolgen, wenn keine andere Option mehr zur Verfügung steht. Das erste Ziel sollte immer die Reintegration in den Beruf sein.

Literatur

Burke, R. J. (1999). Workaholism in organizations: measurement, validitation and replication. *International Journal of Stress Management, 6,* 45-55.

Cherington, D. J. (1980). *The Work Ethic. Working Values that work.* New York: Amacon.

Csikszentmihalyi, M. & Stopfel, U. (2004). *Flow im Beruf. Das Geheimnis des Glücks am Arbeitsplatz.* Stuttgart: Klett-Cotta.

DAK-Gesundheit (2015). *DAK-Gesundheitsreport 2015.* Verfügbar unter: https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2015-1585948.pdf

Grüsser, S. M. & Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht – Diagnostik, Therapie, Forschung.* Bern: Huber.

Machlowitz, M. (1981). *Arbeiten Sie auch zu viel? Arbeitssucht und wie man damit leben kann.* Landsberg: mvg.

Musalek, M. & Zeidler, R. (2014). Suchtartiges Arbeitsverhalten. In O. Bilke-Hentsch, K. Wölfling, A. Batra (Hrsg.), *Praxisbuch Verhaltenssucht: Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (S. 191-213). Stuttgart: Thieme.

Poltrum, M. (2012). Beschleunigung des Lebenstempos – Arbeit und Burnout. Zur Pathologie der Spätmoderne. In M. Musalek & M. Poltrum (Hrsg.), *Burnout. Glut und Asche.* Berlin: Parodos.

Poppelreuter, S. (2004). Arbeitssucht: Massenphänomen oder Psychoexotik? *Beilage zur Wochenzeitung „Das Parlament", 1-2,* 8-4.

Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being. *Journal of Applied Psychology: An International Review, 57,* 173-203.

Shimazu, A., Schaufeli, W. B., Kubota, K. et al. (2012). Do workaholism and work engagement predict employee well-being and performance in opposite directions? *Industrial Health, 50,* 316-321.

Taris, T. W., Schaufeli, W. B. & Shimazu, A. (2010). The push and pull of work: about the Difference between Workaholism and Work Engagement. In A. B. Bakker & M. P. Leiter (Eds.), *Work engagement: a handbook of essential theory and research* (pp. 39-53). New York: Psychology Press.

vanBeek, I., Taris, T. & Schaufeli, W. B. (2011). Workaholic and work engagement employees: dead ringers or worlds apart? *Journal of Occupational Health Psychology, 16 (4),* 468-482

Mag. Raphaela Zeidler
Klinische und Gesundheitspsychologin,
Anton-Proksch-Institut, Wien.
Doktoratsstudium in Public Health,
Forschungsgebiet Burnout und Sucht
raphaela.zeidler@api.or.at

NACHRICHT

Raucherkrebs

Organspezifische Mutationen durch den blauen Dunst

Dass Rauchen krebserregend ist, ist bekannt. Nun haben Forscher untersucht, welche Gene der Tabakrauch beeinflusst. Betroffen sind auch Organe, die gar nicht mit dem Rauch in Berührung kommen.

Forscher haben spezielle Veränderungen des Erbguts in Krebstumoren von Rauchern entdeckt. Dort kommen fünf Mutationsmuster besonders häufig vor, wie aus einer am Donnerstag im Fachmagazin „Science" veröffentlichten Untersuchung hervorgeht. Dazu hatten unter anderem Forscher des National Laboratory in Los Alamos in New Mexico und des Wellcome Trust Sanger Institute in Hinxton, England, zusammengearbeitet.

150 Mutationen pro Jahr

Die Zahl der Mutationen in der DNA hängt demnach von der Zahl der Zigaretten und dem Organ ab. Am stärksten ist die Lunge betroffen. Das Rauchen einer Packung Zigaretten am Tag verursacht pro Jahr im Schnitt 150 Mutationen in jeder Lungenzelle. „Bisher hatten wir eine Vielzahl epidemologischer Hinweise auf die Verbindung zwischen Rauchen und Krebs. Jetzt können wir die von Zigaretten verursachten molekularen Veränderungen in der DNA endlich überprüfen und quantifizieren", sagte Erstautor Ludmil Alexandrow vom Los Alamos National Laboratory in New Mexico.

Neben der Lunge gibt es auch in anderen Organen Veränderungen. Im Kehlkopf etwa treten bei einer Schachtel Zigaretten täglich im Schnitt zusätzlich 97 Mutationen jährlich pro Zelle auf, in der Rachenhöhle 39, im Mund 23. Auch Organe wie die Harnblase (18 Mutationen) und die Leber (6 Mutationen), die nicht direkt mit dem Tabakrauch in Berührung kommen, sind betroffen.

Prävention tut not

Die Heidelberger Krebsexpertin Martina Pötschke-Langer hält die Studie vor allem in ihrem Umfang für bedeutsam. „Diese Studie wird sicherlich für große Aufmerksamkeit sorgen", sagte die ehemalige Leiterin der Stabsstelle Krebsprävention des Deutschen Krebsforschungszentrums der Deutschen Presse-Agentur.

Pötschke-Langer betonte die feine Unterscheidung der Forscher zwischen Organen, die unmittelbar und mittelbar von dem Tabakrauch berührt werden. „Selbst in der Harnblase und der Leber, also fernen Organen, gibt es Mutationen durch Tabakrauch." Die Studie bestärke vorhandenes Wissen. „Aber die Anwendung des Wissens muss in der Politik und im Parlament folgen." Sie fordert Präventivmaßnahmen wie eine Erhöhung der Tabaksteuer, ein Werbeverbot für Tabakprodukte und mehr Nichtraucherschutz.

Die Forscher untersuchten mehr als 5.000 Krebstumore und verglichen solche von Rauchern mit solchen von Menschen, die noch nie geraucht hatten. Dabei fanden sie im Erbgut von Rauchertumoren bestimmte molekulare Fingerabdrücke. Konkret identifizierten sie bei den 17 Krebsarten, deren Risiko durch Rauchen steigt, mehr als 20 Mutationsmuster. Fünf davon brachten die Forscher mit Krebs von Rauchern in Zusammenhang.

Eine Variante, „Signatur 4", tauchte hauptsächlich in jenen Organen auf, die direkt mit dem Tabakrauch in Verbindung kommen – etwa der Lunge oder dem Kehlkopf. Andere führten die Forscher auf die Aktivität eines bestimmten Enzyms zurück, von dem man weiß, dass es Mutationen auslöst. „Signatur 5", deren Ursprung unklar ist, wurde bei allen durch Rauchen verursachten Krebstypen entdeckt.

Krebserregende Chemikalien

Tabakrauch enthält der Studie zufolge mehr als 7.000 Chemikalien, von denen über 70 krebserregend sind. Mindestens sechs Millionen Menschen sterben demnach jedes Jahr an den Folgen des Rauchens. Falls der aktuelle Trend sich fortsetze, würden der Weltgesundheitsorganisation zufolge bis Ende des Jahrhunderts mehr als eine Milliarde Menschen an den Folgen des Tabakkonsums sterben.

Vollständig ist die Ursache des Krebsrisikos bei Rauchern noch immer nicht entschlüsselt. Vor allem bei jenen Organen, die nicht mit dem Rauch in Berührung kommen, bestehen Unklarheiten. „Unsere Forschung macht deutlich, dass der Weg, wie Rauchen Krebs verursacht, noch komplexer ist als gedacht", sagte Mike Stratton vom Wellcome Trust Sanger Institute in Hinxton, England.

Bekannt ist, dass das Risiko für die meisten Krebsarten schon nach einigen Jahren Rauchverzichts deutlich sinkt. Nach einer Dekade hat der Ex-Raucher laut Deutschem Krebsforschungszentrum nur noch ein halb so hohes Risiko für Lungenkrebs, wie wenn er weitergeraucht hätte. Bis das Niveau eines Nichtrauchers erreicht ist, dauere es aber zwanzig bis dreißig Jahre.

Der zurückhaltende Blick

Zur Fotoserie „Sehnsucht“ von Natalie Swoboda

Thomas Ballhausen

Die Arbeiten der österreichischen Fotografin Natalie Swoboda (* 1981) führen uns Bilder vor Augen, die wir nur vermeintlich schon so gesehen haben. Vielmehr lädt sie in ihrer Auseinandersetzung mit dem Eigenen im Fremden zu einer Neulektüre visueller Angebote ein – und fördert dabei überraschende Ergebnisse zutage. Ihre exklusiv für **rausch** zusammengestellte Serie „Sehnsucht“ gibt einen Einblick in ihr vielfältiges Schaffen.

Die Fotoarbeiten Natalie Swobodas verlangen Genauigkeit im Sehen, sie brauchen Zeit und Aufmerksamkeit. Ein oberflächlicher Betrachter wird in ihnen wenig mehr sehen können als eine Fortführung vielgedruckter, werbetauglicher Sujets. Doch es verhält sich anders mit Swobodas Arbeiten: Ihre alternative Perspektive auf abgenutzte Standardsituationen erlaubt ein künstlerisches Torpedieren derselben. Die vorliegende Serie „Sehnsucht“, die Analogfotografien aus dem Zeitraum 2010 bis 2016 umfasst, erzeugt Spannungen, indem wir einerseits mit zu decodierenden Bildinformationen konfrontiert sind, andererseits mit Ankerpunkten der Irritation und der Verfremdung. Im langsamen Erschließen der Fotografien entfaltet sich nicht zuletzt auch ein Verständnis für die Arbeitsweise der Künstlerin, ihr zurückgenommenes, ja behutsames Schauen. Die Autodidaktin verfügt über ein geschultes Auge, das visuelle Traditionen kennt und sich doch keiner verpflichten oder gar unterordnen will. Das Einfließen visuellen Gepräges kann gewiss nicht verleugnet werden – das soll es auch gar nicht –, doch direkte Einflüsse oder Bezüge lassen sich nicht sofort ableiten. Anders verhält es sich mit der Haltung der Aneignung, den Momenten der Überprüfung auf Stimmigkeit, ja auf die vielfältige *Haltbarkeit*, die den jeweiligen Aufnahmen vorausgehen. Das Fotografieren wird bei ihr als ein (auch im übertragenen Sinne) sich *entwickelnder* Prozess greifbar. Diese Strategie des Innehaltens, die nicht selten auch einen Verzicht auf das sogenannte Geplante mitmeinen muss, bedeutet aber in letzter Konsequenz auch, manche Aufnahmen schlicht nicht zu machen. Es ist also nicht, wie es die digitale Bildwelt gestattet, einfach die Auswahl einer als gelungen betrachteten Aufnahme aus einer Vielzahl verworfener, denn vielmehr der Wunsch nach Reduktion, das Ansinnen, schlichtweg ein gutes Foto zu machen.

Die bildhaften Beschreibungen der erfassten Umgebungen erweisen sich dabei – im mehrfachen Sinne einer *festgestellten* Wirklichkeit – weniger als dokumentarisch, denn als raumöffnend. Die Aufnahmen von Natalie Swoboda erschließen Möglichkeiten; die Öffnung potentieller Räume gibt der vorliegenden Auswahl auch eine programmatische Klammer. Die Annäherung an die bereisten Orte – hier nun also Italien, Griechenland, Thailand und Kambodscha – bedient sich dabei keiner touristischen Konventionen, sondern versucht sich gelungen in der ernsthaften Auseinandersetzung, im Kennenlernen durch das Stiften von Beziehungen. Swobodas Blick ist einer, der heimisch werden will; ein Blick, der vorsätzlich Umwege geht, um die Schönheit im Ungewöhnlichen zu entdecken und das Eigene und das Fremde in ihrer wechselseitigen Beeinflussung fassbar zu machen. Ihr tastendes, doch alles andere als unsichere Arbeiten – bis hin zu den formalen Experimenten, die etwas wie ein Fotografieren ins Ungewissen erlauben – lassen wortwörtlich Gespenster auftreten. Ihre Fotografien vermitteln ein Wissen darum, dass etwas passiert ist, auch, wenn das eigentliche Geschehen, die vorausgegangene Vergangenheit, in den Fotografien nicht direkt zu sehen ist. Im sehnsuchtsvollen, doch nicht simpel verklärend-nostalgischen Rückblick werden Momente desertierter Zeit, etwa als Spuren und Zwischenstände von Prozessen der Verwandlung, greifbar gemacht. Die in die Situationen bzw. Aufnahmen eingelagerten Geschichten wollen aufgerufen werden – abseits aller Bewertungen oder Voreingenommenheit. Das *Menschliche*

und eben nicht die porträtierten Menschen dominieren als übergreifendes, grenzüberschreitendes Element die vermeintlichen Leeren von Natalie Swobodas Fotografien. Es gibt in der Präsenz unserer Gegenwart des Betrachtens in der Serie „Sehnsucht" etwas zu entschlüsseln, es gibt hier *tatsächlich* etwas zu entdecken.

Kontakt zur Fotografin

Mag. Natalie Swoboda
office@fotostories.org

© Chris Saupper, 2016

Mag. Dr. Thomas Ballhausen
Autor, Literaturwissenschaftler
und Kulturphilosoph.
Lehrbeauftragter an der Universität Wien
und an der Universität Mozarteum Salzburg.
t.ballhausen@gmail.com

Modernes Antiquariat

50-90% Preisvorteil

für Bücher aus: Belletristik, Mathematik, Medizin, Musik, Philosophie, Politik, Psychologie, Recht, Religion, Soziologie, Wirtschaft und Zeitgeschichte.

Bücher zum Teil Raritäten in bibliophiler Ausstattung.

Versandkostenfrei bei Bestellwert über 20,- Euro, bei geringerem Bestellwert Versandkostenpauschale von 2,- Euro.

www.modernes-antiquariat.net

Abstinenzverletzungseffekt und andere Unterscheidungsmerkmale in Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit und Glücksspielabhängigkeit

Michael Peter

Einleitung

Seitdem Patienten mit der Diagnose pathologisches Glücksspiel zunehmend Behandlungseinrichtungen aufsuchen, gibt es ein immer breiteres Therapieangebot für diese Klientel. In vielen Einrichtungen werden Alkoholkranke therapeutisch gemeinsam mit Spielsüchtigen betreut. Aus den klinischen Erfahrungen der letzten Jahre stellt sich hier die Frage, inwieweit dies den sehr komplexen und in vielen Bereichen auch unterschiedlichen Suchtformen gerecht wird. In diesem Artikel soll auf Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten der suchtauslösenden und suchtaufrechterhaltenden Bedingungen fokussiert werden und Beachtung im Prozess der Entwöhnungstherapie Glücksspielabhängiger finden.

Epidemiologie der Alkohol- und Glücksspielabhängigkeit in Österreich

Seit Jahrzehnten werden Zahlen zu Alkoholabhängigen in Österreich erhoben (siehe Uhl & Springer, 1996), zudem erscheint jährlich im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit das *Handbuch Alkohol Österreich* (vgl. Uhl et al., 2015). Während also für den Alkoholkonsum in Österreich ausreichend Daten vorliegen, lagen für den Glücksspielkonsum in Österreich bis vor wenigen Jahren überhaupt keine Zahlen vor. Eine erste repräsentative Erhebung wurde 2009 von Kalke, Buth, Rosenkranz, Schütze, Oechsler und Verthein durchgeführt. Diese wies in der österreichischen Bevölkerung zwischen 14 und 65 Jahren eine Glücksspielproblematik von 1,1 Prozent aus. Die methodischen Qualitätskriterien für epidemiologische Studien für Suchterkrankungen wurden allerdings teils kritisch diskutiert (vgl. Mader & Musalek, 2014). Die Validität der Daten wurde als problematisch angesehen, ebenso die hohe Variabilität hinsichtlich der Verfügbarkeit von Glücksspielangeboten. Große regionale Unterschiede bezüglich der Verfügbarkeit von Glücksspielangeboten innerhalb Österreichs erschwerten es, landesweit repräsentative Daten zu erheben. So könne auch keineswegs von einer ungefähren Gleichverteilung in Österreich ausgegangen werden. Eine erneute Repräsentativerhebung zum Glücksspielverhalten in Österreich (Kalke & Wurst, 2015) zeigte eine ähnliche Situation im Vergleich zu 2009: Glücksspielprobleme liegen bei 1,1 Prozent aller Österreicher/innen zwischen 14 und 65 Jahren vor – diese zeigen ein problematisches oder pathologisches Spielerverhalten (nach DSM-IV). Dies sind etwa 64.000 Personen. Dieser Wert ist im Vergleich zu 2009 konstant.

Ebenso problematisch ist es, wenn Zahlen aus Deutschland auf Österreich einfach umgelegt werden. Diesem Erhebungsansatz folgend ergeben sich für Österreich Häufigkeiten von 0,4 Prozent bis zu 1,5 Prozent. Auch wenn die beschriebenen methodischen Hindernisse eine genaue Benennung der Größendimension der Glücksspielproblematik und deren negative Folgeerscheinungen erschweren, kann darauf nicht verzichtet werden, da nur auf dieser Grundlage der mögliche Hilfebedarf für problematisch und pathologisch Glücksspielende abgeleitet werden kann.

Der Zulauf von Alkoholabhängigen in die Behandlungseinrichtungen zeigt sich seit Jahren gleichbleibend. In Österreich zeigen 7,5 Prozent der Männer (ca. 270.000 Personen)[1] sowie 2,5 Prozent der Frauen (ca. 90.000 Personen) das Bild einer chronischen Alkoholabhängigkeit, davon nehmen gesamt 1 Prozent der Betroffenen Behandlung in Anspruch. Im Gegensatz

[1] Berechnungsgrundlage Uhl, 1994; hochgerechnet auf die Bevölkerung der 15-Jährigen und Älteren für 2011 laut Statistik Austria. Kommentar: * = gerundet auf 5.000; ** = gerundet auf 500.

dazu ist in der Gruppe der Glücksspielabhängigen und der problematischen Spieler im klinischen Alltag ein verstärkter Zulauf zu den Behandlungsangeboten für Spielsüchtige zu bemerken. 0,9 Prozent zeigen das Bild einer chronischen Glücksspielabhängigkeit.

Spezifische Unterschiede der Abhängigkeitsentwicklung

Bei der Entstehung der Glücksspielabhängigkeit ist die Initialsituation (der erste Spielkontakt) bedeutsam für die Entwicklung der Gewinnerwartung. Unter der Voraussetzung bestimmter persönlicher Prädispositionen kann ein früh eintretender, persönlich als bedeutsam empfundener Gewinn (die Gewinnhöhe im Verhältnis zum Spieleinsatz sowie die vom Spieler wahrgenommene Gewinnwahrscheinlichkeit) zur Entwicklung einer unrealistisch hohen Erwartung an einen erneuten hohen Gewinn führen. Hier zeigt sich die Parallele zum Einstieg in den Alkoholkonsum – das erste Glas Alkohol wird in den meisten europäischen Ländern vor dem 14. Lebensjahr getrunken (12,7 Jahre; Kraus et al., 2006), bereits kurz nach dem erstmaligen Alkoholkonsum erlebt der Jugendliche seinen ersten Rausch (Settertobulte & Richter, 2007). Noch mehr als beim Einstieg in das Glücksspiel haben die meisten Jugendlichen zu Beginn des Alkoholkonsums eine unrealistische Wirkungserwartung, die sich darin ausdrückt, dass die vom jungen Konsumenten gesuchte lockernde und euphorisierende Alkoholwirkung nach dem Motto „umso mehr, umso besser“ eingeschätzt wird. Erst in den Folgejahren entwickelt sich eine realistischere, erfahrungsbasierte Wirkungserwartung an den Alkohol, wodurch 95 Prozent der jungen Alkoholkonsumenten ein moderates, risikoarmes Trinkmuster entwickeln. Gefährdet für die Entwicklung eines chronischen schädlichen Alkoholgebrauchs im Jugendalter und infolge gefährdet eine frühe Alkoholabhängigkeit (unter dem 30. Lebensjahr) zu entwickeln, ist lediglich eine kleine Gruppe von vulnerablen Personen.

Der Verlauf der Alkoholabhängigkeit lässt sich in zwei Kategorien unterteilen: einen frühen Beginn schädlichen Konsums, welcher der psychischen Regulation dient und bereits in frühen Jahren zu Alkoholabhängigkeit führen kann. Hierbei bestehen zumeist im Vorfeld bereits Verhaltensauffälligkeiten und psychische Grundstörungen im Kindes- und Jugendalter. Es handelt sich hier im Sinne einer Selbstmedikation um den sekundären Trinkverlauf nach Schuckit (1985). Dieser ist vom primären Trinkverlauf abzugrenzen, wo kein primär funktioneller Gebrauch von Alkohol zu beobachten ist, sondern über die Jahre ein gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum, der sich zumeist langsam steigert und schließlich zu einer körperlichen Abhängigkeit führt, mit Toleranzentwicklung, Dosissteigerung und Absetzerscheinungen, dies zumeist erst im mittleren Lebensalter. Hier besteht in der Regel keine psychische Grundproblematik.

Während die Mehrheit der Spieler über Dritte zum Erstkontakt gelangt, hat beim fortgesetzten, problematischen Glücksspielen der soziale Aufforderungscharakter als aufrechterhaltender Faktor einen geringeren Einfluss als bei Alkoholabhängigen. In der Einstiegsphase gewinnt der Spieler zumeist („Gewinnphase“), es wird um kleine Beträge gespielt, es kommt zu gelegentlichem Glücksspielen mit positiven Erfahrungen. Kleinere oder größere Gewinne werden als Macht, Zuwendung, Erfolg und „neue Sicherheit“ erlebt. Phantasien um zukünftige Gewinne entstehen, die Risikobereitschaft und die Regelmäßigkeit wachsen. Es folgt der Übergang in die kritische Gewöhnungsphase („Verlustphase“): Häufigkeit, Spieldauer und Einsätze steigen, um die gewünschte Wirkung im Zuge der Gewöhnung weiter zu erzielen. Durch die nunmehr überwiegenden Verluste werden Angehörige beliehen, Kredite aufgenommen, der Bezug zu Geld geht zunehmend verloren, das verfügbare Geld wird immer mehr zu „Spielgeld“. Lügen dienen der Erklärung von finanziellen Engpässen und Abwesenheiten, Beziehungen und Beruf werden vernachlässigt. Die Spielmotivation ist nun nicht mehr der erwartete Gewinn, sondern der Verlustausgleich („chasing“) und der Stimmungsausgleich. In dieser Phase kann das Spiel noch beendet werden, Gewinne können noch nach Hause genommen werden.

Der Entwicklungsverlauf des pathologischen Glücksspielens, vom problematischen Spielen zur vollen Abhängigkeit ist oft von kurzer Zeitdauer gekennzeichnet. Das Übergangsstadium, in dem ein problematisches Spielmuster vorherrscht, dauert oft nur zwischen sechs und zwölf Monaten an und mündet im pathologischen Verlauf dann in das Vollbild der Abhängigkeit. In diesem schmalen Zeitfenster der Gewöhnungsphase kann eine Entwicklung in die Abhängigkeit noch verhindert werden. Wird der zeitlich eng begrenzte Korridor vom Spieleinstieg hin zum Übergang von der Gewöhnungsphase hin zum Suchtstadium therapeutisch aus den Augen verloren, kann es zu einer irreversiblen Abhängigkeitserkrankung kommen. Die Abhängigkeitsphase wird auch als Verzweiflungsphase (nach Custer, 1987)

beschrieben. In der Abhängigkeitsphase („Verzweiflungsphase“) ist letztlich kein mäßiges, vernunftgesteuertes Spielen mehr möglich, wiederholt wird alles verfügbare Geld restlos verspielt. Exzessives Spielen und Geldbeschaffung bestimmen den Tagesinhalt. Eine positive Wirkung wird vom nunmehr Spielsüchtigen kaum noch erlebt, trotzdem ist dem Spieler ein Verzicht darauf kaum möglich. Trotz Folgeschäden wird weitergespielt, Geld zum Spielen wird um jeden Preis beschafft, letztlich kann es infolge zu Straftaten im Sinne einer Beschaffungskriminalität kommen. Es kommt zu psychischen Folgeschäden wie Persönlichkeitsveränderungen, Stimmungslabilität, Selbstverachtung, Antriebsverlust, zu sozialen Folgeschäden wie emotionaler Entfremdung von der Familie, Scheidung, Isolation, Normenabbau und Selbstmordversuchen.

Während bei der Glücksspielsucht eine rasche Progression bereits binnen sechs bis zwölf Monaten zu einer chronischen Abhängigkeit führen kann, erfordert die Entstehung einer chronischen Alkoholabhängigkeit einen mehrjährigen schädlichen Gebrauch im Vorfeld.

Suchtpersönlichkeit und prädisponierende Faktoren bei Glücksspielabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit

Während die Hypothese einer zugrunde liegenden Suchtpersönlichkeit bei Alkoholkranken vielfach mittels psychodiagnostischer Verfahren untersucht wurde und letztlich falsifiziert werden konnte (vgl. Cecil, Beiglböck, Peter, Feselmayer et al., 2009), wird bis heute über das Vorliegen einer „Glücksspieler-(„Zocker“-) Persönlichkeit in der Scientific Community diskutiert.

Über Jahrzehnte wurde versucht, mittels Erfragen von Persönlichkeitseigenschaften „Alkoholabhängigkeit“ beziehungsweise „Alkoholmissbrauch“ indirekt zu erfassen. Vorteilhaft an diesem Ansatz erscheinen die geringere Durchschaubarkeit gegenüber einer direkten Befragung der Trinkgewohnheiten sowie die damit verbundene geringere Dissimulationstendenz. Manson (Manson, 1948, zitiert nach Springer et al., 1979) erstellte aus 1.800 Beobachtungen, Beschreibungen, Symptomen sowie Interessen einen 470 Items umfassenden Fragenkatalog, den er einer Stichprobe von 126 Alkoholkranken sowie 157 Nichtalkoholikern vorgab, die „Manson Evaluation“. Im Deutschen weiterentwickelt wurde es als Alkoholiker-Trenn-Verfahren (Böcher, 1965) verbreitet. Springer, Uhl und Feselmayer (1979) zweifeln an dem Versuch, dass auf Basis von Persönlichkeitseigenschaften – also aufgrund einer „Suchtpersönlichkeit“ – auf ein Suchtverhalten geschlossen werden könne. Zuletzt wurde der Ansatz, „Alkoholabhängigkeit“ beziehungsweise „Alkoholmissbrauch“ indirekt durch das Erfragen von Persönlichkeitseigenschaften zu erfassen, von Cecil et al. (2009) durch den Vergleich von Alkoholabhängigen in stationärer Behandlung und alkoholauffälligen Mitarbeitern eines Transport-/Logistikunternehmens untersucht. Tatsächlich zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung allerdings eine für die praktische Anwendung unzureichende Differenzierungsfähigkeit des Alkoholiker-Trenn-Verfahrens. Die Einschätzung von Springer et al. (1979), dass der Versuch, einen Fragebogen zur Erfassung von problematischem Umgang mit Alkohol auf Basis des indirekten Ansatzes zu konstruieren, auch in Zukunft an der Realität scheitern wird, erweist sich aufgrund der vorliegenden Daten als plausibel. Inzwischen wird zunehmend von der Annahme einer einheitlichen, zugrundeliegenden „Suchtpersönlichkeit“ der Patientengruppe der Alkoholabhängigen Abstand genommen.

Im Gegensatz dazu zeigen sich in der Gruppe der Glücksspielabhängigen in der klinischen Praxis deutliche Häufungen von stark akzentuierten Persönlichkeitsstilen mit fließenden Übergängen zu ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen. Die Erfahrungen der klinischen Praxis weisen auf starke Häufung einer zentralen Selbstwertproblematik der Gruppe der Glücksspielabhängigen hin, die in einem Bewältigungsmodus des „Sich Fügens“ oder in einem Bewältigungsmodus des „Überkompensierens“ Ausdruck findet. Im Bewältigungsmodus „Sich Fügen“ zeigen die Betroffenen eine selbstunsichere Persönlichkeit, im Bewältigungsmodus des „Überkompensierens“ zeigen die Betroffenen eine narzisstisch akzentuierte Persönlichkeit. Premper (2013) beschreibt eine große Spannbreite der Prävalenzangaben von Persönlichkeitsstörungen bei Glücksspielabhängigen. Diese Unschärfe ergibt sich durch Stichprobeneffekte, unterschiedliche Messverfahren sowie der unbefriedigenden Reliabilität der Diagnosestellung von Persönlichkeitsstörungen. Dennoch kann Premper zufolge bei einem erheblichen Anteil pathologischer Glücksspieler von einer komorbiden Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden. In Deutschland fanden sich in einer Bevölkerungsstudie unter den Glücksspielabhängigen 35,3 Prozent mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung (Meyer et al., 2011) – vorrangig Cluster B mit 21,2 Prozent (antisoziale PS 12%, Boderline-PS 9,4%, histrionische PS 0,5%, narzisstische PS 5,3%), gefolgt von Cluster C mit 19,6 Prozent (selbstunsichere

PS 8,9%, dependente PS 1,4%, zwanghafte PS 11,9%), nachrangig Cluster A mit 3,4 Prozent (paranoide PS 3%, schizoide PS 0,9%, schizotype PS 0,2%). Befunde von klinischen Stichproben in Deutschland zeigen eine Häufigkeit von komorbiden Persönlichkeitsstörungen bei Glücksspielabhängigen von 24,8 Prozent (Premper & Schulz, 2008) beziehungsweise 21,7 Prozent (Premper & Petry, 2012) – mit einer Häufung von Cluster-C- beziehungsweise Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen.

Petry (1996) beschreibt in einem hypothetischen Vulnerabilitätsmodell die Wechselwirkung der spezifischen Bedürfnisstruktur „anfälliger" Glücksspieler und den dazu passenden Aufforderungscharakter des spezifischen Glücksspielangebots. Im Vulnerabilitätsmodell ist eine schwere Selbstwertproblematik zentral, verbunden mit einer Störung der Gefühlsregulation, im Sinne einer Verdrängung negativer, den Selbstwert bedrohender Gefühle. Die Verdrängung erfolgt durch aktive Handlungen, die Ablenkung versprechen. Eine individualistisch-konkurrierende Beziehungsbildung aufgrund negativer Kindheitserfahrungen ist Bestandteil der Vulnerabilität. Die daraus resultierende Bedürfnisstruktur erzeugt eine erhöhte Anfälligkeit für spezifische Glücksspielangebote: Erhöhung des Selbstwerts durch die Suche nach Erfolgserlebnissen, Gefühlsregulation durch das aktive Tun als Glücksspielender sowie das Ausagieren der Konkurrenz und das Kontaktangebot zu anderen Glücksspielenden, dem Buchmacher, dem Casinobetreiber oder dem Glücksspielautomaten.

In einem empirischen Vergleich von Alkoholkranken und Glücksspielabhängigen sowie einer gesunden Vergleichsgruppe von Arbeitern bezüglich Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation und Beziehungsstörung zeigten sich deutliche Unterschiede der Glücksspielabhängigen zu der Normalgruppe, wie dies im Vulnerabilitätsmodell postuliert wird (Vierhaus et al., 2012, zitiert nach Petry, 2013, S. 13): negativerer emotionaler Selbstwert, eine größere Alltagsbelastung verbunden mit einer maladaptiven Bewältigung von Gefühlen sowie negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern und stärkere Probleme in der aktuellen Partnerschaft. Die Glücksspielabhängigen unterschieden sich von den Alkoholabhängigen allerdings nicht im reduzierten Selbstwert, da diesen beide Gruppen aufwiesen. Spezifisch valide für die Glücksspielabhängigen zeigte sich das Vulnerabilitätsmodell für die maladaptivere Gefühlsregulation und negativere kindliche Erfahrungen mit den Eltern.

Weitere Vulnerabilitätsfaktoren für pathologisches Glücksspiel sind: Geschlecht und Alter, junge Männer sind besonders gefährdet, außerdem ein geringer Bildungsstand und zunehmend auch ein Migrationshintergrund (Kalke, Buth, Rosenkranz, Schütze et al., 2011). Impulsivität sowie das Vorliegen eines Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndroms ist ebenfalls von großer Bedeutung, darauf muss in der Behandlung praktisches Augenmerk gelegt werden.

Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass die persönliche Prädisposition zumeist maßgeblich für die Entwicklung von pathologischen Nutzungsmustern bei Glücksspiel ist, ebenso bei einer juvenilen Alkoholabhängigkeit. Die persönlichen Prädispositionen gehen zumeist einher mit Erfahrungen, die für die Entwicklung eines moderaten Umgangs mit der jeweiligen Droge ungünstig sind. Bei der Glücksspielabhängigkeit ist dies vor allem der bereits genannte „Big Win" zum Spieleinstieg, bei der Alkoholabhängigkeit die als entlastend beziehungsweise erhöhend erlebte Alkoholwirkung bei geringen oder ausbleibenden negativen Folgen des Konsums wie Ausbleiben eines Katers am Folgetag und eine erhöhte biologische Alkoholtoleranz, wie dies vor allem bei Söhnen (und Enkeln) von Alkoholvielkonsumierenden besonders gehäuft der Fall sein kann (genetische Komponente der Suchtgefährdung). Der Einfluss von außen spielt bei Alkoholabhängigen eine bedeutende Rolle – die Vorbildwirkung der Eltern, die häufig den Eindruck vermittelten, Alkohol gehöre zum alltäglichen Leben dazu, später die Peergroup, und schließlich auch der Umgang mit Alkohol am Arbeitsplatz.

Komorbiditäten

Alkoholabhängige Frauen zeigen ein höheres Komorbiditätsniveau bei Angst- und affektiven Störungen, wohingegen bei alkoholabhängigen Männern vermehrt komorbide Störungen im Bereich der antisozialen Persönlichkeitsstörungen gefunden werden. Mann et al. (1996) fanden bei 64,9 Prozent der Männer und bei 27,9 Prozent der Frauen eine komorbide Störung. Bezogen auf die Lebenszeitprävalenz zeigte sich für Patientinnen ein gering erhöhtes Risiko für eine Major Depression und Angststörung, und ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Agoraphobie. An den psychiatrischen Komorbiditäten setzt auch die Selbstmedikationshypothese an. Demnach lernen Personen mit Angststörungen und affektiven Störungen die sedierende Wirkung von Alkohol als Coping-Mechanismus kennen und entwickeln mittelfristig eine psychische Abhängigkeit, indem

sie nur noch durch die Droge Beruhigung, die Bewältigung von Angstauslösern oder antidepressiven Effekte zu erzielen glauben.

Glücksspielsucht ist besonders häufig begleitet von komorbiden psychiatrischen Erkrankungen, das Risiko für die Entstehung und Aufrechterhaltung problematischen und pathologischen Glücksspielens ist dort deutlich erhöht. Die Prävalenz von Angststörungen variiert in verschiedenen Studien (Grüsser & Albrecht, 2007) zwischen neun Prozent und 38 Prozent und bei affektiven Störungen zwischen 21 Prozent und 75 Prozent. Bei bis zu 60 Prozent liegt eine substanzgebundene Abhängigkeit vor. Die klinische Praxis zeigt, dass Persönlichkeitsstörungen in der Gruppe der Glücksspielabhängigen eine bedeutsame Rolle spielen, wie bereits weiter oben zu den prädisponierenden Faktoren der Glücksspielabhängigkeit und der Alkoholabhängigkeit ausgeführt wurde.

Behandlung der Alkohol- und Glücksspielabhängigkeit – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Grundsätzlich unterschiedlich ist das erforderliche Ausmaß medizinischer Betreuung: Der aufgrund Glücksspielsucht in Behandlung befindliche Patient benötigt wenig medizinische Leistungen, wenngleich in den ersten Tagen der Glücksspielabstinenz Entzugssymptome wie Gereiztheit, innere Unruhe und Schlafstörungen auftreten können. Hier kann eine geringdosierte, über wenige Tage bestehende Entzugsmedikation wie bei der Alkoholentgiftung angewendet werden. Medizinischer Behandlung bedürfen vielmehr psychiatrische Komorbiditäten, die von Therapiebeginn an behandelt werden müssen. Da Glücksspielabhängige, im Gegensatz zu Alkoholabhängigen, in der Regel körperlich und kognitiv nicht beeinträchtigt sind, sollten diese rasch in die Therapieangebote integriert werden.

Bei Alkoholabhängigen ist ein gestuftes Expositionstraining sehr sinnvoll, dieses sollte auch eine Vorbesprechung von Risikosituationen, von Bewältigungsstrategien (vgl. Körkel & Schindler, 2003) sowie eine Nachbesprechung umfassen. Gänzlich anders ist die Vorgehensweise bei Glücksspielabhängigen: Hier ist es ganz besonders wichtig, jeden Kontakt mit einem Glücksspielmedium zu meiden, weil bei der nicht-stofflichen Abhängigkeit bereits allein durch visuelle und auditive Eindrücke eine Drogenwirkung durch die Ausschüttung bestimmter Botenstoffe im Gehirn induziert wird (Dopamin, Serotonin, Noradrenalin, Opioidsystem). Während dem Alkoholkranken die Gaststätte auch anderen Zwecken dient – der Pflege sozialer Kontakte, Essen zu gehen oder nicht-alkoholische Getränke zu konsumieren, dient dem Glücksspielabhängigen der Spielort ausschließlich dem Zweck, Spielen zu gehen (Peter & Mader, 2009).

Bei Alkoholabhängigen steht in der ersten Therapiephase die medizinische Betreuung im Vordergrund: Die Entzugsbehandlung umfasst im stationären Bereich durchschnittlich 10 Tage, diese wird begleitet von körperlichen Untersuchungen, wie Laborkontrollen, EEG und internistischem Konsilium. Erst nach Abschluss des körperlichen Entzugs ist die Inanspruchnahme von Gruppen- und Einzeltherapien, Physiotherapie und die Behandlung eventuell begleitender Alkoholfolgeerkrankungen sinnvoll.

Die psychosoziale Betreuung unterscheidet sich nach den beiden Patientengruppen: Die Schuldenaufstellung und Schuldenregulierung und das Geldmanagement sind beim Glücksspielabhängigen als Therapeutikum von zentraler Bedeutung (durchschnittlich ist ein pathologischer Spieler, der in Behandlung kommt, mit 47.000 Euro verschuldet). Beim Alkoholabhängigen hingegen fokussiert die Sozialarbeit eher in Richtung Wiedereinstieg ins Berufsleben oder unterstützt bei einer eventuellen Wohnraumbeschaffung.

Abstinenzverletzungseffekt: Unterschiede zwischen Glücksspiel- und Alkoholabhängigkeit

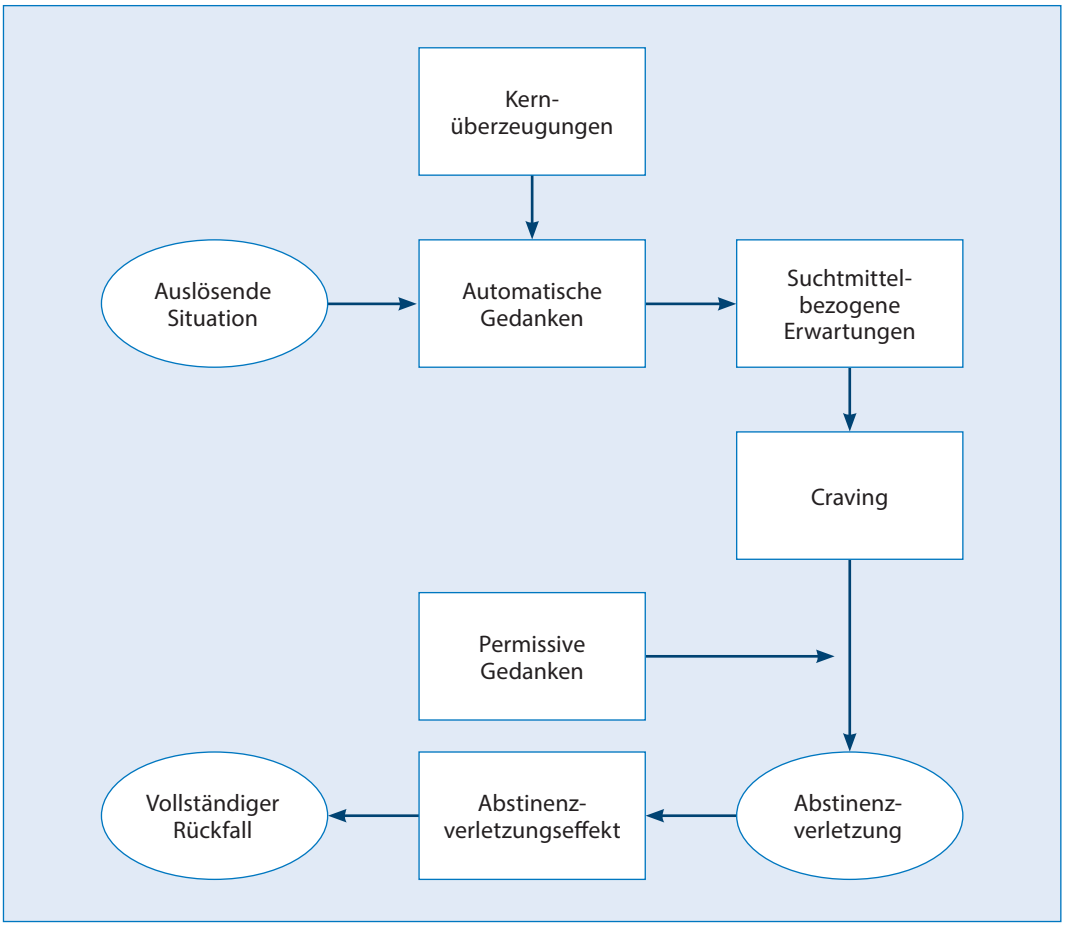
Die Besprechung der Möglichkeit von Rückschlägen im Erhalt der avisierten Alkohol- beziehungsweise Glücksspielabstinenz ist in der Patientenarbeit besonders wichtig. Das Thematisieren der Rückfallsmöglichkeit wirkt enttabuisierend mit dem Ziel, einen einzelnen Vorfall („lapse“) nicht zu bagatellisieren und rückfallpräventive Schritte zu erarbeiten, andererseits kann durch das Entkatastrophisieren einer einzelnen Abstinenzverletzung die Bereitschaft erhöht werden, einen zukünftigen Vorfall anzusprechen und professionelle Hilfe anzunehmen. Mit dem Patienten wird erarbeitet, dass der entstandene Schaden ungleich größer ist, wenn aus einem Vorfall ein fortgesetzter Rückfall („relapse“) wird: auf psychischer Ebene im Sinne einer reduzierten Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten, einer reduzierten Abstinenzzuversicht, eines reduzierten Selbstwerts; auf körperlicher Ebene bei der Alkoholabhängigkeit möglicherweise wiederum ein zu erwartendes schweres Entzugssyndrom bei Beendigung des Rückfalls sowie die progrediente körperliche Schädigung; auf sozialer

Ebene die reduzierte Zuversicht Angehöriger in den Patienten, durch wiederholtes Leugnen zu Beginn des Rückfalls, der sich infolge vor den auf Zeichen von Alkoholkonsum sensibilisierten Angehörigen nicht mehr verbergen lässt, das erneut geschwächte Vertrauen in die Angaben und die Aufrichtigkeit des betroffenen Patienten. Bei der Glücksspielabhängigkeit ist der Schaden finanziell ungleich größer im Falle eines fortgesetzten Rückfalls als im Vergleich zu einem kurzzeitigen Relaps.

Der Erarbeitung von Rückfallmodellen in der Patientenarbeit kommt eine wesentliche Bedeutung zu. Anhand von Rückfallmodellen (vgl. Marlatt & Gordon, 1985) können getroffene Vorentscheidungen, die scheinbar nichts mit der folgenden Abstinenzverletzung zu tun haben, und als *scheinbar unbedeutsame Entscheidungen* abgetan werden, identifiziert, präventiv erarbeitet und in ursächlichen Zusammenhang mit einem drohenden Rückfall gestellt werden. Risikosituationen können frühzeitig erkannt werden. Innerpsychische Prozesse werden für den Patienten bewusst und dadurch modifizierbar – suchtspezifische Gedanken, die in der Risikosituation (innerer oder äußerer Auslöser) aufkommen, der daraus resultierende Spieldruck beziehungsweise Trinkdruck und die permissiven Kognitionen, die den letzten Zweifel eliminieren, den erneuten Griff zur Droge Alkohol/Glücksspiel nicht zu tun, werden neutralisiert. Anhand des Rückfallmodells kann im Zuge der therapeutischen Rückfallanalyse eine bereits vorliegende einzelne oder fortgesetzte Abstinenzverletzung im Sinne eines Leitfadens Schritt für Schritt durchgearbeitet werden, was dem Patienten die Erkennung suchtaufrechterhaltender Bedingungen in der Außenumgebung und auf innerpsychischer Ebene erleichtert. Marlatt und Gordon (1985) beschreiben infolge der Abstinenzverletzung eine negative Bewertung des Betroffenen, wonach das Rezidiv als Beweis für die völlige Unwirksamkeit der bisherigen Bemühungen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz gesehen wird. Dies wird als Abstinenzverletzungseffekt beschrieben und führt, wenn keine korrektive Bewertung erfolgt, dazu, das süchtige Trinkverhalten in vollem Umfang wieder aufzunehmen (siehe Abbildung 1). Ein Unterschied in der Rezeption der „Drogen" Alkohol und Glücksspiel ist hier zu berücksichtigen: Während der Alkoholpatient im Sinne eines Resignierens das Trinken nach dem Rückfall fortsetzt, mit dem Wunsch der Auslöschung („Narkotisierung") der negativen Bewertungen und Emotionen, kann der

Abbildung 1

Erweitertes Rückfallmodell von Marlatt & Gordon (1985)



Glücksspielabhängige das erneute Glücksspiel im Sinne des Abstinenzverletzungseffekts als eine Chance verstehen, durch den fortgesetzten Spielverlauf die Chance zu nutzen, den finanziellen Schaden der Abstinenzverletzung noch minimieren zu können. Das zugrundeliegende Persönlichkeitsmerkmal, das den Glücksspielabhängigen vom Alkoholkranken unterscheidet, ist das *erhöhte basale Hoffnungspotenzial* – ein Hoffen zu einem Zeitpunkt, an dem andere Personen Sicherheits-Verhaltensweisen zeigen würden und versuchen würden, die als bedrohlich wahrgenommene Situation zu verlassen. Der Glücksspielabhängige erlebt solche Situationen dagegen als bewältigbar, ergebnisoffen und mit der Zuversicht, eine positive Wendung des Spielverlaufs (des Rückfalls) herbeiführen zu können.

Der Patient lässt sich das zwischenzeitlich im Spielverlauf zurückgewonnene Geld nicht ausbezahlen, sondern setzt das Spielen fort, bis kein Guthaben mehr vorhanden ist. Dieser Verlauf ist regelhaft (nicht die Ausnahme) und erklärt den programmatischen Kontrollverlust, den der Glücksspielabhängige im Verlauf einer erneuten Aufnahme des Spielens erleidet. Die Gewinnphantasie im Verlauf des Rückfalls des Glücksspielabhängigen ist nur eine weitere permissive Kognition, um die mit Unlust verbundene Vorstellung des Beendens des Rezidivs aufzuschieben. Dieser Vorgang beschreibt und begründet die dem Patienten eigene Logik seines Handelns, die als „chasing" (das Hinterherjagen von Geldverlusten) eines der Diagnosemerkmale der Glücksspielabhängigkeit darstellt.

Zusammenfassung

Sowohl die Alkoholabhängigkeit als auch das pathologische Glücksspiel zeigen Gemeinsamkeiten in sämtlichen Suchtkriterien wie Kontrollverlust, Entzugserscheinungen etc. und daher ist eine gemeinsame Behandlung dieser beiden PatientInnengruppen in einem therapeutischen Setting prinzipiell möglich. In manchen Bereichen finden wir jedoch auch deutliche Unterschiede, wie bei der Ausprägung psychischer Komorbiditäten, sowie auch in unterschiedlich ausgeprägten Konsequenzen der Suchterkrankung. Beim Alkoholabhängigen liegen diese weniger im sozialen Bereich, im Gegensatz zum Spielsüchtigen, wo fast ausschließlich negative Konsequenzen im sozialen und im psychischen Bereich zu finden sind, durch eine, vor allem finanzielle, Belastung. Unterschiede bestehen außerdem in den zu empfehlenden Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Suchtmittel, während eine Exposition beim Alkoholabhängigen einen zentralen therapeutischen Inhalt darstellt, ist diese beim Spielsüchtigen jedoch zu vermeiden. Als zusätzliches Therapieangebot für Glücksspielabhängige scheint, aufgrund der doch sehr spezifischen und komplexen Suchtform, ein über die allgemeine Suchtbehandlung hinausreichendes spielsuchtspezifisches Angebot in jedem Fall sinnvoll.

Literatur

Böcher, W. (1965). *Erprobung einer bewährten amerikanischen Fragebogen-Methode (Manson Evaluation) zur Erkennung besonders gefährdeter Verkehrsteilnehmer in Deutschland.* Forschungsauftrag des Kuratoriums „Wir und die Straße" e.V., TÜ 9. Berlin: Verband der TÜV e.V.

Cecil, G., Beiglböck, W., Peter, M., Feselmayer et al. (2009). Unterscheiden sich Personen mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit in stationärer Behandlung von alkoholauffälligen Mitarbeitern eines Transportunternehmens bezüglich neuropsychologischer Leistungen, Stressverarbeitungsmechanismen und Angabe des Alkoholkonsumverhaltens? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32 (2),* 43-49.

Custer, R. (1987). The diagnosis and scope of pathological gambling. In T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 3-7). Springfield: Thomas.

Grüsser, S. M. & Albrecht, U. (2007). *Rien ne va plus – wenn Glücksspiele Leiden schaffen.* 1. Aufl. Bern: Huber.

Kalke, J., Buth, S., Rosenkranz, M., Schütze et al. (2011). *Glücksspiel und Spielerschutz in Österreich. Empirische Erkenntnisse zum Spielverhalten der Bevölkerung und zur Prävention der Glücksspielsucht.* Freiburg i. Br.: Lambertus.

Kalke, J. & Wurst, F. M. (2015). *Glücksspielverhalten und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung.* Freiburg i. Br.: Lambertus.

Körkel, J. & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Berlin: Springer.

Kraus, L. & Uhl, A. (2006). Wie nahe kommt die Forschungsrealität dem Wunsch, kausale Beziehungen zwischen Substanzkonsum und Tod herzustellen? *Suchttherapie, 7 (4),* 141-142.

Mader, R. & Musalek, M. (2014). Spielsucht „Der Glaube ans Glück". *Der Mediziner, 2.*

Mann, K., Ackermann, K., Güntziner, A., Jung, M. et al. (2005). Langzeitverlauf und Rückfallprophylaxe bei alkoholabhängigen Frauen und Männern. Unveröffentlichter Abschlussbericht zum BMBF-Projekt, Tübingen. In M. V.

Singer & S. Teyssen (Hrsg.), *Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten.* Heidelberg: Springer.

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention.* New York: Guilford.

Peter, M. & Mader R. (2009). Die Würfel sind gefallen! Fallbericht eines Patienten mit den Diagnosen Alkoholabhängigkeit und pathologisches Glücksspiel. *Psychiatrie und Psychotherapie, 1/4,* 27-30.

Petry, J. (1996). Psychotherapie der Glücksspielsucht. Psychologie Verlags Union: Weinheim.

Petry, J. (2013). *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen.* Freiburg i. Br.: Lambertus.

Premper, V. & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. *Sucht, 53,* 131-140.

Premper, V. & Petry, J. (2012). Multizentrische Katamnese bei pathologischem Glücksspielen. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), *Tagungsband des 21. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums: Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen.* DRV-Schriften Bd. 98 (S. 451-452). Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

Premper, V. (2013). Behandlungsstrategien bei Glücksspielern mit Persönlichkeitsstörungen. In J. Petry (Hrsg.), *Differentielle Behandlungsstrategien bei pathologischem Glücksspielen* (S. 96-111). Freiburg i. Br.: Lambertus

Schuckit, M. A. (1992). Reaction to alcohol as a predictor of alcoholism. *Alcohol and Alcoholism, 27,* 31.

Settertobulte, W. & Richter, M. (2007). Aktuelle Entwicklungen im Substanzkonsum Jugendlicher: Ergebnisse der „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)"-Studie 2005/2006. In K. Mann, U. Havemann-Reineke & R. Gassmann (Hrsg.), *Jugendliche und Suchtmittelkonsum. Trends – Grundlagen – Maßnahmen* (S. 7-27). Freiburg i. Br.: Lambertus.

Springer, A., Uhl, A. & Feselmayer, S. (1979), Eine kritische Analyse der „Manson Evaluation" und des „ATV". *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 2, 3,* 3-11.

Uhl, A. (1994). Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Marx, R. (Hrsg.), *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger.* Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag. Wien: Springer.

Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/94.* Textband. Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte des BMGK, Wien.

Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I. & Strizek, J. (2015). *Handbuch Alkohol – Österreich, Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2015.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I. & Strizek, J. (2015). *Handbuch Alkohol – Österreich, Band 2: Einrichtungen 2015.* Wien: Bundesministerium für Gesundheit.

Wurst, M. F., Thon, N. & Mann, K. (2012). *Glücksspielsucht. Ursachen – Prävention – Therapie* (S. 33). Bern: Huber.

Mag. Michael Peter
Klinischer und Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut in einer Suchtklinik sowie in niedergelassener Praxis, Lehrbeauftragter im Curriculum zum Klinischen Psychologen
michael.peter@api.or.a

Verführungssucht – das erotische Gesicht des Narzissmus

Sonja Rieder

> *„Binnen Jahresfrist wird meine Leidenschaft tot sein. Sie stirbt schon jetzt… Ach, es ist so dumm! Idiotisch! Ungerecht! Deiner auf diese Weise beraubt zu werden! Und von wem beraubt? Immer läuft es darauf hinaus, dass ich es selbst bin, an dem das liegt.*
>
> *Philip Roth, Professor der Begierde*

Schürzenjäger und mannstolle Frauen, oft gut als LebenskünstlerInnen getarnt, als Quasi-Fachleute der Liebe gehandelt und nur zu gerne auch als solche porträtiert, lassen sich unter Menschen aller Epochen finden. Mittlerweile hat die vor allem durch das Internet mit seinen Partner-, Flirt- und Fremdgehportalen erfolgte Demokratisierung der Libertinage (Rieder, 2015) den einst nur Monarchen und Mächtigen vorbehaltenen Modus der freien, wechselwilligen Liebe (Stichwort „casual sex“) praktisch allen Individuen der westlichen Welt zugänglich gemacht.

Neuere gesellschaftliche Entwicklungen stehen auch der immer wieder vorgebrachten These entgegen, Vertreterinnen des weiblichen Geschlechts seien „von Natur aus“ treuer als Männer. Frauen, so der deutsche Sexualtherapeut Ulrich Clement, sind ebenfalls „von Natur aus“ untreu, wenn sie bessere Alternativen in Aussicht haben – zumal es ja auch Frauen geben muss, die Männern die Gelegenheit zum Betrug an ihren Partnerinnen geben (Clement, 2011). Er sieht in der Hypothese, Männer seien aufgrund ihrer „biologischen Anlage“ untreu einen Mythos, der der Realität nicht standhält.

Affären und serielle Liebschaften hängen stark von entsprechenden Gelegenheiten ab, und diese haben sich in den letzten fünfzehn Jahren vor allem durch das Internet bedeutend vermehrt. Neuerdings erproben sogenannte „Pickup-Artists“, junge Männer mit hohem Bedarf an narzisstischer Zufuhr, ihre systematisch antrainierten Verführungskünste an „Targets“ – ausgewählten Frauen, die so viel gekonnter Untergriffigkeit meist wenig entgegenzusetzen haben. Der Erfolg hocheffektiver Manipulationstechniken kulminiert im Beischlaf, dem sog. „Lay“. Dass danach rasch die kalte Dusche in Form von plötzlich distanziertem Verhalten bis hin zur Beendigung der Affäre durch den zuvor noch aktiv Betreibenden wartet, haben die „Opfer“ dabei selten einkalkuliert.

Selbstverständnis und praktische Vorgangsweise von „Alphas“ (Verführungskünstler mit breitem Repertoire, souveränem Auftreten und besonders hohen Erfolgsraten bei Frauen) und ihre Anhängerschaft lassen sich in weitgehend öffentlich gehaltenen Internet-Foren nachverfolgen. Die Soziologin Leonie Viola Thöne legt in einer erhellenden Studie das taktische Balzverhalten einer sich im Internet freimütig austauschenden und wechselseitig bestärkenden Community frei, das sich bei genauer Betrachtung kaum von gewieften Verkaufsstrategien unterscheidet (Thöne, 2012).

Die richtige Technik wirkt. Der Weg zum Frauenschwarm scheint damit allen Möchtegerns offenzustehen: Verheißungsvolle Buchtitel wie „Pick Up Artist sein und erfolgreich leben“ (Beck, 2016) oder „Wie man tolle Frauen rumkriegt“ (Pospieszalski, 2014) versprechen auch gänzlich Unbedarften den Zugang zum Aufreißertum der Premium-Klasse. Denn erlaubt ist, was wirkt.

Erotisch unwiderstehlich sein – welch überaus stärkendes, aufwertendes Gefühl, das Lust auf immer mehr machen kann, bis hin zu einem Stadium, in dem man von Abhängigkeit sprechen muss. Aber bieten Suchtkonzepte tatsächlich den passenden theoretisch-klinischen Rahmen für das Verhalten von Frauenheld und Männersammlerin?

Kein Anfangszauber ohne jähes Ende

Verführungssüchtige stehen unter dem Zwang, immer wieder verführen zu müssen, „Opfer“ für sich einzunehmen, meist auch sexuell zu erobern und danach rasch wieder fallen zu lassen. Solche Menschen sind süchtig nach der Bestätigung, die sie durch ihre romantisch-

sexuellen Abenteuer erfahren, und nach dem Gefühl der Macht, das ihnen ihre Erfolge auf erotischem Gebiet schenken. Nach der Erstürmung des Gipfels in Form der sexuellen Vereinigung kommt es zum raschen Rückzug, indem das kurz zuvor noch heiß begehrte Objekt verlassen wird.

Eine erfolgreiche Eroberung birgt den auf subtile, manipulative Weise errungenen Willensbruch des Opfers und damit eine geglückte Machtausübung in sich, wobei „Macht" hier in einem weiten Sinn verstanden werden kann, „von der Freude am Gelingen als der Verfügbarmachung von Welt, bis hin zu unterwerfender Beherrschung" (Petermann, 1988, S. 33). Für den Psycho- und Machtanalytiker Hans-Jürgen Wirth (2010) stellt die Ausübung von Macht eine Strategie dar, durch die narzisstisch geprägte Individuen Gefühlen der Abhängigkeit zu entgehen versuchen. Das Muster der seriellen amourösen Verführung stellt einen möglichen Weg dar, immer wieder Machtgefühle erleben zu können und damit ein fragiles Selbstwertgefühl zu regulieren.

Ein derartiges Verhalten wird in der klassischen sowie aktuellen psychotherapeutischen Literatur überwiegend als besondere Ausprägung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung beschrieben. Der US-amerikanische Persönlichkeitstheoretiker Theodore Millon beschreibt diese besondere Akzentuierung anschaulich und treffend als amourösen Narzissmus (Millon et al., 2000).

Gesucht wird nach Bestätigung durch wechselnde Liebschaften, denn erst die Abwechslung stellt erotische Libertins vor die notwendigen Herausforderungen, die immer neue Siege ermöglichen. Es gehört zur Phänomenologie der Störung, dass erlangte Gratifikationen keine beständige Basis bilden, die das Selbstwertgefühl dauerhaft stärken könnte, sondern rasch verblassen und den Impuls zu neuerlichen Eroberungsversuchen auslösen. Es kann förmlich nie genug an Selbstwertzufuhr erlangt werden. Die US-amerikanischen Psychoanalytiker Vamik D. Volkan und Gabriele Ast schildern ein besonders plastisches Beispiel aus ihrer klinischen Praxis (Volkan & Ast, 1994): Ein hochnarzisstischer junger Arzt hatte stets eine Mehrzahl von Freundinnen, mit denen er intim wurde. In der Psychoanalyse beschrieb er, wie er es zuwege brachte, sich mit drei dieser Liebespartnerinnen in nur zwei Stunden zu verabreden. Diese „Leistung" vermittelte ihm eine maximale Aufwertung des Selbstwertgefühls.

> *Mit der ersten ging er ins Kino und verließ sie mit der Begründung, er müsse unbedingt noch etwas im Krankenhaus, in dem er arbeitete, erledigen. Tatsächlich aber traf er sich mit seiner zweiten Freundin in einem Café; auch sie verließ er bald darauf mit irgendeiner Ausrede, um schnell zu seiner dritten Freundin zu gehen, die schon in ihrer Wohnung auf ihn wartete. Nachdem er mit ihr geschlafen hatte, beeilte er sich, rechtzeitig seine erste Freundin vom Kino abzuholen (*Volkan & Ast, 1994, S. 59).

Eine solch zwanghafte Manifestation des (narzisstischen) Größen-Selbst auf erotischem Gebiet wurde in der Literatur immer wieder auch als „phallischer Narzissmus" bezeichnet. Für Wilhelm Reich, der den Begriff 1933 in die theoretische Diskussion einführte, zeichnen sich die Beschriebenen sowohl durch ein arrogantes, selbstbezogenes Auftreten als auch durch ihr verzerrtes Verhältnis zur Sexualität aus: Diese diene ihnen nicht als Ausdrucksmittel für Liebe und zärtliche Gefühle, sondern als bloßes Medium für das Ausleben von Aggression und Eroberungswünschen (Reich, 1933/2010). Phallischer Narzissmus kommt Reich zufolge häufiger bei Männern als bei Frauen vor. Betroffene stellten für Frauen oft besonders begehrenswerte Sexualpartner dar, obwohl sie im Grunde Verachtung für das weibliche Geschlecht zeigten (ibid.).

Alice Miller sah den „phallischen" Mann unter dem Zwang zu ständigen Eroberungen, um sich überhaupt als Mann fühlen zu können. „Sobald er aber etwas Bestimmtes sein muß, und nicht sein kann, was er ist, verliert er begreiflicherweise sein Selbstbewußtsein. Um so mehr versucht er dann, sein schwaches Selbstwertgefühl ‚aufzupumpen', was zu weiterer narzißtischer Schwächung führt und so ad infinitum" (Miller, 1983, S. 73). Die phallisch-narzisstische Frau hat nach Miller meist eine Sonderstellung auf sexuellem Gebiet während der ödipalen Phase erfahren, manchmal auch früher (in Fällen, wo der Vater die Mutter affektiv ersetzte). Komme die Komponente eines väterlichen Verführungsverhaltens dazu, erlebten diese Frauen später einen Zwang, „immer wieder die Situation der Besonderheit suchen zu müssen" (ibid, S. 72).

Verführungssucht: Es geht um mehr als Sex

Als nicht deckungsgleich mit dem Bedeutungsinhalt von amourösem bzw. phallischem Narzissmus sind hingegen die Begriffe „Sexsucht" bzw. der akkurate Terminus „Hypersexualität" anzusehen. Obwohl ein Naheverhältnis der Phänomene plausibel erscheint, sind die in

manchen Fällen klarer, in anderen subtiler ausgeprägten Unterschiede deutlich. Vor allem die ausschließliche Konzentration auf den körperlich-sexuellen Aspekt legt eine falsche Fährte für das Verständnis von notorischen VerführerInnen.

„Sexsucht" kann ein Problem sein, das Betroffene *mit sich alleine* haben (etwa durch unkontrollierbaren Hang zu Masturbation, Cybersex, Telefonsex etc.). Verführungsprofis aber brauchen ein äußeres Objekt, einen realen Mann oder eine reale Frau, die es zu erobern gilt. *Denn es geht um weit mehr als sexuelle Befriedigung:* Die Tatsache des vollzogenen Geschlechtsaktes besiegelt den Erfolg der Eroberung und bestätigt den (Markt-) Wert, die sexyness, Attraktivität und Begehrlichkeit des verführenden Partners. Auch erfolgt eine Bestätigung der jeweiligen Eroberungskünste (Charme, Feingefühl, Takt, kluge Manöver, gutes *timing*, sprachliches Ausdrucksvermögen, Unterhaltungsgabe etc.), die wiederum eine (kurzfristige) Zufuhr an Selbstwertsteigerung mit sich bringt. Die Regulation erfolgt nicht oder nur teilweise durch die körperlich-sexuelle Befriedigung, sondern vielmehr durch das Triumphgefühl, das sich bei einer erfolgreichen Verführung, dem damit einhergehenden Willensbruch und der schließlich etablierten Machtposition gegenüber dem „Opfer" einstellt (Rieder, 2015).

Die geglückte Verführung eines neuen Liebesobjektes bereitet eine narzisstische Gratifikation, die „unmerklich zur vorrangigen Nahrungsquelle des Selbst" (Petermann, 1992, S. 63) werden kann. „Obschon sie energetisiert, macht sie nicht satt, sondern süchtig, weil sie einen fiktiven Bereich füttert" (ibid.).

Der süchtige Mensch hat keine Wahl, er kann kein anderes Verhalten setzen als jenes, wonach er giert. Amouröse NarzisstInnen können auf ihre erotischen Abenteuer nicht verzichten, weil sie dadurch ihr brüchiges Selbst kitten, zusammenhalten. Das Objekt der Begierde ist für VerführerInnen somit lebensnotwendig und jene innere Freiheit, derer sich habituelle Libertins nur allzu oft rühmen, zum schmeichelhaften Selbstkonzept verfestigte Einbildung.

Die Sexualität als Weg zum intimen Triumph

Die amerikanische Psychotherapeutin Anne W. Schaef unterscheidet zwischen Sex- und „Romanzensucht" (Schaef, 2011), wobei sie Geschlechtsverkehr als bloßes Vehikel für Letztere entlarvt. Der Autorin zufolge findet eine körperliche Begegnung statt, obwohl VerführerInnen oft nur wenig oder gar kein Interesse daran haben. Dazu passt, was ein Klient, der seine notorische Eroberungssucht durch Psychotherapie zähmen wollte, einmal in einer Therapiestunde feststellte: „Wissen Sie, mir geht es immer um das Intimste mit einer Frau. Ich will mit ihr den Moment erleben, in dem sie sich mir innerlich voll öffnet. Und das ist nun einmal der Sex. Aber wenn diese Intimität anders zu erreichen wäre, dann wäre es dieses Andere, nach dem ich gieren würde" (Rieder, 2015, S. 23).

Die Essenz dieser Bemerkung liegt wohl in der Tatsache, dass eine Eroberung für diesen Mann erst dann gelungen war, wenn sich die frisch eingenommene Frau ihm gefühlsmäßig vollständig hingab („emotionale Eroberung"). Das war der Moment des „größten Glücks", wie er sagte, wobei er mit der Glücksmetapher jenes Rauschgefühl meinte, das wohl auch viel mit empfundener Bestätigung, Macht und Siegestriumph zu tun hatte. *Solche Gefühle sind der Schlüssel zum Verständnis erotischer Jäger- und Sammlerpersönlichkeiten, und sie sind symptomatisch für die narzisstische Persönlichkeitsstruktur.*

Narzissmus erklärt auch einen wesentlichen Unterschied zwischen „Sexsüchtigen" und erotischen VerführerInnen: Während sich Erstere meist für ihre Obsession schämen, sehen Letztere auffallend oft keinen Anlass dazu. Der New Yorker Paartherapeut und Untreue-Spezialist Don-David Lusterman schildert das Beispiel eines Mannes, der all seine sexuellen Eroberungen in ein kleines schwarzes Buch eintrug. Praktisch jede Nacht, die er als Handelsreisender außer Hause verbrachte, fand er eine Frau, die er verführte und danach „vergaß" („find, bed and forget"; Lusterman, 1998, S. 31). Obwohl er behauptete, seine Frau zu lieben, fühlte und zeigte er keine Reue wegen seines Verhaltens. Als seine Frau das schwarze Buch fand, konnte er ihren Zorn über sein Verhalten nicht nachvollziehen. Seine eigene Wut hingegen war darauf gerichtet, dass sie das Buch gefunden hatte, und nicht auf sein eigenes Verhalten, das er als „Privatsache" betrachtete (ibid.).

Reue oder Schamgefühle, an sich typisch für die narzisstische Symptomatik, können auch bei amourös-narzisstisch geprägten Menschen vorkommen, beziehen sich dann allerdings meist nicht auf die sexuelle Promiskuität an sich, sondern auf deren destruktive Auswirkungen, etwa auf eine bestehende Hauptbeziehung oder Ehe.

Vor allem bei Männern, bei denen ein frei angelegtes Liebesleben lange Zeit gesellschaftlich offen toleriert wurde, aber mittlerweile auch bei Frauen, kann es zu einem jeglichen Schamgefühlen entgegengesetzten Verhalten kommen: Erotische Eroberungen geben dann

Anlass zu Angeberei und Prahlen, bekannt vom Stammtischgeplänkel über die Mädelsabende der die freie Liebe erprobenden Frauen aus der US-amerikanischen TV-Serie *„Sex and the City"* (Home Box Office, 1998-2004) bis hinauf in die Hochkultur der Oper, wo der treue Diener Leporello aus Mozarts Oper *„Don Giovanni"* stolz die Erfolgsliste seines Herrn präsentiert (Mozart, W. A., Don Giovanni, 1787, Arie des Leporello).

Der Blick auf derartige Aufstellungen, ein nochmaliges Durchleben vergangener Siege, die Erinnerung an vermeintliche Liebschaften, die weit mehr mit Machenschaften als mit Liebe zu tun hatten, mag über abenteuertechnische Dürrezeiten hinwegtrösten. Ein Heilmittel ist er allerdings nicht: Ein solches kann nur in einer tiefen Auseinandersetzung der Betroffenen mit sich selbst liegen, gepaart mit dem Willen, das wirkliche Lieben lernen zu wollen.

Literatur

Beck, A. (2016). *Pick up Artist sein und erfolgreich leben. Lerne die Verführungskunst kennen.* Kingscouchpub.com

Clement, U. (2011). *Wenn die Liebe fremdgeht. Vom richtigen Umgang mit Affären* (2. Auflage). Berlin: Ullstein.

Home Box Office (HBO) (1998-2004). *Sex and the City.* TV-Serie, 94 Episoden in 6 Staffeln. Showrunner: Darren Star, D: Sarah Jessica Parker, Kim Cattrall, Kristin Davis, Cynthia Nixon.

Lusterman, D.-D. (1998). *Infidelity – a survival guide.* Oakland: New Harbour.

Miller, A. (1983). *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem Wahren Selbst.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Millon, T., Davis, R. D., Millon, C. M., Escovar, L. & Meagher, S. (2000). *Personality disorders in modern life.* Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Mozart, W. A. (1986). *Der bestrafte Verführer oder Don Giovanni. Komödie in zwei Akten.* Stuttgart: Reclam. (Original: Il dissoluto punito osia il Don Giovanni), nach einem Libretto von Lorenzo da Ponte.

Petermann, F. (1988). Zur Dynamik narzisstischer Beziehungsstruktur. *Gestalttherapie, 2 (1),* 31-41.

Petermann, F. (1992). Identität, Narzissmus, Homosexualität. *Gestaltherapie, 6 (1),* 61-93.

Pospieszalski, M. (2014). *Wie man tolle Frauen rumkriegt. Ein Profi-Aufreißer verrät seine Methoden* (F. Sievers, Übers.). Kulmbach: Börsenmedien. (Original erschienen 2013: How to talk hot to women. The 9 secrets to getting and keeping the woman (women) of your dreams. BenBella Books).

Reich, W. (2010). *Charakteranalyse.* Köln: Anaconda.

Rieder, S. (2015). *Don Juan auf dem Hot Seat. Überlegungen zur Psychotherapie mit amourös-narzisstisch strukturierten Menschen.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Roth, Ph. (2010). *Professor der Begierde* (W. Petrich, Übers.), (2. Auflage der Neuausage 2004). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. (Original erschienen 1977: The professor of desire. New York: Farrar, Straus & Giroux)

Schaef, A. W. (2011). *Die Flucht vor Nähe. Warum Liebe, die süchtig macht, keine Liebe ist* (B. Jakobeit, Übers.), (18. Auflage). München: dtv. (Original erschienen 1989: Escape from intimacy. San Francisco: Harper & Row)

Thöne, L. V. (2012). *Pickup Artists. Die manipulativen Strategien der geheimen Aufreißer-Community.* Entercom Saurus Media/Edition Wissenschaft.

Volkan, V. D. & Ast, G. (1994). *Spektrum des Narzißmus: eine klinische Studie des gesunden Narzißmus, des narzißtisch-masochistischen Charakters, der narzißtischen Persönlichkeitsorganisation, des malignen Narzißmus und des erfolreichen Narzißmus.* Göttingen, Zürich: Vandenhoek & Ruprecht.

Wirth, H.-J. (2010). Pathologischer Narzissmus und Machtmissbrauch in der Politik. In O. F. Kernberg & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Narzissmus. Grundlagen – Störungsbilder – Therapie* (S. 158-169), (2. Nachdruck). Stuttgart: Schattauer.

Mag. Sonja Rieder, MSc
Psychotherapeutin (Integrative Gestalttherapie) und Coach, eigene Praxis in Wien
office@sonja-rieder.at

Sex in Wien. Lust. Kontrolle. Ungehorsam[1]

Eine Ausstellung im Wien Museum in Kooperation mit QWIEN – Zentrum für schwul/lesbische Kultur und Geschichte

Sexualität und Stadt – das ist eine ebenso lustvolle wie anstößige Beziehung. Nie zuvor haben sich Formen, Darstellungen und die Bewertung von Sex so stark verändert wie im Prozess der Urbanisierung. Die moderne Großstadt eröffnete Freiräume und versprach Anonymität, Auswege aus sozialer Kontrolle und die Erfüllung sexueller Wünsche. Zugleich schuf die Stadt neue Möglichkeiten der Überwachung, der Disziplinierung und der Kategorisierung von Sexualität.

Die Ausstellung *Sex in Wien* erzählt anhand zahlreicher Beispiele vom 19. Jahrhundert bis heute, wie dieses stete Ringen um Verbot und Freiheit jeden Moment einer sexuellen Begegnung prägte und prägt – vom „ersten Blick" bis zur „Zigarette danach". Wer durfte wen auf welche Weise anschauen? Wer wen ansprechen? Welche Arten von sexuellem Begehren konnten offen ausgelebt werden, welche nur im Verborgenen? Und welche Konsequenzen musste man fürchten, wenn man dabei erwischt wurde?

Deutlich wird, dass es weder Moralpredigten, wissenschaftliche Systematisierung noch polizeiliche Kontrolle je geschafft haben, all das zu reglementieren, was in den Schlafzimmern, in geheimen Räumen und in dunklen Ecken der Stadt seinen Platz gefunden hat. Die Idee zur Ausstellung stammt von Wien Museum-Direktor Matti Bunzl, der als Kulturanthropologe u.a. speziell zur Geschichte der Homosexualität in Wien geforscht hat. Umgesetzt wurde sie in Zusammenarbeit mit QWIEN – Zentrum für schwul/lesbische Kultur und Geschichte. Das Kuratoren/innen-Team besteht aus Andreas Brunner (Zentrum QWIEN), Frauke Kreutler, Michaela Lindinger, Gerhard Milchram, Martina Nußbaumer (alle Wien Museum) sowie Hannes Sulzenbacher (Zentrum QWIEN).

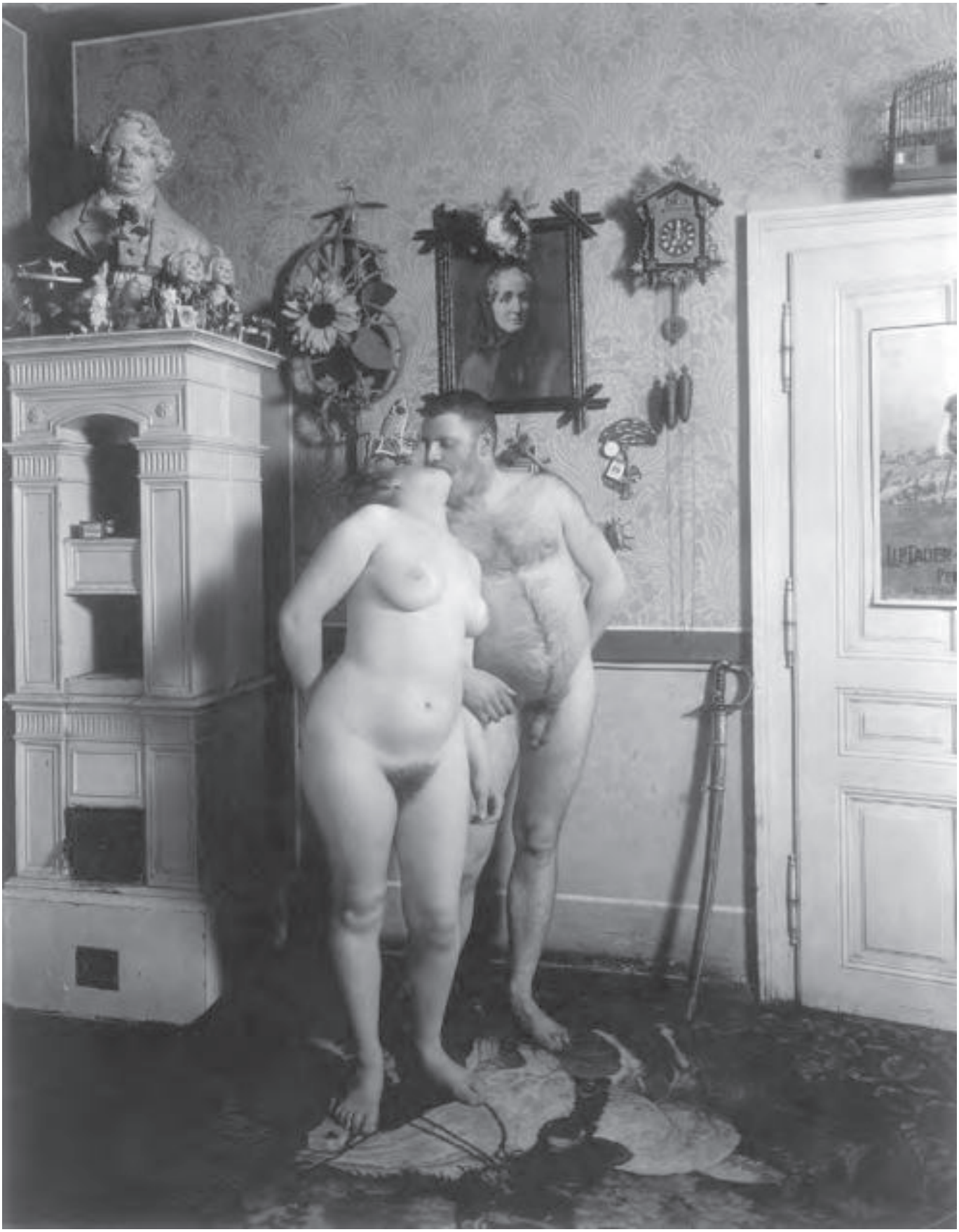
„Die Kulturgeschichte der Sexualität in der Stadt anhand des Beispiels Wiens erstmals groß angelegt darzustellen, war die enorm spannende Herausforderung bei diesem Ausstellungsprojekt", so Direktor Matti Bunzl. „Denn es ist kein Zufall, dass Sigmund Freud seine Einsichten gerade in Wien entwickelt hat. Die Stadt war ein Wegbereiter des modernen Verständnisses von Sexualität. So war der Schöpfer des Begriffs ‚homosexuell' der österreichisch-ungarische Schriftsteller Karl Maria Kertbeny, ein geborener Wiener; so arbeitete der Psychiater Richard von Krafft-Ebing – Autor der bahnbrechenden *Psychopathia sexualis* (1886), des ersten Versuchs einer systematischen Erfassung der damals als Sexualpathologien verstandenen Spielarten menschlicher Sexualität – in der Stadt. Diese und andere Errungenschaften in Erinnerung zu rufen, ist ein Ziel der Ausstellung. Wien als Ort der sexuellen Avantgarde darzustellen, bedeutet aber keineswegs, dass es sich um eine voyeuristische Schau handelt. Ganz im Gegenteil. Es geht um die wissenschaftliche Aufarbeitung eines der zentralen Themen unseres Lebens", so Bunzl.

Zur Ausstellung erschien ein rund 450 Seiten starker Katalog im Metroverlag, der den Fokus auf das Thema mit über 50 Beiträgen und wissenschaftlichen Aufsätzen weit über die Ausstellung hinaus öffnet. Weitere thematische Ausflüge unternimmt das umfangreiche Rahmenprogramm (von Stadtexpeditionen über eine Tagung zum Wiener „Skandalroman" *Josefine Mutzenbacher* am 1./2. Dezember 2016 bis hin zur „Langen Nacht des Sex" am 20. Jänner 2017). Anlässlich der Ausstellung zeigt das Film-Archiv Austria im Metro-Kinokulturhaus seit 16. September 2016 eine Filmreihe mit dem Titel „Sex in Wien. Eine Sub-Geschichte des österreichischen Kinos 1906-1938".

Ausstellung:
15. September 2016 bis 22. Jänner 2017
siehe www.wienmuseum.at/de/presse

Katalog zur Ausstellung
Sex in Wien – Lust. Kontrolle. Ungehorsam
Farb- und Schwarzweißabbildungen
broschierte Ausgabe, 454 Seiten, EUR 29,–
erschienen im Metroverlag
ISBN 978-3-9930-0276-3

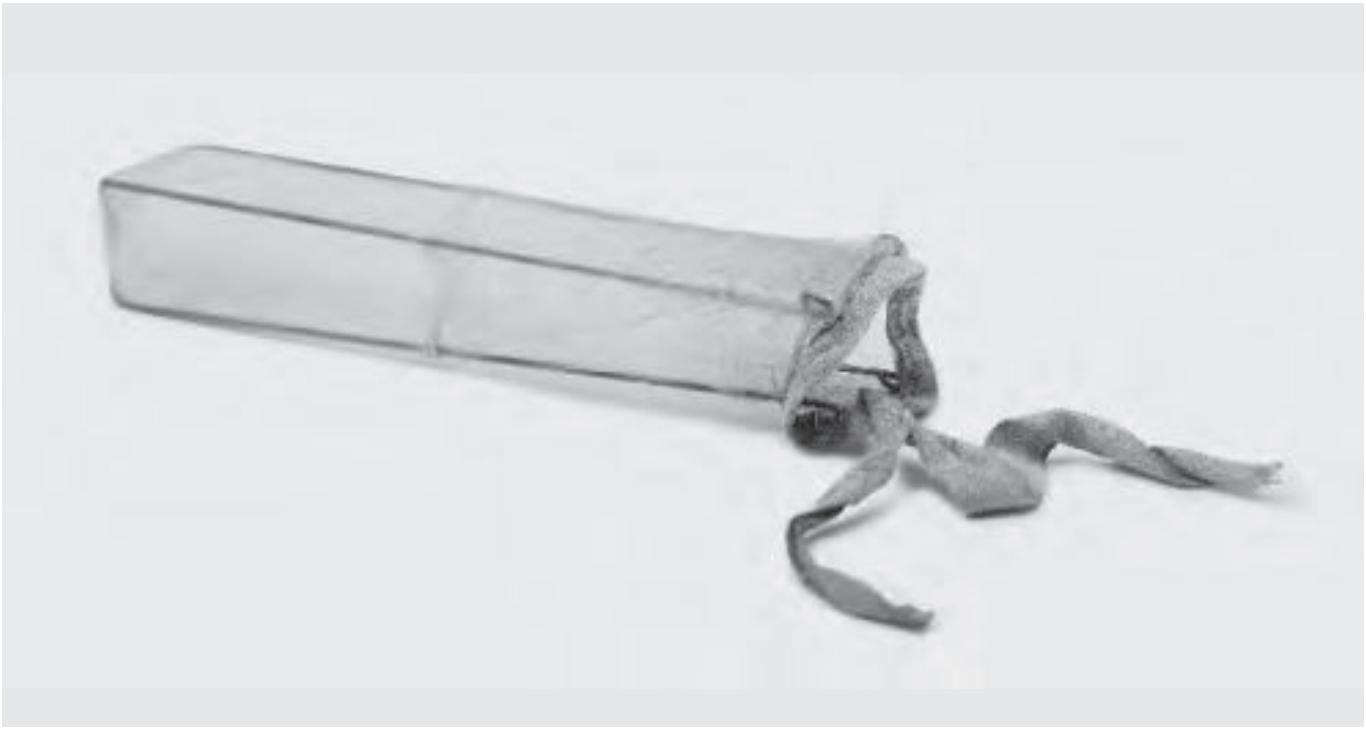
[1] Auszug aus dem Pressetext zur Ausstellung „Sex in Wien. Lust. Kontrolle. Ungehorsam" des Wien Museums



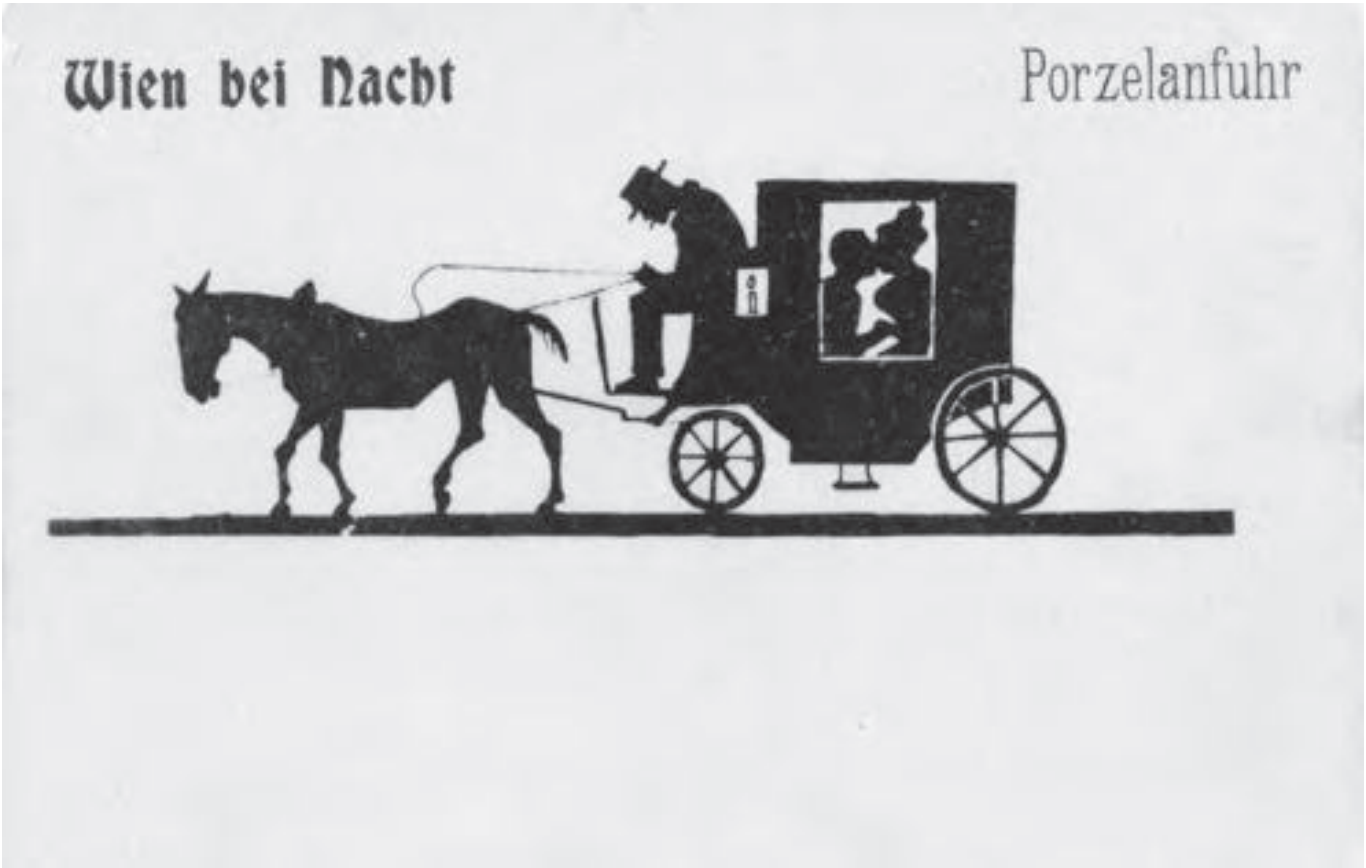
„Wiener Nackedeien", 1906
© Imagno/Austrian Archives

Ausschnitt aus dem Film „Ekstase“, 1933
© Filmarchiv Austria, Wien

„SEXPO 71“ im Wiener Künstlerhaus
© Imagno/Votava



Kondom aus Schafsdarm, um 1800
© MUVS, Wien



Postkarte „Wien bei Nacht – Porzelanfuhr“, um 1900
© Sammlung Peter Payer

Sport zwischen Zwang und Lust: Suchtorientierte Betrachtungen egosyntoner und egodystoner Regulationsmuster aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie

Jens Kleinert & Anna Wasserkampf

Zusammenfassung

Das Erleben von Zwang und externaler Kontrolle von Sporttreiben ist das wesentliche Merkmal von Sportsucht. Auf Basis der Organismischen Integrationstheorie als Subtheorie der Selbstbestimmungstheorie kann sozial kontrolliertes Verhalten durch drei Regulationsformen beschrieben werden, die drei autonomen Regulationsformen gegenüberstehen. Durch diese sechs Regulationsformen können egodystone (external kontrollierte) und egosyntone (autonome) Tendenzen unterschieden werden. Der Beitrag setzt sich vor diesem Hintergrund das Ziel, typische Regulationsmuster zu identifizieren und sie als Vorformen einer Sportsucht zu betrachten. Hierzu werden Daten aus drei verschiedenen Studien zusammengetragen. Die Ergebnisse zeigen ein egodystones und drei Varianten egosyntoner Regulationsmuster im Sport. Die Muster sind im Leistungssport, Extremsport und Freizeitsport unterschiedlich häufig und besitzen schlüssige Zusammenhänge mit hinderlichen (Burnoutprozessen) und förderlichen (Flow-Erleben, Bedürfnisbefriedigung) Umständen des Sporttreibens. In der Diskussion der Daten wird das egosyntondissonante Regulationsmuster als das Profil herausgearbeitet, welches vermutlich die höchsten Risiken zur Entwicklung einer Sportsucht trägt. Längsschnittliche Betrachtungen sollten zukünftig zeigen, ob die Profile tatsächlich mit der Entwicklung von Sportsucht in Verbindung zu bringen sind.

Einführung

Die Geschichte der neueren Sportsuchtforschung reicht in das Jahr 1970 zurück: Baekeland beobachtete im Rahmen einer Studie zu Effekten des Sportentzugs (Baekeland, 1970), dass bestimmte Probanden selbst durch Geldangebote nicht dazu zu bewegen waren, das Sporttreiben über eine bestimmte Zeit aufzugeben. Seit dieser Zeit sind nicht nur eine Vielzahl von Studien zum Thema Sportsucht erschienen, sondern auch bereits eine Reihe von Übersichtsarbeiten (Adams & Kirkby, 2002; Adams, Miller & Kraus, 2003; Allegre, Souville, Therme & Griffiths, 2006; Breuer & Kleinert, 2009; De Coverley Veale, 1987; Hausenblas & Symons Downs, 2002a; Kleinert, 2014).

Ein Thema, welches im Rahmen dieser Übersichten wiederholt angesprochen und (kontrovers) diskutiert wird, ist die Zwanghaftigkeit von Sport- und Bewegungsverhalten. Zwang als Merkmal von Sportsucht ist in den vorliegenden Arbeiten sowohl unscharf bestimmt als auch in seiner Rolle im Rahmen von (suchtartigen) Bewegungshandlungen unklar. Daher setzt sich dieser Beitrag das Ziel, den Aspekt des zwanghaften Sporttreibens sowohl aus theoretischer als auch aus empirischer Sicht zu hinterfragen. Für die theoretische Betrachtung greifen wir hierzu insbesondere auf die Selbstbestimmungstheorie (Deci & Ryan, 2000) zurück. Für die empirische Perspektive diskutieren wir sowohl bestehende Forschung als auch Daten aus drei eigenen Studien.

Zwang als Symptom der Sportsucht

Eine Systematik typischer Symptome im Bereich der Sportsucht wurde erstmals von Morgan (1979) beschrieben. Morgan (1979) postulierte für die Laufsucht eine Symptom-Trias aus sozialen Konflikten, Entzugssymptomen und Zwanghaftigkeit. Diese Trias wurde in den nachfolgenden Jahren ergänzt (vgl. De Coverley Veale, 1987; Hausenblas & Symons Downs, 2002a), sodass derzeit Sportsucht durch die Kriterien beschrieben wird, die typischerweise anderen Verhaltenssüchten zugewiesen werden – z.B. Entzugssymptome, Kontrollverlust,

Zwanghaftigkeit, soziale Vernachlässigung (Kleinert, 2014; Thalemann, 2009).

Unumstritten scheint das Zwangserleben eines der Kardinalsymptome von Sportsucht zu sein. Nicht nur in den ersten Systematiken von Morgan (1979), sondern auch in neueren Operationalisierungen von Sportsucht (Gulker, Laskis & Kuba, 2001; Hausenblas & Symons Downs, 2002b; Taranis, Touyz & Meyer, 2011) spielt der Zwang eine bedeutsame Rolle. Andere Autoren sehen das Zwangserleben nicht als notwendige Bedingung von Sportsucht (Davis, Brewer & Ratusny, 1993; Freimuth, Moniz & Kim, 2011; Kleinert, Hoyer & Raven, 2013). Dies wird einerseits damit begründet, dass Abhängigkeit und Zwang aus klinisch-theoretischer Sicht zwei unter Umständen eng verknüpfte, aber keineswegs austauschbare Konstrukte sind (Davis et al., 1993, S. 613); andererseits bestehen Gründe und Erfahrungswerte, die auffälliges Sportverhalten klinisch bedeutsam (d.h. suchtartig) erscheinen lassen, ohne dass bei dem Betroffenen das Gefühl des Zwanghaften vorliegt (Davis et al., 1993; Freimuth et al., 2011).

Kleinert (2014) postuliert daher zwei Varianten der Sportsucht, nämlich eine egosyntone und eine egodystone Form. Die egosyntone Form der Sportsucht ist dadurch charakterisiert, dass eine Abhängigkeit von den positiv konnotierten handlungsbegleitenden Effekten des Sportreibens erlebt wird oder besteht, beispielsweise von den positiven Affekten (bis hin zur Euphorie) oder auch den Erlebnissen höchster Kontrolle über den Körper. Durch die Bindung an die positiven Begleitumstände wird das Sporttreiben vom Sportsüchtigen als hochgradig ich-konsistent (d.h. stimmig) beschrieben; nach Davis (Davis et al., 1993, S. 613) ist dieses Verhalten dann „rather impulsive than compulsive“. Demgegenüber dient das Sporttreiben in der egodystonen Form der Sportsucht der Reduktion von negativem Affekt. Diese Sportsüchtigen sind also abhängig vom Sport, weil sie hierdurch ein Mittel besitzen, negative Gefühlszustände (z.B. Schuld, Angst) abzubauen. Die eher harmlose Form dieser Variante ist das Mindern des „schlechten Gewissens“, wenn man keinen Sport treiben würde – eine klinisch bedeutsame Variante wäre die Minderung der Angst vor vollständigem Kontroll- oder Sinnverlusten bei Sportabstinenz.

Egosyntone und egodystone Regulation aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie

Die Phänomene egosyntoner sowie egodystoner Handlungsregulation können aus Sicht der Selbstbestimmungstheorie (SDT; Deci & Ryan, 1985, 2000) insbesondere durch die Mechanismen der Internalisierung und der Bedürfnisbefriedigung näher bestimmt werden.

Egosyntone und egodystone Regulation und Internalisierung

In Hinsicht auf die Internalisierung beschreibt die Organismische Integrationstheorie als Subtheorie der Selbstbestimmungstheorie (Self-Determination Theory; SDT) sechs verschiedene Regulationsformen, die mit einem ansteigendem Ausmaß der Verhaltensinternalisierung verbunden sind (Deci & Ryan, 2000).

1) Die am wenigsten internalisierte Form ist die sogenannte Amotivation – hier erlebt die Person keinerlei ziel-, zweck- oder sinnstiftenden Verhaltensgründe.
2) Die nächste Stufe ist die externale Regulation. Verhalten wird hierbei aufgrund sozialer Vorgaben ausgeführt, die meist durch Belohnung oder Bestrafung operationalisiert sind.
3) Die Stufe der introjizierten Regulation beinhaltet das Verhalten aufgrund erlernter oder erfahrener Regeln oder Normen.
4) Identifizierte Regulation bedeutet das Verständnis über Ziel, Sinn und Zweck des Verhaltens.
5) Integrierte Regulation umfasst die Bindung des Verhaltens an die eigene Identität und hiermit an grundlegende, verhaltensübergreifende Vorstellungen und Werte.
6) Intrinsische Regulation liegt schließlich vor, wenn das Verhalten als Selbstzweck ausgeführt wird, d.h. weder Verhaltenskonsequenzen noch Identitätsbestätigung, sondern lediglich verhaltensimmanente positive Erlebnisse angestrebt werden.

Die sechs Stufen der Internalisierung werden auch als organismische Integration bezeichnet. Es wird daher davon ausgegangen, dass eine zunehmende Internalisierung mit einer zunehmenden Ich-Konsistenz oder Selbstkonkordanz (Grawe, 1998, S. 476) von Verhalten, also einer Integration in den psychischen Organismus, einhergeht. Zugleich geht die SDT davon aus, dass hoch internalisiertes Verhalten mit dem Gefühl der Selbstbestimmtheit einhergeht und sowohl psychische Gesundheit also auch Leis-

tungs- und Persönlichkeitsentwicklung positiv beeinflusst.

Egosyntone und egodystone Regulation können in diesem theoretischen Modell als Synonyme für hoch und niedrig internalisierte Regulationsformen verwendet werden. Demnach wäre eine egosyntone Form der Sportsucht eine solche, die an das unkontrollierbare Streben nach integrierter oder intrinsischer Motivation gebunden ist. Sportsüchtige würden demnach süchtig sein nach höchster und grundlegender Ich-Bestätigung sowie nach positiven Affekten, die mit dem Sporttreiben verbunden sind. Dieses Streben nach positivem Affekt und Ich-Bestätigung ist jedoch vom Grunde her eher ein positives Verhaltensmerkmal als ein bedenkliches (oder sogar krankhaftes). Allerdings müssen Internalisierungsprozesse dann auch mit anderen Lebens- und Verhaltensebenen der Person konform gehen und sich harmonisch verbinden lassen. Genau dies funktioniert im Falle der Sportsucht nicht, da beispielsweise Beziehungen oder berufliche Entwicklungen unter dem exzessiven Sporttreiben leiden. Auch das positive Affekterleben des egosynthon Sportsüchtigen ist kritisch zu betrachten. Im Rahmen der SDT ist nämlich positiver Affekt als Teil hoch internalisierter Verhaltensregulation (insbesondere bei intrinsischer Regulation) nur dann förderlich für die psychische Gesundheit und die Entwicklung, wenn hiermit eudämonische statt hedonistische Gefühlslagen verbunden sind (Deci & Ryan, 2008). Solche eudämonischen Affekte beziehen sich auf Gefühle der Glückseligkeit und tiefer, psychischer Zufriedenheit, während hedonistische Gefühlslagen durch Lustempfinden charakterisiert werden. Letztere stehen jedoch vermutlich bei Sportsüchtigen im Vordergrund.

Die egodystone Form der Sportsucht ist im Modell der organismischen Integration durch das Gefühl starker äußerer, insbesondere sozialer Kontrolle geprägt. Das Erleben von Zwang kann hierbei als das affektive Korrelat unterschiedlicher, wenig bis gar nicht selbstbestimmter Regulationsformen angesehen werden: Der oder die Sportsüchtige erlebt das Sportverhalten also entweder als sinn- und zwecklos (Amotivation), als von außen vorgegeben und selbst nicht kontrollierbar (externale Regulation) oder zumindest als durch Regeln und Normen erzwungen (introjizierte Regulation). Alle drei Regulationsformen sind durch negativ konnotierte Gefühlslagen begleitet, nämlich durch Lustlosigkeit (Amotivation), Angst (externale Regulation) oder Schuld bzw. Scham (introjizierte Regulation). Verhalten wird also ausgeführt, um diese negativen Affekte zu reduzieren oder zu verhindern, oder anders: Der Sportsüchtige erlebt sich in seiner Affektregulation abhängig vom Sport.

Egosyntone und egodystone Regulation und Bedürfnisbefriedigung

In der SDT sind Prozesse der Bedürfnisbefriedigung konzeptionell an Internalisierungsprozesse gebunden. Es wird davon ausgegangen, dass mit zunehmender organismischer Integration die Wahrscheinlichkeit steigt, dass grundlegende psychische Bedürfnisse befriedigt werden. Als psychische Bedürfnisse werden laut SDT Kompetenz (d.h. das Bedürfnis nach Fähigkeit und Können), Verbundenheit (d.h. das Bedürfnis nach sozialer Nähe und Einbezogenheit) sowie Autonomie (d.h. das Bedürfnis nach freier Entscheidung und Selbstaktualisierung; vgl. Deci & Ryan, 1985) betrachtet.

Auf den ersten Blick haben egosyntone Regulationsformen Bezüge zur Befriedigung von psychischen Grundbedürfnissen. Egosynton Sportsüchtige streben sicherlich insbesondere die Befriedigung von Kompetenz (d.h. sich das eigene Können beweisen) oder Autonomie an (d.h. sich frei entfalten können). Allerdings werden im Rahmen dieser Befriedigungsprozesse soziale oder berufliche Konflikte, körperliche Schädigungen (d.h. Verletzungen, Überlastungen) oder höchste zeitliche oder finanzielle Aufwände in Kauf genommen. Aufgrund dieser negativen Begleitaspekte führt im Falle der Sportsucht die Befriedigung im Kontext Sport vermutlich *nicht* zur Erhöhung der *allgemeinen* psychischen Gesundheit oder zur positiven Beeinflussung der Persönlichkeitsentwicklung insgesamt, denn: es ist davon auszugehen, dass die hohe Bedürfnisbefriedigung sich ausschließlich auf den Sport bezieht und für andere entwicklungswichtige Lebensbereiche nicht zutrifft. Stattdessen ist zu erwarten, dass in anderen Kontexten (z.B. Familie, Beruf) eher Bedürfnisfrustration stattfindet, was in der Summe Entwicklungsprozesse eher hemmen wird.

Noch problematischer stellt sich die Situation bei der egodystonen Form der Sportsucht dar. Egodystone Regulation ist weitgehend gegensätzlich zu der Befriedigung der eigenen psychischen Bedürfnisse ausgelegt. Die für egodystone Regulation typische implizite oder explizite Orientierung an sozialen Normen mag zwar als Versuch gewertet werden, durch Entsprechung gesellschaftlicher Vorgaben Bedürfnisbefriedigung zu ersetzen; eine wirkliche Kompensation echter Bedürfnisbefriedigung ist hierdurch jedoch kaum zu erwarten.

Selbstbestimmungstheorie und Sportsucht: Übersicht zur Forschungslage

Studien zum Zusammenhang der Konstrukte der Selbstbestimmungstheorie (d.h. egosyntoner bzw. egodystoner Verhaltensregulation sowie Bedürfnisbefriedigung) und Sportsucht untersuchten dies vorrangig bei Ausdauersportlern (mit den Sportarten Laufen, Schwimmen, Radfahren) (Hamer, Karageorghis & Vlachopoulos, 2002) und regelmäßig Sporttreibenden (unterschiedliche Sportarten werden hier zusammengefasst, wie z.B. Kraftsport, Fitnesssport, Aerobic, Fußball, Volleyball Costa; vgl. Coppolino & Oliva, 2016; Fortier & Farrell, 2009; González-Cutre & Sicilia, 2012). Jugendliche Sportler wurden in einer weiteren Studie untersucht (Symons Downs, Savage & DiNallo, 2013). Hinsichtlich der Festlegung von Sportsucht stuften zwei Studien (Edmunds, Ntoumanis & Duda, 2006; Costa et al., 2016) Teilnehmer auf Basis der Exercise Dependence Scale nach Hausenblas und Synoms Downs (2001) und DSM-IV Kriterien für substanzgebundene Abhängigkeiten (American Psychiatric Association, 1994) in drei Kategorien ein: Athleten mit Symptomen der Abhängigkeit und Hinweisen auf Sportsucht wurden als *gefährdet für Sportsucht* eingestuft – hierunter fielen nur die wenigsten der Untersuchten. Studienteilnehmer ohne Abhängigkeitskriterien, aber mit Hinweisen auf Sportsucht wurden als *nicht-abhängig symptomatisch* und eine dritte Gruppe als *nicht-abhängig asymptomatisch* bezeichnet. Nur die letzteren beiden Gruppen wurden in diesen Studien weiter untersucht.

Verhaltensregulation

Studien hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen kontrollierten (d.h. egodystonen) Regulationsformen und Sportsucht ergeben, dass sportkontextübergreifend vor allem introjizierte Regulation in starkem Zusammenhang mit Sportsucht steht (Edmunds et al., 2006; Hamer et al., 2002; Symons Downs et al., 2013). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen externaler Regulation und Sportsucht werden inkonsistente Ergebnisse berichtet (González-Cutre & Sicilia, 2012; Hamer et al., 2002; Symons Downs et al., 2013). So zeigte sich externale Regulation sowohl als schwache (Hamer et al., 2002), signifikante Determinante (jedoch nur bei männlichen Jugendlichen) (Symons Downs et al., 2013) oder als mediierender Faktor (González-Cutre & Sicilia, 2012). Bezogen auf den Zusammenhang zwischen Amotivation und Sportsucht können keine Rückschlüsse auf Basis der derzeitigen Literatur gezogen werden.

Hinsichtlich der autonomen, egosyntonen Regulationsformen zeigten sich identifizierte Regulation als weiterer, unerwarteter Faktor von Sportsucht (Hamer et al., 2002) und auch integrierte Regulation wurde mehrfach als signifikante Determinante von Sportsucht identifiziert (Duncan, Hall, Wilson & O, 2010; González-Cutre & Sicilia, 2012; Symons Downs et al., 2013). Intrinsische Motivation hingegen wies keinen Zusammenhang mit Sportsucht bei Ausdauersportlern auf (Hamer et al., 2002).

Mehrere Studien zeigten schließlich, dass Sportsucht am ehesten durch eine Kombination von kontrollierten (hier vor allem introjizierter Regulation) und autonomen Regulationen (hier vor allem integrierte, jedoch auch identifizierte Regulation) bestimmt wird (Edmunds et al., 2006; Fortier & Farrell, 2009, 2009; González-Cutre & Sicilia, 2012; Symons Downs et al., 2013).

Bedürfnisbefriedigung und Bedürfnisfrustration

Bezogen auf den Zusammenhang von Bedürfnisbefriedigung und Sportsucht zeigt sich in der bisherigen Forschung, dass das Bedürfnis nach Kompetenz einen positiven Zusammenhang mit Sportsucht aufweist (Edmunds et al., 2006; González-Cutre & Sicilia, 2012). Dahingegen konnte hinsichtlich der Bedürfnisse Autonomie und Einbeziehung kein Unterschied festgestellt werden zwischen nicht-abhängig symptomatischen Sportlern und nicht-abhängig asymptomatischen Sportlern (Edmunds et al., 2006).

Studien, die sich explizit dem Thema Bedürfnisfrustration (und nicht allein der Bedürfnisbefriedigung) im Kontext Sportsucht widmen, sind kaum zu finden. Die wenigen bisherigen Befunde weisen darauf hin, dass nicht nur Bedürfnisbefriedigung, sondern auch Bedürfnisfrustration mit Sportsucht assoziiert ist (Costa et al., 2016). Gleichzeitig wird betont, dass beide Zustände, nämlich Befriedigung und Frustration, zeitgleich co-existieren können (Bartholomew, Ntoumanis, Ryan & Thøgersen-Ntoumani, 2011), was als ein Indiz für die Ambivalenz und intrapsychische Dissonanz bei Sportsüchtigen gewertet werden kann (Kleinert, 2014).

Fragestellung

Die bisherigen Forschungen zeigen, dass in Hinsicht auf die Verhaltensregulation bei

Sportsüchtigen eine Zuordnung von egosyntonen oder egodystonen Regulationsformen uneindeutig ist. Es ist weder bekannt, ob es nur zwei (egosyntoner vs. egodystoner Typ) oder mehr Regulationstypen gibt, noch mit welchen negativen oder positiven Begleitumständen solche Typen verbunden sind. Daher soll mit der vorliegenden Arbeit beantwortet werden, welche verschiedenen egosyntonen sowie egodystonen Regulationsmuster sich im Sport unterscheiden lassen. Die Muster sollen anhand von Konstellationen egodystoner Regulationsformen (Amotivation, externale Regulation, introjizierte Regulation) sowie egosyntoner Regulationsformen (identifizierte, integrierte und intrinsische Regulation) empirisch ermittelt werden. Weiterhin soll (2) beantwortet werden, wie häufig diese verschiedenen Regulationsmuster (a) bei unterschiedlichen Sportarten, (b) bei Sportlerinnen und Sporlern sowie (c) bei jüngeren und älteren Sportlern sind. Zusätzlich soll ermittelt werden, ob egosyntone oder egodystone Verhaltensregulation (bzw. die hierauf basierenden Regulationstypen) mit negativen (z.B. Burnoutrisiko) oder fehlenden positiven Begleitumständen (niedriger Bedürfnisbefriedigung, niedriges Genusserleben) zusammenhängen. Dies soll (3) einerseits auf der Ebene der einzelnen Regulationsformen geschehen als auch (4) auf der Ebene der Regulationsmuster.

Methodik

Die vorliegenden Analysen basieren auf den Daten von drei unterschiedlichen Studien. In allen Studien wurden egosyntone und egodystone Regulationsformen erfasst; Regulationsmuster auf der Basis der sechs Regulationsstile wurden studienübergreifend (d.h. mit einem gemeinsamen Datensatz) berechnet. Die Beantwortung einzelner Fragestellungen bzw. Teilfragestellungen bezieht sich jedoch auf einzelne der drei Untersuchungsgruppen.

Beschreibung der drei Untersuchungsgruppen

Highliner

Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus 38 Männern und vier Frauen im Alter von 18 bis 47 Jahren (M = 24.7, SD = 5.8) der Grundgesamtheit der internationalen Highliner zusammen. Beim Highlinen wird die Highline nicht in Absprunghöhe, sondern in extremer Höhe z.B. über Schluchten gespannt, über die Highliner in einigen bis zu mehreren hundert Metern Höhe zu laufen versuchen. Mit 81 Prozent (n = 34) ist die Mehrheit der Teilnehmer deutschen Ursprungs; die übrigen Highliner stammten aus den USA oder dem europäischen Ausland. Die Hälfte der Teilnehmer (n = 21) sieht sich selbst in der mittleren oder oberen nationalen Leistungsklasse und 28,5 Prozent (n = 12) im nationalen und internationalen Toplevel. Neunzehn Prozent (n = 8) gaben an, ihren Sport als gesponserte Amateure auszuüben, und 9,5 Prozent (n = 4) berichteten, ihren Lebensunterhalt mit ihrem Sport zu verdienen.

Freizeitsportler

Die Untersuchungsgruppe bestand aus 53 Männern und 21 Frauen im Alter von 17 bis 58 (M = 33.8, SD = 11.2) und setze sich aus zwei Unternehmen zusammen, die am 8. Duisburger Targobank-Run teilnahmen. Obwohl 43 Prozent (n = 32) der Teilnehmer Laufen als Hauptsportart angaben, berichteten 91 Prozent, einmal wöchentlich zu joggen. Unter „Weitere“ genannte Hauptsportarten fielen z.B. Radfahren und Fußball (jeweils 9,5%, n = 7). Zuvor nahmen die Teilnehmer durchschnittlich an 1,62 (SD = 1.93) Firmenläufen teil, mit einer durchschnittlichen Zielzeit von 26.35 Minuten (auf 5,8 km). Neunundsechzig Prozent der Teilnehmer (n = 51) schätzten sich selbst als Hobbysportler ein, wohingegen sich 16 Prozent (n = 12) der mittleren Leistungsklasse zuordnete.

Leistungsschwimmer

Da nicht alle akquirierten Schwimmer (n = 126) den Einschlusskriterien (mindestens vier Wasser-Trainingseinheiten pro Woche, Mindestalter 14 Jahre) entsprachen, setzte sich die endgültige Stichprobe aus 27 Männern und 34 Frauen im Alter von 12 bis 25 Jahren (M = 15.44, SD = 2.8) zusammen. Der Großteil der Stichprobe war deutsch (95%, n = 58). Überwiegend befanden sich die Schwimmer in einer schulischen oder beruflichen Ausbildung (82%, n = 50 sind Schüler, 10 Prozent, n = 6 sind Studenten). Alle teilnehmenden Schwimmer waren Mitglieder der ersten Leistungs- bzw. Wettkampfmannschaft ihres Vereins. Teilnehmer gaben an vier bis 10 Wassertrainingseinheiten pro Woche zu absolvieren (M = 5.62, SD = 1.67), mit einer durchschnittlichen Dauer von 90 bis 180 Minuten (M = 132.98, SD = 29.92). Durchschnittlich schwammen die Athleten 4,3 Kilometer (SD = 0.5) pro Woche und nahmen an 16 Wettkämpfen in der Saison teil (SD = 7.81). Krafttrainings wurden

wöchentlich durchschnittlich 2.16 (*SD* = 1.41) absolviert. Die durchschnittliche Schwimmsporterfahrung lag bei 9.6 Jahren (*SD* = 3.2), wovon 7.4 Jahre (*SD* = 2.7) im Wettkampfteam absolviert wurden.

Befragungsinstrumente

Erfassung von Verhaltensregulation

Die Verhaltensregulationen wurden mittels der deutschen Version des Behavioral Regulation in Sport Questionnaire (BRSQ-G) von Kleinert und Pels (2013) erfasst, die auf der Originalversion von Lonsdale basiert (2008). Vorläufige Validierungen zeigten sowohl valide als auch intern konsistente Ergebnisse (Kleinert & Pels, 2013). Die 24-Item-Skala teilt sich in sechs Subskalen, mit jeweils vier Items: *Amotivation* (z.B. „… aber ich hinterfrage mich, weshalb ich mir das antue", α = .75-.84), *externale Regulation* („… weil mich andere Menschen dazu drängen", α = .83-.90), *introjizierte Regulation* („… weil ich mich schuldig fühlen würde, wenn ich aufhörte", α = .83-.91), *identifizierte Regulation* („… weil ich den Nutzen meines Sports schätze", α = .79-.85), *integrierte Regulation* („… weil es ein Teil von mir ist", α = .81-.89 und *intrinsische Motivation* („… weil ich es gerne mache", α = .84-.98). Die Untersuchungsteilnehmer wurden gefragt, warum sie ihren Sport machen (Highliner: „Ich slackline, …"; Freizeitsportler: „Ich mache Ausdauersport, …"; Leistungsschwimmer: „Ich mache meinen Sport, …"), mit Antwortmöglichkeiten, die auf einer 7-stufigen Likert-Skala gewertet werden von 1 (= trifft gar nicht zu) bis 7 (= trifft völlig zu). Jede Subskala wird einzeln berechnet und höhere Werte stehen für eine höhere Ausprägung der jeweiligen Regulationsform.

Ermittlung von Regulationsmustern

Mit Hilfe von Clusteranalysen können theoretisch bedeutsame motivationale Regulationsmuster, die auf den Verhaltensregulationen basieren, identifiziert werden. Der Vorteil von Clusteranalysen ist, dass sie eine heterogene Kohorte von Individuen, basierend auf einer sich ähnelnden Charakteristik/Variablenausprägung (hier Verhaltensregulationen) klassifizieren, was in eine kleine Anzahl von sich gegenseitig ausschließenden Clustern resultiert (Hair & Black, 2000). Clusterzentrenanalysen sind immer dann sinnvoll, wenn eine Annahme (z.B. eine theoriegeleitete) in Bezug auf die Anzahl der Cluster vorliegt. Des Weiteren kann neben der Anzahl der Cluster eine Vorgabe für eine Ausgangslösung für die Clusterzentren festgelegt werden.

Erfassung von Bedürfnisbefriedigung

Bedürfnisbefriedigung wurde prä-post nur bei der Gruppe der Freizeitsportler erfasst mit Hilfe der Contextual Basic Need Satisfaction Scale (CBANS, Kleinert, 2012). Die 11-Item-Skala teilt sich in drei Subskalen: *Kompetenz* („… gibt mir Gelegenheit, mein Können zu zeigen", 3 Items, α = .79), *Autonomie* („… gibt mir Gelegenheit, frei zu entscheiden", 5 Items, α = .89) und *Einbeziehung* („… gibt mir Gelegenheit, zu etwas oder jemandem dazuzugehören", 3 Items, α = .80). Freizeitsportler wurden gebeten, die Instruktion „Der Firmenlauf…" zu vervollständigen. Die vierstufige Antwortskala reichte von 0 (= gar nicht) bis 3 (= sehr stark). Jede Subskala wurde einzeln berechnet und höhere Werte stehen für eine höhere Ausprägung/höhere Bedürfnisbefriedigung des jeweiligen Bedürfnisses.

Erfassung von Burnout

Athleten-Burnout wurde prä-post nur bei der Gruppe der Leistungsschwimmer mittels der deutschen Version des Athlete Burnout Questionnaire erfasst (ABQ-D; Ziemainz, Abu-Omar, Raedeke & Kraus, 2004), die auf der originalen Version von Raedeke und Smith (2001) basiert. Die 15-Item Skala gliedert sich in drei Subskalen (jeweils mit fünf Items): *Physische und emotionale Erschöpfung* (z.B. „Die geistigen und körperlichen Anforderungen in meinem Sport erschöpfen mich", α = .91), *vermindertes Leistungsstreben* (z.B. „Der Erfolg in meiner Sportart ist mir nicht mehr so wichtig, wie er einmal war", α = .78) und *Zweifel an der Bedeutung des Sports* („Ich erreiche nicht viel in meiner Sportart", α = .71). Teilnehmer wurden nach Gründen, warum sie den Schwimmsport ausüben, gefragt. Die fünfstufige Antwortskala reichte von 1 (= fast nie) bis 5 (= sehr oft). Jede Subskala wurde einzeln berechnet und höhere Werte zeigten eine höhere Ausprägung der jeweiligen Subskala.

Erfassung von Flow

Flow-Erleben wurde bei der Gruppe der Highliner über den Flow-Kurzfragebogen (Rheinberg, Vollmeyer & Engeser, 2003) operationalisiert. Die 16-Item-Skala teilt sich in zwei Subskalen und eine Komponente auf: *Glatter automatischer Verlauf* (z.B. „Die richtigen Gedanken/Bewe-

gungen kommen wie von selbst", 6 Items, α = .85), *Absorbiertheit* (z.B. „Ich bin völlig selbstvergessen", 4 Items, α = .57) und *Besorgniskomponente* (z.B. „Ich darf jetzt keinen Fehler machen", 2 Items, α = .67). Ein Flow-Gesamtwert wurde ebenfalls berechnet (α = .75). Teilnehmer wurden gebeten sich in die gerade ausgeführte Tätigkeit zurückzuversetzen und anzugeben, wie sie die Tätigkeit erlebt haben. Antworten wurden auf einer siebenstufigen Likert-Skala gegeben mit Antwortmöglichkeiten von 1 (= trifft nicht zu) über 4 (= teils-teils) bis 7 (= trifft zu). Jede Subskala wurde einzeln berechnet und höhere Werte zeigten eine höhere Ausprägung der jeweiligen Subskala.

Untersuchungsverlauf

Highliner

Die Untersuchungsgruppe der Highliner wurde während der Highline meetings in Freyr, Belgien, und Ostrov, Tschechien, akquiriert. Die Fragebögen (BRSQ-G und Flow-Kurzfragebogen) wurden im Anschluss einer absolvierten Highline bzw. eines Versuchs, eine Highline zu laufen, ausgeteilt.

Freizeitsportler

Die Untersuchungsgruppe der Freizeitsportler wurde vor dem 8. Duisburger Targobank-Runs akquiriert und gebeten sich auch im direkten Anschluss an den Lauf für eine Post-Befragung zur Verfügung zu stellen. In der Prä-Befragung wurden die Teilnehmer zu ihrer Laufmotivation (mittels BRSQ-G) und zur kontextuellen Bedürfnisbefriedigung (CBANS) befragt. In der Post-Befragung wurden die Teilnehmer erneut zu ihrer kontextuellen Bedürfnisbefriedung befragt.

Leistungsschwimmer

Zur Stichprobengewinnung wurden Schwimmvereine in Nordrhein-Westfalen und Olympiastützpunkte aus ganz Deutschland kontaktiert, denen positive Teilnahmebestätigungen von zehn Mannschaften folgten. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Befragungen erstreckten sich über einen Zeitraum von vier Wochen.

Datenanalyse

Die Datenanalyse wurde mit IBM SPSS Statistics 23.0 durchgeführt. Nach der Bereinigung des Datensatzes wurden die zu untersuchenden Variablen auf Normalverteilung hin überprüft. Aufgrund fehlender Normalverteilung und ungleicher Gruppenverteilung, wurden für anschließende Tests (Korrelationstests und Gruppenvergleiche) grundsätzlich non-parametrische Verfahren angewendet.

Um die erste Fragestellung zu beantworten, wurde eine Clusterzentrenanalyse berechnet, um theoretisch bedeutsame motivationale Cluster basierend auf den Verhaltensregulationen zu identifizieren. Die endgültige Clusterlösung zeigt, dass die Zusammenstellung von vier Clustern die Regulationsmuster am besten abbildet. Eine Diskriminanzanalyse wurde berechnet, um die Stabilität der Clusterlösung zu bestätigen, und ergab, dass 95,5 Prozent der Teilnehmer in der Vierer-Lösung korrekt zugewiesen wurden.

Um zu erfahren, wie häufig verschiedene egosyntone und egodystone Regulationsmuster bei unterschiedlichen Sportarten, Sportlerinnen und Sportlern als auch bei jüngeren und älteren Sportlern auftauchen (Fragestellung 2), wurden Chi-Quadrat-Analysen berechnet.

Um die dritte Fragestellung zu beantworten (Zusammenhänge zwischen autonomen und sozial kontrollierten Regulationsformen und entwicklungsförderlichen bzw. entwicklungshinderlichen Prozessen), werden Spearman-Korrelationen berechnet.

Letztlich, um zu beantworten, wie häufig sich bei grundsätzlich positiven (egosystoner) Regulationsstilen entwicklungshinderliche Begleitumstände finden (Fragestellung 4), werden sowohl Friedman-Tests und entsprechende Post-hoc-Analysen (Mann-Whitney-Tests) ausgeführt. Der Einfachheit halber werden für die Post-hoc-Analysen Mittelwerte und Standardabweichungen angegeben, statt mittlerer Ränge.

Für alle oben genannten Analysen gilt ein Signifikanzniveau von .05.

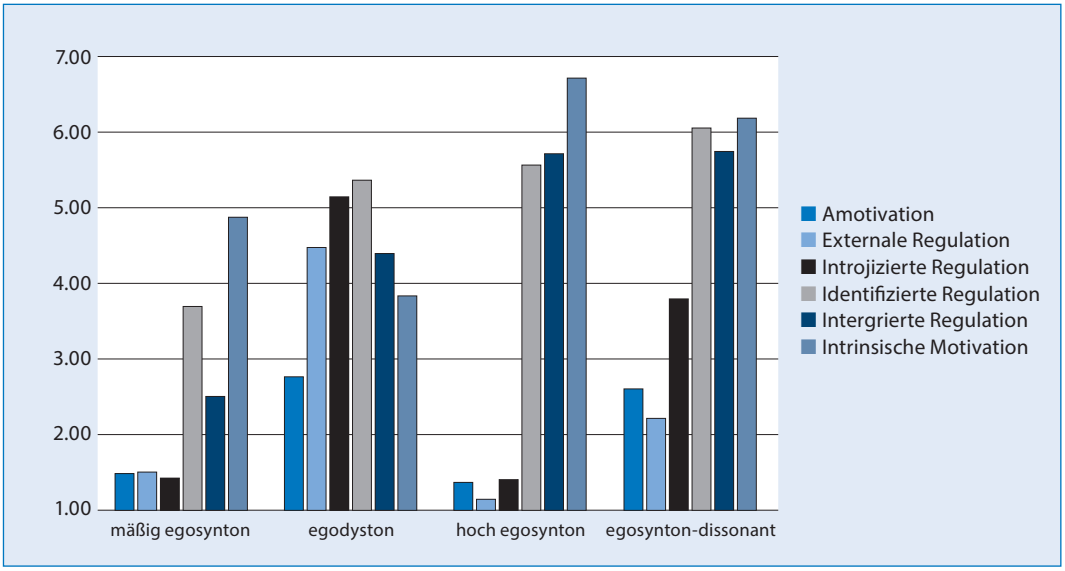
Ergebnisse

Egosyntone und egodystone Regulationsmuster

Die Clusterzentrenanalyse ergab vier Regulationsmuster (Abbildung 1). Ein Cluster ist durch relativ hohe Werte an sozial kontrollierten Regulationsformen (insbesondere externale und introjizierte Regulation; vgl. Tabelle 1) charak-

Abbildung 1

Egosyntone und egodystone Regulationsmuster (M, SD)



Mäßig egosyntones Cluster: *n* = 39 ; Egodystones Cluster: *n* = 10 ; Hoch egosyntones Cluster: *n* = 104 ; Egosynton-dissonantes Cluster: *n* = 48 ; 1 = trifft gar nicht zu; 7 = trifft völlig zu.

Tabelle 1

Egosyntone und egodystone Regulationsmuster (*N* = 201)

	Cluster 1 Mäßig egosynton		Cluster 2 Egodyston		Cluster 3 Hoch egosynton		Cluster 4 Egosynton-dissonant	
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*
Amotivation	1.49	.91	2.78	1.6	1.35	.68	2.60	1.37
Externale Regulation	1.51	.99	4.48	1.59	1.13	.30	2.22	.94
Introjizierte Regulation	1.42	.63	5.18	1.59	1.40	.58	3.82	1.15
Identifizierte Regulation	3.69	1.38	5.38	1.4	5.58	1.12	6.05	.83
Integrierte Regulation	2.53	1.06	4.43	1.78	5.73	1.01	5.78	.91
Intrinsische Motivation	4.90	1.73	3.85	1.04	6.74	.51	6.20	.84

terisiert, welches daher als *egodyston* bezeichnet werden kann (Cluster 2). In den übrigen Clustern (1, 3, 4) überwiegen insgesamt autonome Regulationen, jedoch unterscheiden sich die Cluster hinsichtlich der Ausprägung dieser autonomen als auch der Ausprägung der sozial kontrollierten Regulationen. So weist das *hoch-egosyntone* Cluster (Cluster 3) sehr hohe autonome Regulationen auf, bei gleichzeitig sehr niedrigen sozial kontrollierten Regulationen. Das *mäßig-egosyntone* Cluster (Cluster 1) hingegen zeigte ähnlich niedrige Werte sozial kontrollierter Regulationen auf, jedoch im Vergleich zum *egosyntonen* Cluster (Cluster 3) signifikant niedrigere Werte autonomer Regulationen. Eine Besonderheit ergibt sich für das Cluster 4. Auch dieses Cluster ist zwar überwiegend durch autonome Regulationsformen gekennzeichnet, jedoch zeigen sich im Vergleich zu Cluster 1 und 3 signifikant höhere Werte in allen drei sozial-kontrollierten Regulationsformen. In Hinsicht auf Amotivation, weist dieses Cluster sogar gleich hohe Werte im Vergleich zum *egodystonen* Cluster (Cluster 2) auf. Aus diesem Grund wird in Cluster 4, trotz überwiegend *egosyntonen* (autonomen) Regulationsformen, eine dissonante Struktur angenommen (daher *egosynton-dissonantes* Cluster).

Häufigkeit egosyntoner und egodystoner Regulationsmuster

Insgesamt betrachtet kommt das *hoch-egosyntone* Regulationsmuster (Cluster 3) deutlich am häufigsten vor (51,7%), während das *egodystone* Cluster (Cluster 2) am seltensten auftritt (5,0%). Die verbleibenden Regulationsmuster sind mit 19,4 Prozent sowie 23,9 Prozent der Fälle ungefähr gleich häufig vertreten (vgl. auch Tabelle 2). Bezogen auf die unterschiedlichen Sportarten sind Highliner gleichermaßen dem *hoch-egosyntonen* (Cluster 3) als auch dem *egosynton-dissonanten* Cluster (Cluster 4) zugehörig

	Cluster 1: Mäßig egosynton		Cluster 2: Egodyston		Cluster 3: Hoch egosynton		Cluster 4: Egosynton-dissonant		*n*
	n	%	*n*	%	*n*	%	*n*	%	
Sportart									
Highliner	4	9,5	0	0,0	20	47,6	18	42,9	42
Fitnessläufer	24	32,4	2	2,7	41	55,4	7	9,5	74
Leistungsschwimmer	11	12,9	8	9,4	43	50,6	23	27,1	85
Geschlecht									
Männlich	26	20,2	4	3,1	69	53,5	30	23,3	129
Weiblich	13	18,1	6	8,3	35	48,6	18	25,0	72
Alter									
bis 20 Jahre	12	12,9	8	8,6	50	53,8	23	24,7	93
ab 21 Jahren	27	25,0	2	1,9	54	50,0	25	23,1	108
Gesamt	39	19,4	10	5,0	104	51,7	48	23,9	201

Tabelle 2

Häufigkeiten egodystoner und egosyntoner Regulationsmuster bei unterschiedlichen Sportarten, bei Sportlerinnen und Sportlern und bei jüngeren und älteren Sportlerinnen und Sportlern

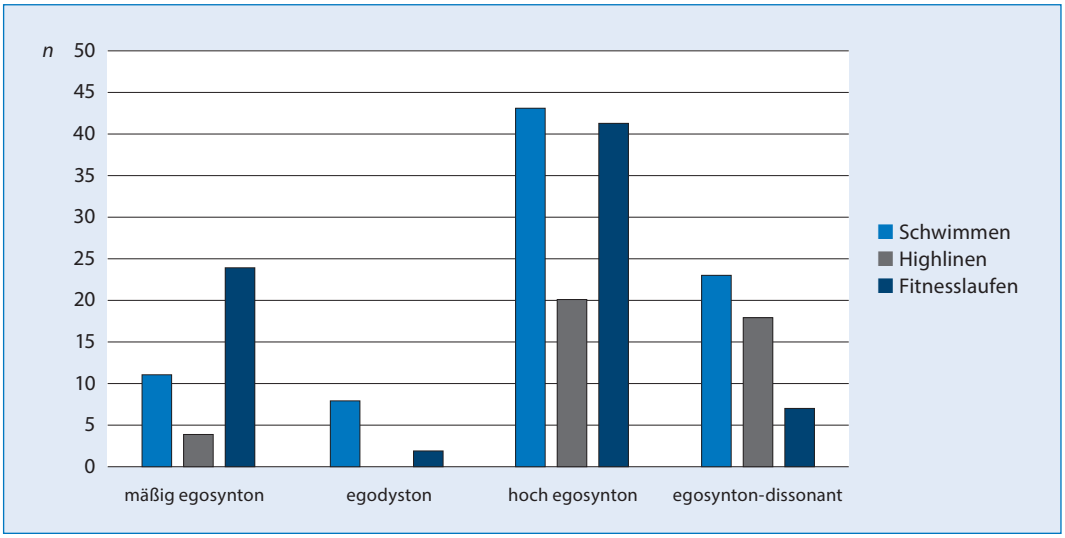


Abbildung 2

Häufigkeit egodystoner und egosyntoner Regulationsmuster bei unterschiedlichen Sportarten (*N* = 201)

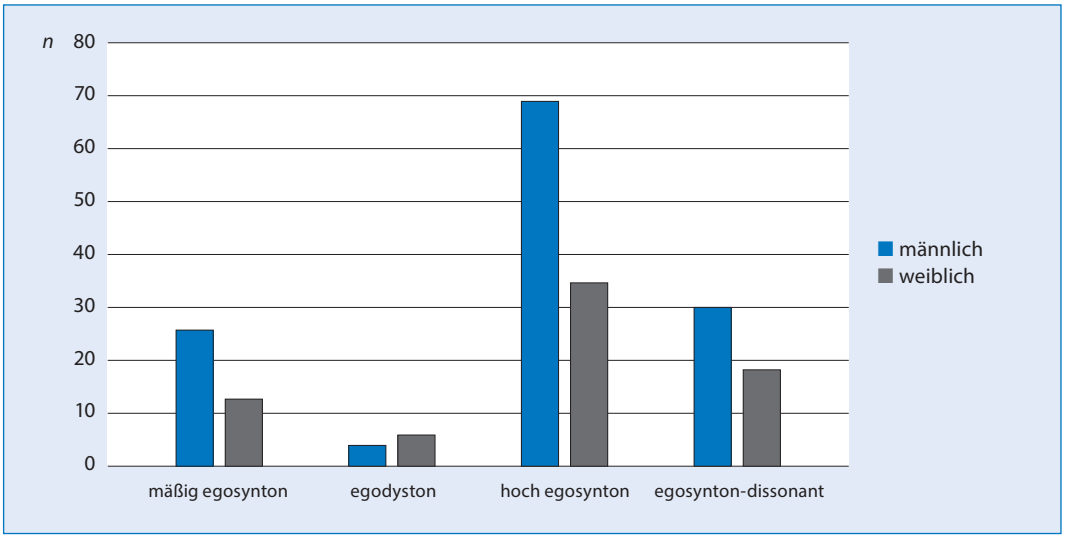


Abbildung 3

Häufigkeit egodystoner und egosyntoner Regulationsmuster bei Sportlerinnen und Sportlern (*N* = 201)

Tabelle 3

Zusammenhänge autonomer und sozial kontrollierter Regulationsformen mit Burnoutprozessen (n = 85)

	Range	α	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Amotivation	1-7	.80	–								
2. Externale Regulation	1-7	.91	.57**	–							
3. Introjizierte Regulation	1-7	.91	.68**	.75**	–						
4. Identifizierte Regulation	1-7	.84	–.00	.00	.15	–					
5. Integrierte Regulation	1-7	.89	–.06	–.19	.14	.57**	–				
6. Intrinsische Motivation	1-7	.96	–.42**	–.59**	–.40**	.37**	.56**	–			
7. Vermindertes Leistungsgefühl	1-5	.78	.54**	.28**	.43**	.01	–.02	–.30**	–		
8. Abwertung der Tätigkeit	1-5	.71	.61**	.50**	.49**	–.04	–.27*	–.51**	.48**	–	
9. Emotionale und körperliche Erschöpfung	1-5	.91	.44**	.38**	.42**	–.13	–.03	–.22*	.25*	.48**	–

* < .05; ** < .001

(Tabelle 2, Abbildung 2). Kaum bzw. gar keine Highliner finden sich in den beiden anderen Regulationsmustern wieder. Bei den Fitnessläufern zeigt sich ebenfalls, dass die Mehrheit der Läufer dem *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3) zugehörig ist, jedoch finden sich 24 Läufer auch im *mäßig-egosyntonen* Cluster (Cluster 1) wieder. Ebenso wie bei der Gruppe der Highliner gehören die wenigsten Fitnessläufer dem *egodystonen* Cluster (Cluster 2) an. Die Gruppe der Leistungsschwimmer weist ähnliche Verteilungen in der Clusterzugehörigkiet auf wie die Highliner: Auch hier gehören die meisten Schwimmer dem *hoch-egosytonen* (Cluster 3), gefolgt vom *egosynton-dissonanten* (Cluster 4) Cluster an. Die wenigsten Schwimmer finden sich im *egodystonen* Cluster (Cluster 2) wieder.

In Hinblick auf das Geschlecht zeigt sich, dass die meisten männlichen Sportler dem *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3) zugehörig sind (Tabelle 2, Abbildung 3). In ungefähr gleichen Anteilen gehören männliche Sportler dem *mäßig-egosyntonen* (n = 26; Cluster 1) und dem *egosynton-dissonanten* (n = 30; Cluster 4) Cluster an. Die geringste Anzahl männlicher Sportler findet sich im *egodystonen* Cluster (Cluster 2). In Bezug auf die Sportlerinnen finden sich ähnliche Ergebnisse wie bei den Sportlern: Die Mehrheit der Sportlerinnen sind dem *hoch-egosynstonen* Cluster (Cluster 3) zugehörig. Ebenfalls wie bei den Sportlern finden sich ähnlich hohe Anzahlen von Sportlerinnen im *mäßig-egosyntonen* (n = 13; Cluster 1) und *egosynton-dissonanten* (n = 18; Cluster 4) Cluster wieder.

Bezüglich des Alters lässt sich erkennen, dass jüngere Sportler (unter 20 Jahren) vor allem dem *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3) zugehörig sind, gefolgt vom *egosynton-dissonanten Cluster* (n = 23, Cluster 4, Tabelle 2). Acht jüngere Sportler gehören dem *egodystonen* Cluster (Cluster 2) an. Ältere Sportler (ab 21 Jahre) finden sich vor allem im *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3). Dem *mäßig-egosyntonen* (n = 27, Cluster 1) und *egosynton-dissonanten* (n = 25, Cluster 4) Cluster gehören ungefähr gleich viele ältere Sportler an. Dem *egodystonen* Cluster (Cluster 2) gehören sowohl kaum jüngere als ältere Sportler an.

Zusammenhänge autonomer und sozial kontrollierter Regulationsformen mit entwicklungsrelevanten Prozessen

Burnout

Die kontrollierten Regulationsformen hängen signifikant positiv mit vermindertem Leistungsgefühl, Abwertung der Tätigkeit und emotionaler und körperlicher Erschöpfung zusammen (Tabelle 3). Alle drei Burnout-Faktoren hängen des Weiteren signifikant negativ mit intrinsischer Motivation zusammen. Integrierte Regulation wird signifikant negativ mit der Abwertung der Tätigkeit assoziiert (r = –.27, p = .013).

Bedürfnisbefriedigung

Ein positiver und signifikanter Zusammenhang zwischen Bedürfnisbefriedigung vor dem Firmenlauf und introjizierter (r = .28, p = .017), identifizierter (r = .30, p = .008) und integrierter (r = 31, p = .006) Regulation wurden gefunden (Tabelle 4). Nach dem Firmenlauf zeigte nur die integrierte Regulationsform einen positiven Zusammenhang mit Bedürfnisbefriedigung.

Tabelle 4

Zusammenhänge autonomer und sozial kontrollierter Regulationsformen mit Bedürfnisbefriedigung (n = 74)

	Range	α	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Amotivation	1-7	.75-.84	–							
2. Externale Regulation	1-7	.83-.90	.25*	–						
3. Introjizierte Regulation	1-7	.83-.91	.06	.45**	–					
4. Identifizierte Regulation	1-7	.79-.85	–.01	–.02	.23*	–				
5. Integrierte Regulation	1-7	.81-.89	.02	–.21	.14	.66**	–			
6. Intrinsische Motivation	1-7	.84-.98	–.32**	–.40**	–.12	.43**	.54**	–		
7. Bedürfnisbefriedigung (prä)	1-3	.78	–.07	.09	.28*	.30**	.31**	.13	–	
8. Bedürfnisbefriedigung (post)	1-3	.71	.00	–.09	.16	.13	.28*	.13	.39**	–

* < .05; ** < .001

Flow-Erleben

Integrierte Regulation und intrinsische Motivation hängen signifikant positiv mit dem totalen Flow-Erleben zusammen als auch mit dem Faktor glatter und automatischer Verlauf (Tabelle 5). Bezüglich Absorbiertheit konnte ein signifikant negativer Zusammenhang mit der externalen Regulationsform und ein signifikant positiver Zusammenhang mit intrinsischer Motivation gefunden werden. Amotivation (r = .35, p = .022) und externale Regulation (r = .44, p = .004) hingen signifikant positiv mit der Besorgniskomponente zusammen.

Egosyntone Regulationsstile und entwicklungshinderliche Prozesse

Höherer Burnout

Alle drei Cluster unterscheiden sich signifikant bezogen auf die drei Burnout-Faktoren (vermindertes Leistungsstreben: x^2 = 15.155, p = .001; Zweifel an der Bedeutung des Sports: x^2 = 20.434, p < .001; emotionale und körperliche Erschöpfung: x^2 = 17.961, p < .001). Ergebnisse des Post-hoc-Tests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen dem *mäßig-egosyntonen* (Cluster 1) und *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3) hinsichtlich der Faktoren Zweifel an der Bedeutung des Sports und emotionale und körperliche Erschöpfung auf. Sportler des *hoch-egosyntonen* Clusters (Cluster 3) haben signifikant weniger Zweifel an der Bedeutung des Sports (M = .56, SD = .69) als Sportler des *mäßig-egosyntonen* Clusters (Cluster 1; z = –3.132, p = .002, M = 1.13, SD = .70) und sind weniger emotional und körperlich erschöpft (z = –1.958, p = .05, M = .95, SD = .85) als Sportler des *mäßig-egosyntonen* Clusters (Cluster 1, M = 1.45, SD = .68). Das *mäßig-egosyntone* (Cluster 1) und das *egosynton-dissonante* Cluster (Cluster 4) unterscheiden sich signifikant bezüglich des verminderten Leistungsgefühls. Sportler des *egosynton-dissonanten* Clusters (Cluster 4) wei-

Tabelle 5

Zusammenhänge autonomer und sozial kontrollierter Regulationsformen mit Flow-Erleben (n = 42)

	Range	α	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Amotivation	1-7	.75-.84	–									
2. Externale Regulation	1-7	.83-.90	.47**	–								
3. Introjizierte Regulation	1-7	.83-.91	.46**	.76**	–							
4. Identifizierte Regulation	1-7	.79-.85	.01	.43**	.56**	–						
5. Integrierte Regulation	1-7	.81-.89	–.05	–.22	–.05	.28	–					
6. Intrinsische Motivation	1-7	.84-.98	–.29	–.23	–.18	.11	.34*	–				
7. Handlungsgenuss total	1-7	.75	–.17	–.24	–.05	.22	.49**	.43**	–			
8. Handlungsgenuss Glatter automatischer Verlauf	1-7	.85	–.12	–.17	.01	.27	.49**	.40**	.95**	–		
9. Handlungsgenuss Absorbiertheit	1-7	.57	–.22	–.38*	–.19	.05	.29	.35*	.78**	.60**	–	
10. Handlungsgenuss Besorgniskomponente	1-7	.67	.35*	.44**	.20	.23	.02	.06	–.07	.02	–.23	–

* < .05; ** < .001

sen ein deutlich vermindertes Leistungsgefühl (M = 1.89, SD = .73) im Vergleich zu Sportlern des *mäßig-egosyntonen* Clusters (Cluster 1, M = 1.31, SD = .46). Das *hoch-egosyntone* (Cluster 3) und das *egosynton-dissonante* Cluster (Cluster 4) unterscheiden sich beide hinsichtlich aller drei Burnout-Faktoren. Sportler des *egosynton-dissonanten* Clusters (Cluster 4) berichten vermehrt von vermindertem Leistungsgefühl (z = –3.700, p < .001, M = 1.89, SD = .73), zweifeln an der Bedeutung des Sports (z = –3.988, p < .001, M = 1.30, SD = .70) und sind emotional und körperlich erschöpft (z = –4.015, p < .001, M = 1.93, SD = .87) im Vergleich zu Sportlern des *hoch-egosyntonen* Clusters (Cluster 3, vermindertes Leistungsgefühl M = 1.12, SD = .68, Zweifel an Bedeutung des Sports M = .56, SD = .69, emotionale und körperliche Erschöpfung M = .95, SD = .85).

Niedrigere Bedürfnisbefriedigung

Alle drei Cluster unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Bedürfnisbefriedigung vor (x^2 = 11.843, p = .003) und nach dem Firmenlauf (x^2 = 7.765, p = .021). Ergebnisse des Post-hoc-Tests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen dem *mäßig-egosyntonen* (Cluster 1) und dem *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3) bezüglich der Bedürfnisbefriedigung vor dem Lauf. Sportler des *hoch-egosyntonen* Clusters (Cluster 3) erleben eine höhere Bedürfnisbefriedigung vor dem Lauf (M = 1.64, SD = .56) im Vergleich zu Sportlern des *mäßig-egosyntonen* Clusters (Cluster 1; z = –2.346, p = .019, M = 1.35, SD = .40). Das *mäßig-egosyntone* (Cluster 1) und das *egosynton-dissonante* Cluster (Cluster 4) unterscheiden sich signifikant bezüglich der Bedürfnisbefriedigung vor als auch nach dem Lauf. Sowohl vor als auch nach dem Lauf weisen Sportler des *egosynton-dissonanten* Clusters (Cluster 4) eine höhere Bedürfnisbefriedigung auf (vor Lauf: M = 2.09, SD = .48; nach Lauf: M = 2.51, SD = .50) im Vergleich zu Sportlern des *mäßig-egosyntonen* Clusters (Cluster 1; vor Lauf: z = –3.050, p = .002, M = 1.35, SD = .40; nach Lauf: z = –2.458, p = .014, M = 1.91, SD = .40). Das *hoch-egosyntone* (Cluster 3) und das *egosynton-dissonante* Cluster (Cluster 4) unterscheiden sich signifikant in der Bedürfnisbefriedigung vor und nach dem Lauf. Sportler des *egosynton-dissonanten* Clusters (Cluster 4) weisen eine höhere Bedürfnisbefriedigung sowohl vor (M = 2.09, SD = .48) als auch nach dem Lauf auf (M = 2.51, SD = .50), im Vergleich zu Sportlern des *hoch-egosyntonen* Clusters (Cluster 3; vor Lauf: z = –2.046, p = .041, M = 1.64, SD = .56; nach Lauf: z = –2.002, p = .045, M = 2.07, SD = .36).

Niedrigeres Flow-Erleben

Alle drei Cluster unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Flow-Faktors Absorbiertheit (x^2 = 6.793, p = .033). Ergebnisse des Post-hoc-Tests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen dem *hoch-egosyntonen* Cluster (Cluster 3) und dem *egosynton-dissonanten* Cluster (Cluster 4). Sportler des *hoch-egosyntonen* Clusters (Cluster 3) geben eine höhere Absorbiertheit (M = 4.6, SD = 1.01) an im Vergleich zu Sportlern des *egosynton-dissonanten* Clusters (Cluster 4; z = –2.368, p = .018; M = 3.86, SD = .71).

Diskussion

Entgegen des klassischen Ansatzes zur Charakterisierung der Sportsucht wird im vorliegenden Beitrag die Dichotomie der egosyntonen und egodystonen Handlungsregulation als Wesensmerkmal möglichen Suchtverhaltens thematisiert. Diesbezüglich setzten wir uns zum Ziel, herauszufinden, ob es Regulationsmuster (d.h. Personencluster) im Sport gibt, in denen egosyntone oder egodystone Regulationsformen entweder homogen oder heterogen organisiert sind. Weiterhin sollte die Frage beantwortet werden, ob solche homogenen oder heterogenen Muster mit entwicklungsförderlichen oder entwicklungshinderlichen Begleiterscheinungen einhergehen. Der Hintergrund dieses Ansatzes besteht darin, dass Sportsucht weniger aufgrund vordergründiger Bedingungen von beispielsweise „exzessiv“ oder „selbstschädigend“ diagnostiziert wird, sondern aufgrund der Gestalt der motivationalen Struktur und der damit verbundenen positiven oder negativen Wirkung auf die psychische Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung. *Sportsüchtig wäre demnach jemand, der aufgrund motivationaler Bedingungen Sport treibt obwohl es ihn oder sie nachhaltig in ihrer psychischen Gesundheit oder Entwicklung beeinträchtigt.*

Ausgehend von dieser theoretischen Figur sollen im Folgenden vier wesentliche Ergebnisse unserer empirischen Annäherungen diskutiert werden. Zum einen fanden wir Hinweise darauf, dass zwar egosyntone Regulationsmuster sich in verschiedenen Differenzierungen (d.h. Unterformen) zeigen, nicht jedoch egodystone Muster. Zum zweiten ergaben sich Hinweise darauf, dass egodystone Muster selten vorkommen und dass die Verteilung unterschiedlicher egosyntoner Regulationsmuster von Aktivitätsform, Geschlecht und Alter abhängt. Drittens korrelierten sozial kontrollierte Regulationsformen negativ mit entwicklungsförderlichen sowie positiv mit hinderlichen

Umständen, während bei autonomen Regulationsformen die Zusammenhänge umgekehrt waren. Viertens zeigte sich bei Betrachtung von Regulationsmustern (statt einzelner Regulationsformen), dass die zuletzt beschriebene positive Grundtendenz egosyntoner Regulationsformen durch die Regulationsmuster unterschiedlich stark repräsentiert ist und auch nur für einen Teil egosyntoner Athleten zutrifft.

Differenzierung der Motivationsmuster

Egosynton ausgerichtete Regulationsmuster lassen sich in drei verschiedenen Varianten beschreiben, während es nur eine Form eines egodystonen Musters gibt. Von den drei egosyntonen Mustern fallen zwei besonders auf, nämlich das hoch-egosyntone durch seine extremen Ausmaße an egosyntoner Regulation und das egosynton-dissonante Muster durch seine verhältnismäßig hohe dystone Regulation. Aus Sicht einer potenziellen Sportsucht bergen diese beiden Muster zwei unterschiedliche Risiken: Bezogen auf ein extremes Ausmaß an egosyntoner Regulation ist zum einen vorstellbar, dass sehr hoch ausgeprägtes Luststreben (im Rahmen intrinsischer Motivation) eine gewisse Abhängigkeit hiervon provoziert. Dies würde besonders relevant sein, wenn Lust oder höchste Erfüllung nur auf den Lebenskontext Sport reduziert ist. Allerdings konnte kein Zusammenhang von intrinsischer Motivation mit Sportsucht gefunden werden (Hamer et al., 2002). Einschränkend ist jedoch zu sagen, dass bisherige Studien keine Extremgruppen betrachtet haben, was erklären könnte, dass autonome Regulation (z.B. intrinsische Motivation) grundsätzlich positiv einzuordnen ist (Hagger & Chatzisarantis, 2008).

Bezogen auf das egosynton-dissonante Muster unterstützen frühere Studien den Risikowert in Bezug auf Sportsucht. Das egosynton-dissonante Muster ist durch überwiegend hohe autonome (= egosyntone) Regulation bei zugleich relativ hoher kontrollierter (= egodystoner) Regulation gekennzeichnet. Auf Seiten der kontrollierten Regulation ist dabei insbesondere introjizierte Regulation (entspricht einem sozialen Zwang) hoch ausgeprägt. Übereinstimmend zeigen vorliegende Studien, dass gerade diese Kombination höheres Suchtpotenzial besitzt (Edmunds et al., 2006; Fortier & Farrell, 2009; González-Cutre & Sicilia, 2012; Symons Downs et al., 2013). Die Problematik relativ hoher Introjektion bei gleichzeitig hoher autonomer Regulation könnte insbesondere darin liegen, dass hier eine scheinbare Autonomie vorliegt, das heißt, dass der Sporttreibende zwar vordergründig autonom reguliert und egosynton Sport treibt, aber zugleich Fremdkontrolle und Zwang eine große Rolle spielen – eine Situation, die letztlich starke Dissonanzgefühle und hiermit Fehlentwicklungen auslösen könnte.

Häufigkeit von Motivationsmustern

Erwartungsgemäß kommen egodystone Muster (externe Kontrolle, Introjektion und letztlich hoch ausgeprägter Zwang) eher selten vor. Über alle drei Untersuchungsgruppen betrachtet, entspricht jeder zwanzigste Sportler diesem Muster. Allerdings scheint dies abhängig von der Zielgruppe zu sein. Während bei den untersuchten Highlinern dieses Muster gar nicht vorkommt, liegt bei jedem zehnten der befragten Schwimmer und Schwimmerinnen eine egodystone Regulationslage vor. Unter Betrachtung weiterer Merkmale (Alter, Geschlecht) kann vermutet werden, dass die junge Leistungssportlerin der typische Fall für ein egodystones Regulationsmuster ist. Trotz der nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen egodystoner Regulation und Sportsucht (Edmunds et al., 2006; Hamer et al., 2002; Symons Downs et al., 2013) sollte jedoch diese Regulationsform nicht zwingend mit der Entwicklung von Sportsucht verbunden werden. Die Tatsache, dass beispielsweise eine junge Schwimmerin einen relativ starken Druck von außen wahrnimmt, Sport zu treiben und es weniger aus eigenem (egosyntonem und autonomen) Antrieb heraus macht, ist nicht mit einer Sucht gleichzusetzen und scheint diese auch nicht vorherzubestimmen. Es ist zu vermuten, dass egodystone Regulationsformen erst suchtrelevant werden, wenn sie mit sehr hohen Ausprägungen an egosyntoner Regulation korrespondieren (vgl. egosynton-dissonantes Muster).

Egosyntone Regulationsmuster sind insgesamt zwar sehr häufig, wobei die Gruppe der hoch-egosyntonen grundsätzlich den höchsten Umfang hat. Allerdings scheint die Häufigkeit der drei Unterformen egosyntoner Muster abhängig von der Aktivitätsform (weniger vom Geschlecht und vom Alter) zu sein. Im Fitnessbereich lassen sich auffallend viele mäßig-egosyntone Sportler finden (jeder dritte, während es bei Leistungssportlern und Extremsportlern jeder zehnte ist). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass in Extrembereichen (Leistungssport, extremer Natursport) auch extreme Regulationsformen häufiger sind, während der Freizeitsport nicht selten gemäßigt motiviert ist. Inwieweit hieraus ein besonderes Sucht-

potenzial entspringt, lässt sich derzeit nicht abschätzen. Weiterhin fällt auf, dass bei Highlinern (Extremsport) der egosynton-dissonante Typ bei 42,9 Prozent vorkommt, während die Häufigkeiten in den anderen Gruppen (Fitness: 9,5%, Leistungssport: 27,1%) deutlich niedriger liegen. Mit Hinblick auf die oben diskutierte spezielle Bedeutung dieses Typs ist dieses Ergebnis als Indiz zu werten, dass bei Extremsportlern die Entwicklung von Sportsucht mit diesem besonderen Motivationstyp am ehesten korrespondiert.

Zusammenhänge von Verhaltensregulation entwicklungsrelevanten Bedingungen

Zusammenhänge einzelner Regulationsformen mit entwicklungsrelevanten Bedingungen sind konsistent und theoriekonform: Egodystone Regulationsformen korrelierten positiv mit hinderlichen Umständen (Burnout) sowie negativ mit entwicklungsförderlichen (Bedürfnisbefriedigung, positives Handlungserleben/Flow); zugleich verhält es sich bei egosyntonen Regulationsformen umgekehrt. Allerdings sind diese Zusammenhänge häufig niedrig ausgeprägt. Eher deutlich wird es im Falle der Burnoutsymptomatik, welche am stärksten mit Amotivation, aber auch substanziell mit externaler und introjizierter Regulation korrespondiert. Zusammenhänge von Flow-Prozessen oder Bedürfnisbefriedigung mit den verschiedenen Formen der Verhaltensregulation sind geringer ausgeprägt, aber auch inhaltlich konsistent: Autonome Prozesse korrelieren positiv mit Flow-Erleben und Befriedigung. Insgesamt geben diese Korrelationen keine Hinweise auf eine besondere Förderung oder Behinderung einer suchtorientierten Sportaktivität, was erneut zeigt, dass die Konstellation von Regulationsformen (d.h. das spezifische Muster) in dieser Hinsicht wichtiger ist als die Betrachtung von einzelnen Regulationsformen. Die Hinweise bisheriger Forschung auf die Bedeutung introjizierter Regulation für die Entwicklung der Sportsucht (Edmunds et al., 2006; Hamer et al., 2002; Symons Downs et al., 2013) und die Rolle der identifizierten Regulation (Hamer et al., 2002) und der integrierten Regulation (Duncan et al., 2010; González-Cutre & Sicilia, 2012; Symons Downs et al., 2013) als weitere Entwicklungsfaktoren von Sportsucht könnten vor dem Hintergrund der Typisierung (Betrachtung von Mustern) neu bewertet werden.

Bezogen auf Regulationsmuster (statt einzelner Regulationsformen) zeigt sich erneut die problematische Situation des egosynton-dissonanten Typs – hier in Hinsicht auf entwicklungsrelevante Bedingungen. Im Vergleich zu anderen egosyntonen Regulationsmustern (dem hoch-egosyntonen Typ sowie dem mäßig-egosyntonen Typ) weisen Sportler dieses Typs in höherem Ausmaß ein vermindertes Leistungsgefühl, eine Abwertung von Tätigkeiten und eine emotionale Erschöpfung auf. Trotz der relativ hohen Ausprägung von autonomer Handlungssteuerung zeigen sich hier also Hinweise auf ungünstige Entwicklungsumstände, die mit Sportzwang oder der Entwicklung suchtartiger Handlungsbedingungen korrespondieren könnten.

Limitationen

Die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse wird durch einige methodische Aspekte limitiert, insbesondere die Auswahl von Untersuchungsparametern, die Wahl der Untersuchungsgruppen sowie statistische Umstände. Bezogen auf die verwendeten Parameter wurden in den drei Teilstudien Burnout, Bedürfnisbefriedigung und Flow-Prozesse erfasst, um förderliche oder hinderliche Entwicklungsumstände im Sport zu operationalisieren. Aufgrund des fehlenden Längsschnittansatzes lässt sich jedoch an den Daten nicht abzeichnen, inwiefern diese Faktoren mit suchtartigen Orientierungen in Zusammenhang stehen. Zu den drei Untersuchungsgruppen ist zu sagen, dass sie besondere und für das Thema Sportsucht nicht untypische Charakterzüge aufweisen – allerdings ist das Feld des Sports hiermit keinesfalls repräsentativ abgedeckt, weswegen eine Verallgemeinerung mit großer Vorsicht zu betrachten ist. Weiterhin sind die Stichproben in Hinsicht auf bestimmte Merkmale (Alter, Geschlecht) nicht gleichverteilt (z.B. bei Leistungsschwimmern überwiegend sehr junge Sportler und Sportlerinnen), weswegen Unterschiede zwischen den Gruppen nicht eindeutig der Gruppenzugehörigkeit zugeordnet werden können. Schließlich ist die Gruppe der egodystonen Typen in einer Stichprobe gar nicht und insgesamt eher selten, weswegen einige Analysen mit dieser Gruppe nicht umgesetzt werden konnten.

Fazit

Mit der vorliegenden Darstellung konnten wir zeigen, dass die dichotome Grundannahme der Selbstbestimmungstheorie „autonom = gut“ und „kontrolliert = schlecht“ unter Berücksichtigung des Gedankens der Sportsucht oder des

Sportzwangs nicht durchgängig gerechtfertigt ist. Auch wenn bei den meisten Sportlern sich diese Tendenz zeigen mag, so scheint es mit dem egosynton-dissonanten Typ Regulationsmuster zu geben, die trotz hoher Ausprägung autonomer Regulation ein Risikopotenzial besitzen. Interessanterweise ist dies bei bestimmten Sportarten oder Bewegungsfeldern unterschiedlich häufig. Eine vermutete Gefährdung von extrem hoher egosyntoner Ausrichtung (im Sinne der Abhängigkeit von Befriedigungsprozessen) war unseren Daten nicht zu entnehmen; allerdings zeigt sich, dass gemäßigte (gesunde?) Motivationslagen in Leistungs- bzw. Extrembereichen seltener sind als im Freizeitbereich. Ob aber bestimmte motivationale Strukturen (und hiermit Typen) Sportsucht tatsächlich hervorrufen, kann zukünftig nur durch Längsschnittuntersuchungen gezeigt werden, in denen statt einzelnen Motivationsformen oder -parametern Typisierungen oder Muster als Vorhersagefaktoren eingesetzt werden.

Literatur

Adams, J. M., Miller, T. W. & Kraus, R. F. (2003). Exercise dependence: Diagnostic and therapeutic issues for patients in psychotherapy. *Journal for Contemporary Psychotherapy, 33 (2),* 93-107.

Adams, J. & Kirkby, R. J. (2002). Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research and Theory, 10 (5),* 415-437.

Allegre, B., Souville, M., Therme, P. & Griffiths, M. D. (2006). Definitions and measures of exercise dependence. *Addiction Research and Theory, 14 (6),* 631-646.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV.* (4th ed.). Washington, DC: Amercian Psychiatric Association.

Baekeland, F. (1970). Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. *Archives of General Psychiatry, 22,* 365-369.

Bartholomew, K. J., Ntoumanis, N., Ryan, R. M. & Thøgersen-Ntoumani, C. (2011). Psychological need thwarting in the sport context: Assessing the darker side of athletic experience. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 33,* 75-102.

Breuer, S. & Kleinert, J. (2009). Primäre Sportsucht und bewegungsbezogene Abhängigkeit – Beschreibung, Erklärung und Dianostik. In D. Batthyány & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S. 191-218). Wien: Springer.

Costa, S., Coppolino, P. & Oliva, P. (2016). Exercise dependence and maladaptive perfectionism: The mediating role of basic psychological needs. *International Journal of Mental Health and Addiction, 14 (3),* 241-256. doi:10.1007/s11469-015-9586-6

Davis, C., Brewer, H. & Ratusny, D. (1993). Behavioral frequency and psychological commitment: Necessary concepts in the study of excessive exercising. *Journal of Behavioral Medicine, 16 (6),* 611-628.

De Coverley Veale, D. M. W. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction, 82,* 735-740.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum.

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11 (4),* 227-268. doi:10.1207/S15327965PLI1104_01

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies, 9 (1),* 1-11. doi:10.1007/s10902-006-9018-1

Duncan, L. R., Hall, C. R., Wilson, P. M. & O, J. (2010). Exercise motivation: a cross-sectional analysis examining its relationships with frequency, intensity, and duration of exercise. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 7 (1), 7.* doi:10.1186/1479-5868-7-7

Edmunds, J., Ntoumanis, N. & Duda, J. L. (2006). Examining exercise dependence symptomatology from a self-determination perspective. *Journal of Health Psychology, 11 (6),* 887-903. doi:10.1177/1359105306069091

Fortier, M. S. & Farrell, R. J. (2009). Comparing self-determination and body image between excessive and healthy exercisers. *Hellenic Journal of Psychology, 6,* 223-243.

Freimuth, M., Moniz, S. & Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8 (10),* 4069-4081. doi:10.3390/ijerph8104069

González-Cutre, D. & Sicilia, Á. (2012). Motivation and exercise dependence: A study based on self-determination theory. *Research Quarterly for Exercise & Sport, 83 (2),* 318-329.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe.

Gulker, M. G., Laskis, T. A. & Kuba, S. A. (2001). Do excessive exercisers have a higher rate of obsessive-compulsive symptomatology? *Psychology, Health & Medicine, 6 (4),* 387-398. doi:10.1080/13548500126535

Hagger, M. S. & Chatzisarantis, N. L. D. (2008). Self-determination theory and the psychology of exercise. *International Review of Sport and Exercise Psychology, 1 (1),* 79-103.

Hair, J. F. & Black, W. C. (2000). Cluster analysis. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding more multivariate statistics* (1st ed., pp. 147-206). Washington, DC: American Psychological Association.

Hamer, M., Karageorghis, C. I. & Vlachopoulos, S. P. (2002). Motives for exercise participation as predictors of exercise dependence among endurance athletes. *Journal of Sports Medicine & Physical Fitness, 42 (2),* 233-238.

Hausenblas, H. A. & Symons Downs, D. (2002a). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise, 3,* 89-123.

Hausenblas, H. A. & Symons Downs, D. (2002b). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology and Health, 17 (4),* 387-404.

Kleinert, J. (2012). Kontextuelle Bedürfnisbefriedigung: Erste Erfahrungen mit einem Diagnostiktool für die sportpsychologische Forschung und Betreuung. In M. Wegner, J.-P. Brückner & S. Kratzenstein (Hrsg.), *Sportpsychologische Kompetenz und Verantwortung* (S. 96). Hamburg: Feldhaus, Edition Czwalina.

Kleinert, J. (2014). Suchtartiges Bewegungs- und Sportverhalten. In O. Bilke-Hentsch, K. Wölfling & A. Batra (Hrsg.), *Praxisbuch Verhaltenssucht. Symptomatik, Diagnostik und Therapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen* (S. 167-189). Stuttgart: Thieme.

Kleinert, J. & Pels, F. (2013). Internalisierung von Verhaltensregulation im Sport: Eine deutsche Version des Behavioral Regulation in Sport Questionnaire (BRSQ). In O. Stoll, A. Lau & S. Moczall (Hrsg.), *Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft: Vol. 228. Angewandte Sportpsychologie.* 45. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie (asp) vom 09.-11. Mail 2013 in Halle (Saale) (S. 162). Hamburg: Feldhaus, Edition Czwalina.

Kleinert, J., Hoyer, J. & Raven, H. (2013). Zwanghaftes und extrinsisch reguliertes Sport- und Bewegungsverhalten. In H.-W. Hoefert & C. Klotter (Hrsg.), *Gesundheitszwänge* (1. Aufl., S. 306-325). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Lonsdale, C., Hodge, K. & Rose, E. A. (2008). The Behavioral Regulation in Sport Questionnaire (BRSQ): Instrument development and initial validity evidence. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 30,* 323-355.

Morgan, W. P. (1979). Negative addiction in runners. *The Physician and Sports Medicine, 7 (2),* 57-70.

Raedeke, T. D. & Smith, A. L. (2001). Development and preliminary validation of an athlete burnout measure. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 23,* 281-306.

Rheinberg, F., Vollmeyer, R. & Engeser, S. (2003). Die Erfassung des Flow-Erlebens. In J. Stiensmeier-Pelster & F. Rheinberg (Hrsg.), *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept* (S. 261-279). Göttingen: Hogrefe.

Symons Downs, D., Savage, J. S. & DiNallo, J. M. (2013). Self-determine to exercise? Leisure-time exercise behavior, exercise motivation, and exercise dependence in youth. *Journal of Physical Activity & Health, 10,* 176-184.

Taranis, L., Touyz, S. & Meyer, C. (2011). Disordered eating and exercise: Development and preliminary validation of the Compulsive Exercise Test (CET). *European Eating Disorders Review, 19 (3),* 256-268. doi:10.1002/erv.1108

Thalemann, C. N. (2009). Verhaltenssucht. In D. Batthyány & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte* (S. 1-17). Wien: Springer.

Ziemainz, H., Abu-Omar, K., Raedeke, T. D. & Kraus, K. (2004). Burnout im Sport: Zur Prävalenz von Burnout aus bedingungsbezogener Perspektive. *Leistungssport, 34 (6),* 12-17.

Univ.-Prof. Dr. Jens Kleinert
Professur für Sport- und Gesundheitspsychologie; Dipl.-Sportlehrer; approb. Arzt;
Leiter des Psychologischen Instituts der Deutschen Sporthochschule Köln
kleinert@dshs-koeln.de

Anna Wasserkampf
Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Psychologischen Institut der Deutschen Sporthochschule Köln;
MSc. Physical Activity & Health;
BSc. Health Sciences
a.wasserkampf@dshs-koeln.de

Die Vermessung des Meskalins

Ivo Gurschler

Fast kann man für jene Welten die Faustregel ausgeben: Je profunder die Drogenerfahrung, desto unmöglicher die Sucht.

Peter Sloterdijk, 1991

Übersicht

Da Meskalin als erste Substanz seiner Klasse systematisch untersucht worden ist, gilt es auch heute noch als „psychedelischer Meter" (vgl. Shulgin & Shulgin, 1991). Dennoch wurde die Geschichte des Prototyps Meskalin bislang kaum umfassend aufgearbeitet.[1] Die folgende Darstellung konzentriert sich auf die humanwissenschaftlichen Experimente und rekonstruiert dabei, wie die Wirkung des Peyote-Kaktus[2] und des schon bald daraus isolierten Meskalins am „abendländischen" Menschen evaluiert wurde. Während die ersten Versuche noch von einer gewissen Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand geprägt waren, experimentierte man mit „Mezcalin", nachdem Ernst Späth seine Strukturformel 1919 in Wien vollständig aufgeklärt hatte, beinahe ausschließlich in Psychiatrien – und stellte es somit als eine Substanz, die als (temporär) verrückt machend galt, erfolgreich unter Quarantäne.

Erst in den späten 1950er-Jahren begann man sich auch für das therapeutische Potential des von verschiedenen Ethnien in Südamerika schon seit Jahrtausenden als Medizin geschätzten Meskalins zu interessieren. Dabei wurde es zunächst zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit eingesetzt. Im Zuge dessen wurde es, bzw. der das Meskalin enthaltende Kaktus, auch breiteren Bevölkerungsschichten bekannt und im Weiteren entwickelte es sich zu einem Katalysator für die „gegenkulturelle" Bewegung der 1960er- und 1970er-Jahre. Schließlich geriet Meskalin durch die Popularität des potenteren und leichter herzustellenden LSDs zunehmend in den Hintergrund der gesellschaftlichen Wahrnehmung.

Erste Kaktus-Experimente

Der schon zu Lebzeiten weltweit renommierte Berliner Toxikologe Louis Lewin (1850–1929) war, anders als häufig kolportiert, weder der erste, der den, etwas voreilig, nach ihm benannten Kaktus entdeckte,[3] noch derjenige, der als erstes seine Giftwirkung unter Beweis stellte.[4] Dennoch sorgten seine diesbezüglichen Publikationen, beginnend mit „Ueber Anhalonium Lewinii" (1888 in *Naunyn-Schmiedebergs Archiv für Experimentelle Pathologie und Pharmakologie* erschienen) innerhalb der damaligen scientific community für gehöriges Aufsehen und bereiteten damit tatsächlich den Boden für die erste Begegnung der Wissenschaft mit einer psychedelischen Substanz.

Und so publizierten auch D. W. Prentiss und Francis P. Morgan von der medizinischen Abteilung der Columbian University in Washington ihre Untersuchungsergebnisse in der *Therapeutic Gazette* unter dem Titel „Anhalonium lewinii" (Prentiss & Morgan, 1895). Seitdem Lewin und Hennings,[5] wie Prentiss und Morgan

[1] Konzise, aus der Sicht ihrer jeweiligen Disziplin verfasste Arbeiten zu Teilaspekten der Meskalinforschung gibt es allerdings von den beiden Pharmakologen Jan G. Bruhn und Bo Holmstedt (1973), dem Psychiater Torsten Passie (1993) und dem Chemiker Daniel M. Perrine (2001).

[2] „Peyote" hat sich international als umgangssprachliche Bezeichnung etabliert; zu den vielen Namen des Kaktus bei unterschiedlichen Ethnien vgl. Slotkin (1955).

[3] Tatsächlich wurde der Kaktus bereits 1845 von Charles Lemaire (1800-1871) als *Echinocactus williamsii* in einem Katalog erwähnt und im selben Jahr von Joseph zu Salm-Reifferscheidt-Dyck (1773-1861) bestätigt. Eine erste Abbildung erschien dann 1847 in *Curtis's Botanical Magazine*. Ohne die weitere, komplexe Frage der botanischen Einordung des Kaktus weiter zu verfolgen, soll hier der Hinweis genügen, dass heute ein informierter Konsens darüber herrscht, diesen mit „*Lophophora williamsii* (Lemaire *ex* Salm-Dyck)" zu bezeichnen (vgl. dazu Anderson, 1980).

[4] Es war Frank Augustus Thompson, Chemiker der Firma Parke, Davis & Co., der bereits ein Jahr zuvor den Nachweis erbrachte, dass der fragliche Kaktus „a large amount of alkaloids" enthält (zit. nach Bender, 1968, S. 162). Er hat es aber verabsäumt, seine Untersuchungsergebnisse zu publizieren.

[5] Paul Christoph Hennings (1841-1902) war der Botaniker, den Lewin zur Identifikation des Kaktus konsultierte und der diesen als neue Spezies nach seinem vermeintlichen Entdecker „Anhalonium lewinii" benannte.

1895 einleitend schreiben, die „attention of the medical world“ (S. 577) auf diesen Kaktus gerichtet hatten, habe es kaum weitere Forschungen gegeben – was allein mit der Schwierigkeit, das dazu nötige Material aufzutreiben, erklärt werden könne. Dank James Mooney, „agent among the indians“ (ebd.) – und Verfasser der ersten ethnographischen Studie zum rituellen Einsatz von Peyote (Mooney, 1896) – hätten sie nun aber hinreichende Mengen an Material vorliegen. Es waren fünf Freiwillige, die sich für insgesamt sechs Versuche zur Verfügung stellten, wobei ein 24-jähriger Journalist zweimal zum Zug kam; außerdem waren zwei Chemiker, ein Büroangestellter und ein Student, alle in ihren Zwanzigern, beteiligt. Der erste Chemiker ergötzte sich an „delightful visions, such as no human being ever enjoyed under normal conditions“ (S. 580) und zeigte dabei keine messbaren, physiologischen Indikationen; der Journalist bekam ebenso Fantastisches zu erblicken und leichte Anflüge von Paranoia, hier wie auch in den anderen Fällen konnten eine Pulsverlangsamung und die typische Dilatation der Pupillen konstatiert werden.

Isolierung des „Mezcalins“

In etwa zur selben Zeit machte sich der Leipziger Pharmakologe Arthur Heffter (1859-1925) an die weitere chemische Analyse des Kaktus: Nachdem er sich – in einer Reihe von Selbstversuchen – den Wirkungen des Kaktus ausgesetzt hatte, gelang es, dessen psychoaktiven Hauptwirkstoff zu identifizieren und seine Strukturformel $C_{11}H_{17}NO_3$ zu ermitteln. Er versah diesen zudem mit der Bezeichnung „Mezcalin“. (Heffter, 1896, 1898).[6]

Die von Heffter verfassten „trip reports“ dienten einzig als Mittel zum Zweck der Bestimmung des Hauptwirkstoffs und wirken, trotz ihres doch so fantastischen Inhalts, etwas trocken. Was das weitere, zukünftige Anwendungsgebiet dieser überwältigenden Substanz betrifft, so meint Heffter, dass hier besonders für Physiologen und experimentelle Psychologen „dankbare Aufgaben“ (Heffter, 1898, S. 425) bereitlägen; ob die Kaktuspflanze insgesamt therapeutisches Potential habe, möchte er offen lassen. Konkret auf „Mezcalin“ bezogen, kommt er allerdings zu einem eindeutig negativen Schluss. Außerdem würden die geschilderten Nebenwirkungen des Meskalins (v.a. Nausea) vermutlich verhindern, dass die Droge „unter civilisierten Völkern“ (ebd.) jemals als Berauschungsmittel populär werden könnte.

Etwas früher kamen der US-amerikanische Mediziner und Schriftsteller Silas Weir Mitchell (1829-1914) und der britische Sexualforscher und Sozialreformer Havelock Ellis (1859-1939) zu einer anderen Einschätzung. Ellis erachtete es durchaus für möglich, dass sich Peyote auch außerhalb der Wissenschaft als Gesellschaftsdroge etablieren könnte, und begrüßte diese Möglichkeit sogar, handelt es sich hierbei doch – seiner Erfahrung nach – um die „most democratic of all plants which lead men to an artificial paradise“ (Ellis, 1898). Ellis selbst fühle allerdings kein Bedürfnis, diese Erfahrung, die für ihn vor allem eine „orgy of vision“ war, zu wiederholen. Den therapeutischen Wert von „massive doses“ schätzt Weir Mitchell insgesamt eher gering ein, eine Anwendung des „Anhelonium [sic] lewinii“ in moderaten Dosen könne sich aber durchaus als nutzbringend erweisen (Mitchell, 1896). Entsprechend sind die Ergebnisse der im selben Jahr erschienenen Folgestudie von Prentiss und Morgan ausgefallen: Niedrige Dosen erwiesen sich als krampflösend und könnten etwa zur Behandlung von Kopfschmerzen, Melancholie oder Farbenblindheit eingesetzt werden (Prentiss & Morgan, 1896).

Nach Heffters erfolgreicher Isolierung des psychoaktiven Hauptwirkstoffs des Peyote-Kaktus kam die Forschung dies- wie jenseits des Atlantik völlig zum Erliegen. Es dauerte sieben Jahre bis die humanwissenschaftlichen Versuche wieder aufgenommen wurden. Dies geschah zunächst in der im heutigen Polen gelegenen Stadt Breslau.

Erste psychiatrische Versuche

Johannes Bresler (1866-1942), Psychiater und Herausgeber der *Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift,* hat das Lewinsche Extrakt „Anhalonin“ an fünf psychisch kranken Patienten/innen in insgesamt sieben Versuchen experimentiert. Den Versuchspersonen wurde auch, wie Bresler in seinem Bericht versichert, eine Einverständniserklärung vorgelegt, welche „natürlich über die nicht angenehmen toxischen Wirkungen“ aber, so derselbe weiter, „selbstverständlich nicht über das Auftreten von Visionen“ unterrichtete (Bresler, 1905, S. 252).

Ein Fallbericht handelt beispielsweise von „Frau Sch., 47 Jahre alt, Paranoia“ (S. 252), die infolge der Intoxikation von Epiphanien überwältigt wurde. Bresler protokollierte diese betont

[6] Heffter gab dem Stoff diesen Namen bevor er darin den ausschlaggebenden Bestandteil entdeckt. Was heute noch aufgrund der Homonymie mit dem Agavenschnaps Mescal für Verwirrung sorgt.

nüchtern. So sah die besagte Frau „bei verdunkelten Augen die Hostie“ oder „ein Räucherfass wie aus der Kirche“, und schließlich „die Mutter Gottes mit goldenem Umhang“ sowie „ihre beiden verstorbenen Töchter“. Zwischen diesen Offenbarungen finden sich völlig unvermittelt Bemerkungen wie „keine Pupillenerweiterung“, „3 h Erbrechen“, was durchaus profanierend wirkt. Dr. Bresler nimmt all diese existentiell erschütternden Erfahrungen nicht ernst und kommentiert sie auch nicht weiter. In seinem kurzen, alle Versuche zusammenfassenden Resümee unterstreicht Bresler, dass die provozierten Symptomatiken durchwegs milieuspezifisch seien; die Symptome entsprächen erstens der jeweiligen „Wahn-Specialität“ (S. 254), an welcher die Patienten litten, und außerdem ihrem sozial wie intellektuell niedrigen Status.

Zu Pfingsten 1911 präsentiert dann der Kraepelin-Schüler Alwyn Knauer Einblicke in seine Untersuchungen des Meskalins vor der „Versammlung der deutschen Irrenärzte“ in München (Knauer, 1912). Diese Versuche waren die ersten, die mit der von Heffter isolierten Substanz unternommen worden sind: „injiziert wurden Dosen von 0,15 bis 0,2“ [g] (S. 116). Zwar handelte es sich dabei um eine relativ niedrige Dosis, im abgedunkelten Raum wurden aber dennoch charakteristische Erscheinungen ersichtlich. Diese erwiesen sich als typisch im Verlauf. So zeigten sich zunächst diverse, zweidimensionale, heute so genannte entoptische Muster: „kaleidoskopartig wechselnde Gesichtsbilder, Linien, Teppichmuster und Blumenmuster, Ornamente“ (S. 116); dann vermehrt plastisch-dreidimensionale Erscheinungen wie „Windmühlen, Gewölbe und Kuppelbauten, panoramaartige Landschaften, menschliche und tierische Gestalten, oft von ganz unnatürlichem puppenartigen Aussehen“, und „schließlich auch ganze Szenen und verwickelte zusammenhängende Handlungen.“ Knauer konstatierte eine „eigentümlich clownartige, alberne, läppische Lustigkeit“ der intoxierten Versuchspersonen, mitunter auch eine „schwer zu meisternde Gereiztheit“, aber alles in allem blieben die Versuchspersonen „besonnen und fügsam“ (ebd.).

Die Ergebnisse dieser Versuche sind leider nur in einer Kurzzusammenfassung des Vortrags erhalten, sowie z.T. in dem von Knauer gemeinsam mit J. M. A. Maloney von der Fordham University in New York verfassten Paper „Preliminary Remarks on the Psychic Action of Mescaline“ (Knauer & Maloney, 1923). Demnach führten die beiden insgesamt dreiundzwanzig Versuche „on a number of physicians“ durch und veranstalteten auch differentialdiagnostische Versuche mit Alkohol. Bei beiden Substanzen, so eine Erkenntnis dieser Experimentalreihe, werde subjektiv eine Steigerung der kognitiven Kompetenz empfunden, objektiv nachgewiesen werden konnte diese aber nur im Fall von Meskalin (S. 427).

Erste-Person-Perspektiven

Im gleichen Jahr als dieser Artikel im US-amerikanischen *Journal of Nervous and Mental Disease* veröffentlicht wurde, lieferte einer von Knauers Versuchssubjekten, namentlich der Psychiater Alfred Šerko, in Form eines Vortrags in Wien eine persönliche Perspektive seiner Meskalin-Erfahrung (Šerko, 1913). Šerko, der seine Dissertation zum *Begriff des Wesens bei Spinoza* verfasst hat, hält eingangs ausdrücklich fest, dass er sich – um nicht in Konflikt mit den Forschungsergebnissen des Kollegen Knauer zu geraten – auf eine Beschreibung der subjektiven Effekte der so seltsamen Droge konzentrieren möchte. Des Weiteren gibt er auch emotionalen Aspekten einigen Raum: Es überkam ihn eine „rührselig-weichsentimentale Stimmung, ein Alleweltumarmenwollen, ein Seelenzustand ähnlich dem der Rekonvaleszenz nach schwerer Krankheit“ (S. 12). Šerko erfuhr auch sehr eigenartige körperliche Selbstwahrnehmungen: „So nahmen z.B. meine Füße Schlüsselformen an […], der Unterkiefer wurde eigentümlich hacken-paragraphenähnlich“ (S. 19). Er berichtet auch von einer Überfülle an visuellen Erscheinungen, die nur für den externen Beobachter chaotisch erschienen. Aus seiner subjektiven Perspektive hingegen „liegt System in diesem Auf und Nieder von Gesichten, das einleuchtet, es wirkt ein produktiver Geist in diesem Wandel, der befriedigt“ (S. 16). Seinen Bericht abschließend merkt Šerko noch an, dass er sich am nächsten Morgen „ausnehmend frisch und munter fühlte“ und „außerordentlich alkoholtolerant war“ (S. 21).

Alfred Guttmann präsentierte seine in Berlin-Wannsee durchgeführten Experimente auf einer Konferenz in Göttingen (Guttmann, 1914). Demnach erhielt Guttmann für seine Versuche eine „größere Menge des Pflanzenmaterials“ (S. 75) und Louis Lewin war auf Anfrage nicht nur so freundlich, dessen Identität zu bestätigen, sondern sandte auch noch Proben des von ihm hergestellten Anhalonins. Allein aus dem Referat kann nicht erschlossen werden, mit welcher Substanz sich Guttmann und sein Kollege, der als Dr. K. bezeichnet wird, intoxikierten. Alles in allem scheinen die beiden jedenfalls recht angenehme Erfahrungen gemacht zu haben; besonders Alfred Guttmann

geriet in eine sehr beglückte Stimmung, sodass durch diese selbst „groteske, teils beunruhigende Halluzinationen“ (S. 77) entschärft wurden. Die beiden saßen dann bis spät in die Nacht „in lebhaftem, ungewöhnlich offenherzigem Gespräch beisammen, um nach wenigen Stunden völlig frisch zu erwachen und am folgenden Tage sehr arbeitsfähig und in keiner Weise ‚verkatert‘ zu sein“ (ebd.). Guttmann unterstrich abschließend, dass diese Substanz darin einzigartig sei, dass sie es erlaube „bei klarem Verstand kritisch an sich selber abnorme Vorgänge des Seelenlebens zu beobachten“ (S. 78). Auf diese Weise erhielte man eine direkte Wahrnehmung dessen, was „man sonst nur aus der Beschreibung entnehmen kann, die von psychiatrischer Seite über das, was Patienten ausgesagt haben, gegeben wird“ (ebd.).

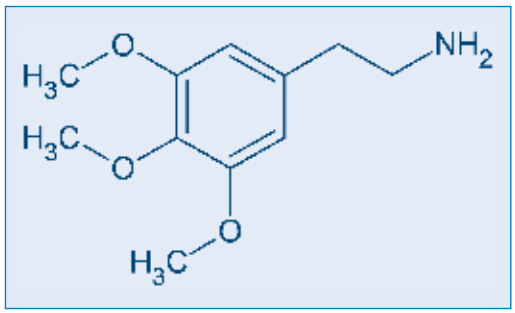
1919: Vollsynthese in Wien

Die bisher vorgestellten Meskalinversuche am Menschen wirken – an heutigen Standards gemessen – beinahe willkürlich. So wurden meist vom Hörensagen kolportierte Dosen verabreicht und sozusagen „einfach einmal geschaut, was passiert“. Erst durch die Aufklärung der Konstitutionsformel und die erste vollsynthetische Herstellung des Meskalins am Zweiten Chemischen Institut in Wien schuf Ernst Späth (1886-1946) für die Psychiatrie ein veritables „Arbeitsobjekt“ (vgl. Daston & Galison, 2007). Endlich hatte man die *quinta essentia* gefunden und wusste, wenigstens der chemischen Formel nach, genau, womit man es zu tun hatte: 3,4,5-Trimethoxyphenethylamin (Späth, 1919). Die so bewerkstelligte Sicherung der Natur der Substanz – in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht – bedeutet die materielle Ermöglichungsbedingung für den Forschungsboom der kommenden Jahrzehnte.

Während die Rekonstruktion der Geschichte humanwissenschaftlicher Versuche mit dem Kaktus, aus ihm gewonnenen Extrakten und dem isolierten „Mezcalin“ bis zu dieser Stelle mehr oder weniger vollständig umrissen werden konnte, muss – aufgrund der Fülle des Materials – für die folgende Darstellung eine Auswahl getroffen werden. Durch eine Profilierung der damals vorherrschenden Erkenntnisinteressen sowie der gebräuchlichsten Methoden soll jedoch ein möglichst umfassendes Bild des Forschungsbooms in der Zeit zwischen den beiden Weltkriegen gezeichnet werden.

Abbildung 1

Die Strukturformel von Meskalin



Meskalin als Psychotomimetikum

Vielleicht glaubte man sich mit der Emanzipation von natürlichen Rohstoffen zur Herstellung des Meskalins auch von der über Jahrtausende hinweg aufgeladenen „symbolischen Kontamination“ des Kaktus befreit. Jedenfalls geriet das traditionell geschätzte *salutogene* Potential des Kaktus in den Forschungen der folgenden Jahre zunehmend aus dem Blick. Anders als der Kaktus, wurde das Meskalin zunächst fast ausschließlich als *pathogene* Substanz behandelt und entweder eingesetzt, um damit Abweichungen von der Norm zu ermitteln oder um ein transitorisches „Irresein“ zu induzieren.

So fanden fast alle Versuche in der Zeit zwischen den Kriegen in psychiatrischen Universitätskliniken statt. Weil man aber überhaupt keine therapeutische Funktion im Meskalin zu sehen geneigt war, verabreichte man es nur in Ausnahmefällen an Patienten/innen. Der Großteil der Versuche fand an „Normalen“ statt. Zunächst waren es meist die Ärzte selbst, welche sich den Wirkungen des Meskalins aussetzten. Auf diese Weise erhoffte man sich persönliche Einblicke in die sonst unzugängliche Welt des Wahnsinns, mehr Einfühlungsvermögen und letztlich auch adäquatere Behandlungsmethoden zu gewinnen. Als „Psychotomimetikum“ kam das Meskalin somit vor allem als ein heuristisch für wertvoll erachtetes Forschungsmittel zum Einsatz. Dabei war freilich evident, dass die subjektive Erlebnisdimension der miteinander analogisierten Extremzustände nicht vollkommen deckungsgleich ist: Im einen Fall war die Ursache meist unklar und außerdem nicht feststellbar, wann der Wahnsinn – falls überhaupt – wieder ein Ende nehmen würde; im anderen Fall wusste man, dass der Spuk nach ca. fünf bis zehn Stunden (abhängig von der Höhe der verabreichten Meskalindosis) wieder vorbei sein würde.

Erkenntnisinteresse und Methode

Bei den ersten Heidelberger Versuchen, die in Leni Alberts 35-seitige Dissertation zu den

Einwirkungen des Meskalins auf komplizierte psychische Vorgänge (Alberts, 1921) mündeten, verabreichte man relativ niedrige Dosen – jeweils „0,2 ccm einer 5%-igen Mescalinsulfat-Lösung" (S. 8), die von der im benachbarten Darmstadt angesiedelten Firma E. Merck bezogen wurde. Diese Dosis lag im „subpsychotischen" Bereich: So hat Alberts bei der Teilaufgabe „Buchstabenrätsel" zwar eine „Erhöhung der Phantasie" ausmachen können, doch drängte sich diese „nicht störend an ungeeigneter Stelle in andere Versuche ein" (S. 17). Ganz im Sinne von Emil Kraepelins Ende des 19. Jahrhunderts unternommenen „Arzneimittelversuchen" (Kraepelin, 1892) ging es hier vor allem um die Gewinnung quantifizierbarer Untersuchungsergebnisse. Die titelgebenden „komplizierten" Vorgänge bezeichnen u.a. Additions- und Divisionsaufgaben, Zinsrechnungen, Zeit- und Gewichtschätzungen, etc. Die Ergebnisse fielen insgesamt ambivalent aus. Allgemein stellte Alberts eine gewisse durch „Nachlassen der Konzentrationsfähigkeit" bedingte Verlangsamung der kognitiven Kompetenzen fest; die von Knauer sowie Šerko konstatierte „ausserordentliche Zeitüberschätzung" konnte nicht nachvollzogen werden; verzeichnet wurde auch eine allgemeine „Unsicherheit der Schrift" (S. 17). Zwar hat Alberts die subjektiv empfundenen Wirkungen in ihrer Versuchsreihe ausdrücklich außer Acht gelassen, angesichts des bei allen Versuchspersonen auftretenden „euphorischen Zustandes" weist sie dennoch darauf hin, dass eine Verabreichung von Meskalin zur „Ueberwindung melancholischer Zustände zweckdienlich" sein könnte (ebd.). Dies allerdings nur unter der Bedingung, dass man den unangenehmen Nebenwirkungen, vor allem der Übelkeit, Herr werden könne.[7]

Im Vortrag „Experimentelle Psychosen durch Mescalin" (Beringer, 1923) legt der Heidelberger Psychiater Kurt Beringer – dessen Meskalin-Monographie von 1927 allgemein als Referenz dient, wenn die Forschungen mit Meskalin auch außerhalb psychiatrischer Diskurskonstellationen thematisiert werden – das Hauptaugenmerk eher auf die subjektive Wirkungsseite, wobei „mit steigender Dosis des reinen Alkaloids bis 0,5 g immer größere Bezirke des seelischen Geschehens dem Gifte anheimfielen" (S. 426). Letztlich seien es, so Beringer, weniger die zunächst am meisten ins Auge fallenden visuellen Erscheinungen, sondern vor allem die Beobachtung, dass „die Versuchsperson [insgesamt] in einen fremdartigen, noch nie durchlebten Zustand" gerät, welche den Vergleich mit einer Psychose rechtfertige (ebd.).

Mit diesen zwei kurzen Darstellungen sind in methodologischer Hinsicht die wesentlichen Koordinaten aufgespannt. Einerseits war man vordringlich an quantifizierbaren Untersuchungsergebnissen interessiert, andererseits wollte man vor allem die subjektive Dimension der Erfahrung (oft auch durch persönlichen Nachvollzug) zur Sprache bringen bzw. zur Geltung kommen lassen. Während es den einen (etwa Willy Mayer-Gross und Johannes Stein)[8] vor allem darum ging durch differentialdiagnostische Vergleiche von Versuchen mit und ohne Meskalin die Grenze zwischen normal und pathologisch auszuloten, wollten die anderen eher das Spezifische der Meskalinerfahrung als solcher erfassen. Hier ging es um die Wahrnehmung der äußeren Realität, bzw. wie diese unter Einfluss von Meskalin modifiziert wird, dort um die innere Erfahrung.

Kurt Beringers Monographie

In *Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise* baut Beringer weiter auf die Analogie zwischen Meskalinrausch und psychotischem Erleben (Beringer, 1927). Im Vorwort artikuliert er den hehren Anspruch den er mit dieser Arbeit vertritt, nämlich eine „Klinik des Meskalinrauschs" zu entwickeln, die im wesentlichen *alle* möglichen Symptomatiken abdecken solle. Spätere Versuche könnten die „Klinik" zwar noch um einzelne neue Symptome ergänzen, so Beringer, jedoch werde sich die „grundsätzliche Rauschgestaltung innerhalb des jetzt Bekannten abspielen" (S. III). Dem folgt ein Abriss zur Geschichte der Nutzung des Meskalins, respektive des Peyote-Kaktus, in anderen Kulturen; zudem ein weitgehend vollständiger Überblick über die bisher getätigten wissenschaftlichen Forschungen. Erst dann folgt der Hauptteil mit der Darstellung der Versuchsreihen, bei denen insgesamt sechzig Personen mit der relativ hohen Dosis von 0,4 ml meskalinisiert wurden. Aufgegliedert sind diese Versuchsreihen in Kapiteln zur Wirkung des Meskalins auf die Sinne (wobei der visuelle den mit Abstand größten Raum einnimmt), gefolgt von Ausführungen zur „Störung des Denkablaufs", „Zeitsinnstörungen", etc. Im knapp 200 Seiten umfassenden Anhang finden sich dann subjektive Erfahrungsberichte, die das Erleben

[7] Das wäre allein schon durch eine einfache Aufteilung der Dosis – etwa in drei Dosen im Abstand von jeweils dreißig Minuten verabreicht – möglich, wie Passie in seinem Überblick anekdotisch anmerkt (vgl. Passie, 1993).

[8] Vgl. Mayer-Gross & Stein (1926). Die Arbeiten von Mayer-Gross und Stein haben im weiteren, in verallgemeinerter Form, auch in das damalige Standard-Nachschlagewerk für Psychiater, den „großen Bumke" Eingang gefunden (vgl. Stein, 1928, und Mayer-Gross, 1928).

möglichst „unmittelbar" nachvollziehen lassen sollen.

Trotz Anspruch auf (symptomatische) Vollständigkeit will Beringer seine Forschung als eine Grundlagenarbeit verstanden wissen, die Anstoß zu weiteren Untersuchungen geben soll, und hofft, dass dieses *„in seiner Bedeutsamkeit noch gar nicht übersehbare Gebiet"* (S. IV, Hervorh. i. O.) auch von Wissenschaftlern anderer Fachgebiete als interessantes Forschungsfeld erkannt wird. In einer Art disziplinärer Zuständigkeitserklärung schränkt Beringer den möglichen Kreis an Interessenten jedoch sogleich wieder ein, indem er vor allem „den Sinnesphysiologen, den Psychopathologen, den Psychologen und den Konstitutionsforscher" als für diese Aufgabe geeignet erachtet (ebd.). Dass die hermeneutische Exegese etwa der Selbstschilderungen, von denen, wie Beringer meint, „beinahe jede Seite" zu Theoriebildungen anregt, ausschließlich von professionellen Psychologen, und nicht etwa auch von Philosophen, Theologen oder noch anderen Wissenschaftlern, unternommen werden sollte, zeigt – ex negativo – dass den Erfahrungen mit Meskalin keinerlei Bedeutung zugedacht wird, welche zu studieren auch außerhalb psycho(patho)logischer Deutungszusammenhänge Sinn machen könnte.

Entrückung und Selbstrelativierung

In eben diese Richtung argumentierte hingegen der für seine *Bildnerei der Geisteskranken* bekannte Psychiater und Kunstsammler Hans Prinzhorn (1886-1933). Prinzhorn hat selbst als Versuchsperson bei den Heidelberger Versuchen (unter Alberts und Beringer) teilgenommen. Dabei sei er derartig aus der Fassung geraten, dass er Jahre brauchte, bis er seine Erlebnisse zu einem Vortrag verarbeiten konnte, den er nun auf der von Hermann Keyserling 1927 in Darmstadt veranstalteten – und mit u.a. Max Scheler und C. G. Jung sehr prominent besetzten – Konferenz präsentierte (Prinzhorn, 1927). Eingedenk seines meskalininduzierten „Ekstase-Erlebnisses" (S. 283) rekapituliert Prinzhorn in schwelgerischem Ton, wie er zwischen „unendlich und hier" (S. 280) geschwungen sei, wobei das „persönliche Ich langsam eingeschmolzen wurde" und „er" schließlich „weit über das Maß des zuvor für möglich erachteten hinausgetragen wurde" (S. 281). Prinzhorn plädiert dafür dem Meskalin „Offenbarungscharakter" zuzuerkennen. Nicht jedoch ohne – unter Rekurs auf Ludwig Klages und Friedrich Nietzsche – mahnend hinzuzufügen, dass mit dieser Substanz zwar jeder entrückbar sei, „aber nicht auf jede Weise und nicht überallhin" (S. 287).

Und der Mitbegründer der Philosophischen Anthropologie, Helmuth Plessner (1892-1985), nahm die rezenten Meskalinforschungen zum Anlass um über „Das Problem der Natur in der gegenwärtigen Philosophie" zu reflektieren. (Plessner, 1930) Durch die Meskalin-Experimente hätten die „Neurologie und Pharmakologie der Erkenntnistheorie mächtigen Anstoss gegeben" (S. 870). Davon ausgehend, dass im Meskalinrausch „gewisse Wesensgesetze (synthetische Sätze a priori) bezüglich der körperlichen Materialität, des Anschauungsraums, der Erlebniszeit usw." ausgehebelt würden, behauptet Plessner einen allgemeinen „Grundsatz der Selbstrelativierung", der dazu beitragen soll, den „Anthropozentrismus und Europäismus, ein Erbe des 18. Jahrhunderts" (S. 871) endlich zu überwinden.

Weitere Forschungen bis zum Zweiten Weltkrieg

Trotz derartig weitreichender Folgerungen verblieben die Forschungen mit der Substanz bis auf weiteres in der von der Psychiatrie konstruierten theoretischen Zwangsjacke. Und so führte beispielsweise auch der Direktor der Psychiatrischen Klinik in Greifswald, Dr. Edmund Forster (1878-1933), Selbstversuche durch, die in der Tat „den Schilderungen der Versuchspersonen Beringers" entsprachen (Forster, 1930, S. 10). Forsters damalige Assistenten Konrad Zucker und Julius Zádor veröffentlichten dann in rascher Folge eine ganze Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten: von sehr speziellen Untersuchungen wie „Der Meskalinwirkung auf das Phantomglied" (Zádor, 1930a) über „Die Meskalinwirkung bei Störungen des optischen Systems" (Zádor, 1930b), bis zu einer Studie zur „Analyse der Meskalin-Wirkung am Normalen" (Zucker & Zádor, 1930) und, erstmals seit Bresler, wiederum ethisch eher fragwürdig durchgeführte „Versuche mit Meskalin an Halluzinanten" (Zucker, 1930).[9]

Noch vor Ausbruch des Zweiten Weltkriegs wurde auch in anderen Ländern intensiv mit Meskalin geforscht, vor allem in Großbritannien, den Vereinigten Staaten und Frankreich.

[9] Beide, Zucker und Bresler, werden sich bemerkenswerterweise mit dem kommenden nationalsozialistischen System gut arrangieren: Zucker wird ab 1938 vor allem zur „Kindereuthanasie" forschen und ab 1940 als Gutachter für das T4-Programm bei der Identifikation von „unwertem" Leben behilflich sein, und Bresler wird, ebenfalls 1940, vom „Führer" die Medaille für deutsche Volkspflege verliehen bekommen.

Zum Teil mündeten die Forschungsergebnisse auch hier in Monographien.[10]

Abseits der genannten, im Bereich der Meskalinforschung federführenden Länder gab es auch vereinzelte Versuche in der Tschechoslowakei, in Polen, Skandinavien, Italien, Ungarn und „sogar" in Österreich. Alexandra Adler (die zweite Frau in der bisherigen Geschichte der Meskalinforschung) und Otto Pötzl forschten an der Nervenklinik der Universität Wien „Über eine eigenartige Reaktion auf Meskalin bei einer Kranken mit doppelseitigen Herden in der Sehsphäre" (Adler & Pötzl, 1936). Im Rahmen dieser sehr spezialisierten Untersuchung wurde der an visueller Agnosie leidenden Patientin, Karoline Vondrak, zuerst um 8.30 Uhr (morgens) 0,25 und nach einer Stunde zusätzlich „0,2 (g) Mescalinum sulfuricum" (S. 21) subkutan verabreicht, um zu eruieren, wie sich dies auf ihre Sehstörung sowie die damit verbundenen visuellen Halluzinationen auswirkt. Völlig erschütternd: Fr. Vondrak begann schon nach einer halben Stunde zu weinen, hörte dann (bisher noch nie vernommene) „Todesstimmen" und erlebte schließlich eine sogenannte „vision nulle" (S. 24), sah also über mehrere Stunden hinweg überhaupt gar nichts mehr. So unheimlich war diese Erfahrung, dass sie „auch auf die Beobachter einen beängstigenden Eindruck machte", sodass „sie es in diesem Fall nicht [wagten], den Meskalinversuch zu wiederholen" (S. 24). Und auch sonst gab es in Wien keine weiteren Experimente mit Meskalin mehr.

Erst die in Bonn gemachten, 1940 veröffentlichten und lange verschollenen Versuche von Hans Friedrichs bedeuteten einen gewissen Ausbruch aus dem psychopathologischen Paradigma, insofern sie *Die Psychologie des Meskalinrausches* als Untersuchungsfeld eröffneten (Friedrichs, 1940). Dazu gehörte auch eine größere Sensibilität gegenüber dem Versuchsrahmen. Allgemein wurde Wert darauf gelegt, dass „sich der Rausch in seiner jeweiligen Eigenart entfalten" konnte (S. 7). Überdies zeichnen sich diese Studien durch eine gewisse Sensibilität gegenüber „religionspsychologisch relevanten Aspekten meskalininduzierter Zustände" aus, „die bei Beringer oder anderswo nur selten einmal Erwähnung finden", wie von den beiden Herausgebern Torsten Passie und Oliver Diersen einleitend betont wird (S. XV).

Meskalin als „Wahrheitsdroge"

Völlig profan wiederum waren die Versuche von Dr. Dario Baroni, dem Leiter des Psychiatrischen Krankenhauses in Pregine (heutiges Südtirol) zu „Geständnissen im Meskalinrausche" (Baroni, 1931). Angeregt durch Beringers Versuche forschte Baroni, der auch Gerichtsarzt war, mit Delinquenten und psychisch kranken Menschen. Dabei stellte sich heraus, dass der Redefluss anhand kleinerer Gaben (0,1 bis 0,2 g) erheblich gesteigert werden konnte. Oft wussten die Intoxikierten in den Folgesitzungen zwar nichts mehr von ihren Geständnissen, bestätigten aber im Nachhinein die Richtigkeit der gemachten Aussagen.[11] Die Ergebnisse seien vorläufiger Natur, dennoch wollte Baroni diese veröffentlichen, um auch sein „Scherflein zur weiteren Ausbildung der praktischen Psychoanalyse unter Anwendung geeigneter pharmazeutischer Mittel beizutragen, in der Hoffnung, daß es mit der Zeit doch mal dazu kommt, dieselbe zum anerkannten und berechtigten Gemeingute des gerichtsärztlichen Psychiaters zählen zu können" (S. 45).

In eine ähnliche Richtung wurde auch im Konzentrationslager Dachau im Rahmen der berüchtigten luftfahrtmedizinischen Experimente geforscht. Federführend war dabei SS-Sturmbannführer Dr. Kurt Plötner (1905-1984), der insgesamt dreißig Versuche mit „Messkalin" an Juden und russischen Gefangenen durchführte: Dieses wurde zur Förderung der Auskunftsfreudigkeit „in kleinsten Mengen, in Schnaps oder Bohnenkaffe verabreicht" und man zielte darauf ab „den Willen des zu Vernehmenden auszuschalten." Die Versuchspersonen wurden in Einzelfällen „bösartig, in anderen Fällen wieder sehr heiter oder tiefsinnig." Zwar stellte es sich, „auch unter Eindruck stärkster Meskalingabe", letztlich als unmöglich heraus, „den eigenen Willen dem anderen aufzuokterieren" [sic] doch war es, in Kombination mit geschickten Fragetechniken, „in jedem Falle möglich, der V.P. selbst die intimsten Geheimnisse zu entlocken."[12]

Von Dachau nach Boston

Dieser Bericht findet sich auch als Anhang in einem Brief vom 26. Dezember 1946 von Arthur

[10] Der deutsch-amerikanische Neurowissenschaftler Heinrich Klüver (1897-1979) lieferte die erste Überblicksarbeit zum Meskalin in englischer Sprache: *Mescal: The 'Divine' Plant and Its Psychological Effects* (1928, 1966 neu aufgelegt). Alexandre Rouhiers an der Fakultät für Pharmazie in Paris eingereichte Dissertation *Monographie du Peyotl* erschien bereits 1926 und widmet sich der Kaktuspflanze insgesamt, wobei das Meskalin natürlich die Hauptrolle spielt.

[11] Baroni verabreichte Meskalin auch in Kombination mit einer Mischung aus Stechapfel, Kolanuss und Kognak („Liquor stramonii comp."), wodurch offenbar noch bessere Resultate erzielt werden konnten, aber auch gewisse Nebenwirkungen hinzutraten.

[12] Dies ist aus dem Bericht zitiert, den der ehemalige KZ-Insasse Walter Neff (1909-1960) verfasst hat. Die zur Zitation verwendete digitale Fotokopie stammt vom Countway Archive in Harvard (Harvard Medical Library, October 1945).

R. Turner (seines Zeichens „chief of the U.S. Army's Medical Intelligence Branch") an Dr. Henry K. Beecher, Chef-Anästhesist am Massachusetts General Hospital in Boston.[13] Die dargebotenen Informationen inspirierten Beecher zu eigenen Experimenten mit der „Wahrheitsdroge" und schlugen weite Kreise. Im Rahmen des sogenannten „Project Bluebird" wurden die Versuche im Stile von Baroni bzw. Plötner zunächst mit Meskalin und später auch mit dem von Albert Hofmann entwickelten Lysergsäurediethylamid (LSD) wieder aufgenommen.[14] Bei all diesen Experimenten ging es freilich niemals um „Wahrheit", sondern im Gegenteil um Manipulation oder die Gewinnung von Informationen.

An der Schnittstelle zwischen geheimen Regierungsprogrammen und offizieller Mainstream-Psychiatrie operierte z.B. Dr. Paul H. Hoch (1902-1965). Er beharrte zeitlebens darauf, dass es sich bei Meskalin und LSD um „im wesentlichen angstauslösende Substanzen" handelte (Hoch, 1957, S. 442); zwar wäre diese Substanzklasse in psychodynamischer Hinsicht durchaus interessant, ob sie sich aber in therapeutischer Absicht bewähren könnte, würde allein von der Einstellung und den Vorlieben des Therapeuten (nicht etwa des Patienten!) abhängen: das Meskalin sei in dieser Hinsicht nicht hilfreicher als irgendwelche anderen Drogen bzw. Medikamente (S. 443).[15] Zur Erforschung von akuten Psychosen hingegen schätzt er Meskalin und LSD als heuristisch besonders fruchtbar ein.

Dr. Hoch führte auch Meskalinversuche mit Schizophrenen durch. Er wollte dabei zum Beispiel herausfinden, inwiefern die Wirkung des Meskalins vor einem chirurgischen Eingriff zur Behandlung der Geistesstörung von der nach einer solchen abweicht (in ihrer Intensität abgeschwächt, aber qualitativ unverändert), oder auch wie sich die Verabreichung von Elektroschocks auf die Meskalinerfahrung auswirkte (kaum) (Hoch, 1955, S. 789).

Is pathology the only yardstick?
(Humphry Osmond, 1957)

Humphry Osmond (1917-2004), der zunächst in Großbritannien mit John Smythies, dann mit Abram Hoffer in Saskatchewan, Kanada, mit Meskalin forschte, verwendete es zunächst ebenfalls als „Psychotomimetikum". Dabei schien anfänglich vor allem dessen strukturelle Nähe zum Adrenalin vielversprechend.[16] Über die Hypothese, dass das bei schweren Alkoholikern auftretende Delirium Tremens – das im besten Fall kathartische, von der Sucht befreiende Wirkungen mit sich bringt – den mit Meskalin provozierbaren Erfahrungen ähnelt, entdeckte man dann auch dessen therapeutisches Potential (wieder). Durch eine einmalig verabreichte, hohe Gabe von Meskalin konnten, entsprechende Vor- und Nachbehandlung vorausgesetzt, erstaunlich gute Erfolge verbucht werden (vgl. Dyck, 2006).

1955 kam es zur Gründung der internationalen *Commission for the Study of Creative Imagination,* mit welcher die „einschlägige" Forschung auch außerhalb des inzwischen als zu eng befundenen medizinischen Rahmens weitergebracht werden sollte. Schon bald jedoch sah man sich einer gewaltigen Gegenreaktion ausgesetzt, infolge derer die bis dahin erfolgreichen und angesehenen Forscher zunehmend in die Defensive gerieten (vgl. Dyck, 2008). Neben der medial geschürten „Acid Panic" trug dazu auch die Etablierung strengerer Medikamententests bei, vor allem infolge des Contergan-Skandals. Dabei legte man besonderen Wert auf „kontrollierte" Versuchsbedingungen, die eine Rückführung der erzielten Effekte einzig und allein auf die jeweilige Substanz erlauben sollten. Aufgrund dieser Voraussetzungen ist es wenig verwunderlich, dass die Resultate derer, die sich diesen Vorgaben unterwarfen, weit unter der Erfolgsquote jener lag, die sich an weniger „strengen", sensibleren Methodologien orientierten.

Neue Worte, alte Gebräuche

Humphry Osmond war bekanntlich auch derjenige, der Aldous Huxley per Meskalingabe zur Verfassung von *The Doors of Perception* (1954) inspirierte. Osmond verdanken wir außerdem die Bezeichnung „psychedelics", die er 1953 in Korrespondenz mit Huxley erdichtete: „To fall in hell or soar angelic/You'll need a pinch

[13] Op. cit. f. 74 (cover letter).

[14] Diese Versuche wiederum stellten eine Vorlaufphase dar für die ab 1949 im Edgewood Chemical Arsenal in Maryland an über 7.000 Soldaten durchgeführte Untersuchungsreihe. Dabei kamen zusätzlich eine Reihe anderer Halluzinogene wie der „Psychokampfstoff" BZ (3-Chinuclidinylbenzilat) und Phencyclidin (besser bekannt als PCP oder „Angel dust") zum Einsatz (Cockburn & St. Clair, 1988, S. 374). Diese und weitere Stoffe wurden den Probanden in der Regel ohne deren Wissen verabreicht. Unter anderem kam Meskalin auch bei den MKULTRA-Experimenten der CIA zum Einsatz, teils als Mittel zur Bewusstseinskontrolle, teils als „Wahrheitsdroge" (vgl. dazu Lee & Shlain, 1985). Die mittlerweile sagenumwobene Geschichte rund um MKULTRA ist auch Grundlage vieler filmischer Adaptionen.

[15] Konkret nennt Hoch Barbiturate, besonders Sodium Amytal, Amphetamine (Benzedrin, Desoxyn), Ether und CO_2.

[16] Eine Verwandtschaft, die Raymond-Hamet bereits 1933 aufdeckte (vgl. Raymond-Hamet, 1933).

of psychedelic."[17] Zum ersten Mal öffentlich äußerte Osmond diesen Neologismus, der als neutrale Alternative zum Angst und Schrecken erregenden „Psychotomimetikum" dienen sollte, auf einer Konferenz im Jahre 1957 – und lieferte damit den systemkritischen Experimentalkulturen der 1960er- und 1970er-Jahre das Stichwort.

Nachdem das Wort „psychedelisch" in den Augen mancher allzu sehr mit politisch-radikalen Konnotationen semantisch aufgeladen worden ist, wurde Ende der 1970er ein erneuter Neologismus zur Benennung der Substanzgruppe – als deren protoypischer Vertreter hier Meskalin vorgestellt worden ist – vorgeschlagen, nämlich „Entheogene".[18] Damit sollte unterstrichen werden, dass derartige Stoffe keineswegs gegenkulturell wirkten, sondern vielmehr „the veritable well-springs of culture" seien.[19]

So steht der Peyote-Kaktus im Zentrum vieler südamerikanischer Kulturen, wie bei den Huicholen, den Kiowas oder den Tarahumara, die diesen seit Jahrtausenden als „spirituelles Fahrzeug" oder für kollektive Festivitäten zu nutzen wissen. Und für die im 19. Jahrhundert gegründete, heute an die 250.000 Mitglieder umfassende Native American Church fungiert der Kaktus als heiliges Sakrament, das in regelmäßigen Zusammenkünften empfangen wird. Für alle anderen bedeutet der Konsum von Meskalin einen Verstoß gegen das Gesetz. Als Zierpflanze ist der Kaktus hierzulande jedoch im freien Handel erhältlich.

Literatur

Adler, A. & Pötzl, O. (1936). Über eine eigenartige Reaktion auf Meskalin bei einer Kranken mit doppelseitigen Herden in der Sehsphäre. In *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Organ des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien*. Band 54, S. 13-34. Wien: Julius Springer.

Alberts, L. (1921). *Einwirkungen des Mescalins auf komplizierte psychische Vorgänge.* Heidelberg.

Anderson, E. F. (1980). *Peyote. The Divine Cactus.* Tucson, AZ: University of Arizona Press.

Baroni, D. (1930). Geständnisse im Meskalinrausche. Psychoanalytische Praxis, 1. Vierteljahreschrift für die aktive Methode der Psychoanalyse (1931), S. 145-149. Zit. nach J. Gaartz (Hrsg.), *Halluzinogene in historischen Schriften. Eine Anthologie von 1913-1968* (S. 39-46). Solothurn: Nachtschattenverlag.

Bender, G. A. (1966). Rough and Ready Research – 1887 Style. *J Hist Med Allied Sci, XXIII (2),* 159-166.

Beringer, K. (1923). Experimentelle Psychosen durch Mescalin. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 84,* 426-433.

Bresler, J. (1905). Anhalonium Lewini. *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 7,* 249-255.

Bruhn, J. G. & Holmstedt, B. (1973). Early Peyote Research. An interdisciplinary Study. *Economic Botany 28 (4),* 353-390.

Cockburn, A. & St. Clair, J. (1999). *Whiteout: the CIA, drugs, and the press.* London, NY: Verso.

Daston, L. & Galison, P. (2007). *Objektivität.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Dyck, E. (2006). Hitting Highs at Rock Bottom: LSD Treatment for Alcoholism, 1950-1970. *Social History of Medicine, 19 (2),* 313-329.

Dyck, E. (2008). *Psychedelic Psychiatry: LSD from Clinic to Campus.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Ellis, H. A. (1898). Mescal: A New Artificial Paradise. *The Contemporary Review,* siehe dazu: https://erowid.org/plants/peyote/peyote_article1.shtml

Forster, E. (1930). Selbstversuch mit Meskalin. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 127,* 1-15.

Hans, F. (2009). *Die Psychologie des Meskalinrausches.* Berlin: VWB.

Harvard Medical Library (October 1945). *German aviation medical research at the Dachau concentration camp. Technical Report no. 331-45.* U.S. Naval Technical Mission to Europe, H MS c64, Box 11, f. 74 (cover letter), f. 75 (report). Signatur vom Archiv des KZ Dachau: A 2783 – Medizinische Versuche.

Guttmann, A. (1914). *Experimentelle Halluzinationen durch Anhalonium Lewinii.* Bericht über den VI. Kongreß für experimentelle Psychologie in Göttingen vom 15. bis 18. April 1914, S. 75-79.

Heffter, A. (1896). Ueber Cacteenalkaloide. (II. Mittheilung). *Ber. Chem. Ges., 29,* 216-227.

Heffter, A. (1898). Ueber Pellote. Beiträge zur chemischen und pharmakologischen Kenntniss der Cacteen. Zweite Mittheilung. *Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmakol., 40,* 385-429.

Hoch, P. H. (1955). Comments: Experimental Psychiatry. *American Journal of Psychiatry, III,* 787-790.

Hoch, P. H. (1957). Remarks on LSD and Mescaline. *Journal of Nervous & Mental Disease, 125 (3),* 442-443.

Knauer, A. (1912). Psychologische Untersuchungen über den Meskalinrausch. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin, 69,* 115-119.

[17] So lautete die (meist falsch mit „fathom hell" statt „fall in hell" zitierte) Antwort auf Huxleys initiativen Zweizeiler: „To make this mundane world sublime/Just half a gram of phanerothyme" (vgl. Dyck, 2008, S. 2).

[18] „Entheogen" ist eine Kombination aus entheos und genesthai, am besten übersetzt mit „becoming divine within" (vgl. Ott, 1996, S. 207).

[19] Ebd.

Knauer, A. & Maloney, J. M. A. (1913). A preliminary note on the psychic action of mescaline, with special reference to the mechanism of visual hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease, 40,* 425-436.

Kraepelin, E. (1892). *Ueber die Beinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel.* Jena: Verlag von Gustav Fischer.

Lee, M. A. & Shlain, B. (1985). *Acid Dreams: The Complete Social History of LSD: the CIA, the Sixties, and Beyond.* New York: Grove.

Lewin, L. (1888). Ueber Anhalonium Lewinii. *Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmakol., 24,* 401-411.

Mayer-Gross, W. (1928). Pathologie der Wahrnehmung II. In O. Bumke (Hrsg.), *Handbuch der Geisteskrankheiten.* Bd. 1, S. 425-507. Berlin: Springer.

Mayer-Gross, W. & Stein H. (1926). Über einige Abänderungen der Sinnestätigkeit im Meskalinrausch. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 101,* 354-368.

Mitchell, S. W. (1896). The Effects of Anhelonium Lewinii (The Mescal Button). *British Medical Journal,* 1625-1629.

Mooney, J. (1896). The Mescal Plant and Ceremony. *Therapeutic Gazette, 3d ser, 12,* 7-11.

Ott, J. (1996). Entheogens II: On Entheology and Entheobotany. *Journal for Psychoactive Drugs, 28 (2),* 205-209

Passie, T. (1993). Ausrichtungen, Methoden und Ergebnisse früher Meskalinforschungen im deutschsprachigen Raum (bis 1950). In *Jahrbuch des Europäischen Collegiums für Bewußtseinsstudien* (S. 103-112). Berlin: VWB.

Perrine, D. M. (2001). Visions of the Night. Western Medicine meets Peyote 1887-1889. *Heffter-Review 2,* 6-52.

Plessner, H. (1930). Das Problem der Natur in der Philosophie. *Die Naturwissenschaften, 18 (42),* 869-875.

Prentiss, D. W. & Morgan, F. W. (1895). Anhalonium Lewinii (Meseal buttons). A Study of the Drug, with especial Reference to its Physiological Action Upon Man, with Report of Experiments. *Therapeut. Gazette, 3rd ser, 9,* 577-585.

Prentiss, D. W. & Morgan F. W. (1896). Therapeutic Uses of Mescal Buttons (Anhalonium Lewinii). *Therapeut. Gazette, 3rd ser, 12,* 4-7.

Prinzhorn, H. (1927). Die erdentrückbare Seele. In H. Keyserling (Hrsg.), *Mensch und Erde.* Der Leuchter 8 (S. 277-296). Darmstadt: Otto-Reichl-Verlag.

Raymond-Hamet (1933). Neue Beobachtungen über die physiologische Wirkung des Mescalins. *Archiv f. experiment. Pathol. u. Pharmakol, 69,* 97-113.

Šerko, A. (1913). Im Mescalinrausch. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie (Wien) 34, S. 355-366. Zit. nach J. Gaartz (Hrsg.), *Halluzinogene in historischen Schriften. Eine Anthologie von 1913-1968* (S. 11-22). Solothurn: Nachtschattenverlag.

Shulgin, A. & Shulgin, A. (1991). *Phikal. A Chemical Love Story.* Berkeley: Transform Press.

Sloterdijk P. (1991). Weltsucht. Anmerkungen zum Drogenproblem. In: P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifert (Hrsg.), *Psychotherapie im Wandel. Abhängigkeit* (S. 145-163). Berlin, Heidelberg: Springer.

Slotkin, J. S. (1955). Peyotism, 1521-1891. *American Anthropologist, 57,* 202-230.

Späth, E. (1919). Ueber die Anhalonium-Alkaloide. I. Anhalin und Mezcalin. *Monatshefte für Chemie, 40,* 129-154.

Stein, H. (1928). Pathologie der Wahrnehmung I. In O. Bumke (Hrsg.), *Handbuch der Geisteskrankheiten.* Bd. 1, S. 351-422. Berlin: Springer.

Zádor, J. (1930a). Meskalinwirkung auf das Phantomglied. Beitrag zur neurophysiologischen Betrachtung der Wahrnehmung und Vorstellung. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 77,* 71-99.

Zádor, J. (1930b). Meskalinwirkung bei Störung des optischen Systems. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 127,* 30-107.

Zucker, K. & Zádor, J. (1930). Zur Analyse der Meskalin Wirkung am Normalen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 127,* 15-29.

Zucker, K. (1930). Versuche mit Meskalin an Halluzinanten. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 127,* 108-168.

Mag. phil. Ivo Gurschler
Doktorand an der Akademie der Bildenden Künste; Fellowship am Internationalen Forschungszentrum Kulturwissenschaften (IFK Wien/Linz)
gurschler@ifk.ac.at

Hepatitis-C- und HIV-Prophylaxe: Mikrowelle schützt vor Virusübertragung im Drogenmilieu

Die Übertragung von Hepatits-C- und HI-Viren zwischen Drogenabhängigen, die sich Heroin injizieren, ist ein globales Gesundheitsproblem. Beispielsweise infizieren sich inzwischen über 80 Prozent der neuen Hepatitis-C-Patienten durch den Austausch kontaminierter Drogenbestecke untereinander. Wissenschaftler des TWINCORE haben eine einfach anzuwendende, zuverlässige Methode entwickelt, mit der sie das Risiko der Virusübertragung durch Drogenbestecke minimieren können: Mikrowellenbestrahlung. Die Methode wurde kürzlich in Scientific Reports veröffentlicht.

„Auslöser für das Projekt war ein Anruf von Pedro Mateu-Gelabert, einem Streetworker in New York, mit dem wir schon länger zusammen arbeiten", erinnert sich Eike Steinmann, Leiter der Arbeitsgruppe Virustransmission am Institut für Experimentelle Virologie. „Er fragte, ob es nicht eine Möglichkeit gäbe, die Drogenbestecke in der Mikrowelle zu behandeln und damit HCV und HIV abzutöten. Eine Mikrowelle hätte doch jeder in den USA…"

Die Projektidee war geboren, die Mikrowelle schnell im Elektronikfachmarkt gekauft und ins Labor gebracht. Denn eine einfache und zuverlässige Methode zur Abtötung dieser Viren ist aus zwei Gründen besonders wichtig: Zum einen ist das Ansteckungsrisiko mit Viren die von Blut zu Blut übertragen werden im Drogenmilieu durch das Verleihen von Spritzbestecken besonders hoch. Zum anderen stehen für die Behandlung einer Hepatitis-C-Virusinfektion zwar grundsätzlich potente Medikamente zur Verfügung, die sind jedoch sehr kostspielig und ein infizierter Drogenabhängiger hat kaum Zugang zu den Medikamenten. Zudem schützt die Behandlung auch nicht vor einer Neuinfektion.

Das Funktionsprinzip der Mikrowelle basiert auf der Anregung von Wasser in der Probe und damit letztlich auf Erwärmung. „Da wir aus früheren Untersuchungen wussten, dass zumindest das Hepatitis-C-Virus temperaturempfindlich ist, war der Ansatz erfolgversprechend", sagt Anindya Siddharta, Wissenschaftler der Arbeitsgruppe. Und tatsächlich: Zwei Minuten bei 360 Watt reichen aus, um wässrige HCV-Lösungen zu inaktivieren. In Kooperation mit der Arbeitsgruppe Angeborene Immunität und Virale Evasion am TWINCORE erweiterten sie die Versuche noch auf das HI-Virus, denn etwa ein Drittel der HIV-Infizierten ist ebenfalls mit HCV infiziert – mit demselben Erfolg. Mehr Watt und weniger Zeit hingegen führen nicht zur Inaktivierung der Viren. „Weniger als zwei Minuten reichen einfach nicht aus, um die Viruslösungen auf die nötige Temperatur zu bringen."

Das Prinzip haben die TWINCORE-Wissenschaftler nicht nur mit sauberen Virenlösungen getestet, sondern auch mit virushaltigen, straßenüblichen Heroinzubereitungen, um beurteilen zu können, ob das Heroin eventuell Einfluss auf die Virenaktivität nimmt.

„Ein weiterer kritischer Punkt für die Alltagstauglichkeit der Mikrowellenbehandlung im Drogenmilieu ist die Behandlung der Spritzbestecke", betont Eike Steinmann. Dazu gehören neben Spritze und Löffel vor allem kleine Zigarettenfilter, durch die die Drogenabhängigen ihre Heroinzubereitung in die Spritze ziehen. Damit verhindern sie, dass die Nadel beim Spritzen durch Verunreinigungen verstopft. Diese Filter werden – da sie immer noch Reste von Heroin enthalten – häufig wieder verwendet und auch verliehen. Damit bergen diese Filter das größte Ansteckungsrisiko, aber, „sowohl Filter als auch Spritzen sind nach drei Minuten bei 360 Watt nicht mehr infektiös, selbst wenn sie 24 Stunden angetrocknet sind", sagt Eike Steinmann. „Einzig kritisch ist dann noch die Metallnadel der Spritze, die darf natürlich nicht in die Mikrowelle und müsste anders behandelt werden." Die Behandlung des Filters dauert ein wenig länger, damit die Wärme auch wirklich den gesamten Filter durchdringt, aber nach drei Minuten sind Filter und Spritzen frei von infektiösen Viren und die Gefahr, sich mit Hepatitis C oder HIV anzustecken, ist zumindest auf diesem Wege gebannt.

Medizinischer Nutzen von Cannabis: mehr subjektive Annahmen als fundiertes Wissen

Trotz der Annahmen, dass Cannabis oder seine Extrakte diverse Krankheiten lindern können, wurde bisher nur wenig dazu geforscht – und dies mit unklaren Ergebnissen. Im Moment wissen wir nicht genug über Cannabis oder seine Bestandteile, um zu beurteilen, wie wirksam sie als Medizin sind.

Was untersuchen die Forscher?

Während einige Forscher gerauchten oder verdampften (vaporisierten) Cannabis untersuchen, befassen sich die meisten mit speziellen Cannabis-Verbindungen, den sogenannten Cannabinoiden.

Aus Sicht der Forschung wird Cannabis als eine „schmutzige" Droge angesehen, da er hunderte Verbindungen enthält – mit kaum verstandenen Wirkungen. Aus diesem Grund neigen Forscher dazu, sich immer auf nur ein einzelnes Cannabinoid zu konzentrieren. Es wurden lediglich zwei dieser Cannabinoide intensiv untersucht, das THC und Cannabidiol, es könnte aber weitere Substanzen mit medizinischem Nutzen geben, von denen wir noch nichts wissen.

THC ist die wichtigste aktive Komponente von Cannabis. Es aktiviert Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn, wo das High-Gefühl beim Cannabis entsteht, und in der Leber und in anderen Teilen des Körpers. Die einzigen von der FDA zugelassenen Cannabinoide, die von Ärzten in den USA legal verschrieben werden können, werden beide im Labor hergestellt, ähnlich wie THC. Sie werden verordnet, um den Appetit zu steigern und einem durch Krebs oder AIDS verursachten körperlichen Abbau vorzubeugen.

Cannabidiol (auch CBD genannt) interagiert dagegen nicht mit Cannabinoid-Rezeptoren. Es verursacht kein High-Gefühl. Siebzehn US-Bundesstaaten haben Gesetze erlassen, die Menschen mit bestimmten Erkrankungen Zugang zu CBD ermöglichen.

Unsere Körper produzieren ebenfalls Cannabinoide, die als Endocannabinoide bezeichnet werden. Forscher entwickeln neue Cannabinoide, die ihre Funktion ändern, um besser verstehen zu können, wie Cannabinoid-Rezeptoren funktionieren. Ziel dieser Studien ist, Behandlungen zu entdecken, in denen die körpereigenen Cannabinoide eingesetzt werden können, um Krankheiten wie chronische Schmerzen und Epilepsie zu behandeln, anstelle der Verwendung von Cannabis selbst.

Eignet sich Cannabis für eine chronische Schmerzbehandlung?

Wir wissen, dass Patienten Cannabis als Selbstmedikation gegen ihre chronischen Schmerzen verwenden. Es gibt allerdings nur wenig Forschung an Menschen zur Frage, ob Cannabis oder Cannabinoide Schmerzen effektiv verringern.

Forschungen am Menschen legen nahe, dass bestimmte Bedingungen, wie chronische Schmerzen infolge Nervenschädigung, auf gerauchten oder verdampften Cannabis ansprechen können, ebenso wie ein von der FDA zugelassenes THC-Medikament. Die meisten dieser Studien beruhen jedoch auf subjektiven selbstberichteten Schmerzeinstufungen, was aus wissenschaftlicher Sicht eine wesentliche Einschränkung darstellt. Es sind bisher nur wenige kontrollierte klinische Studien durchgeführt worden, so dass wir noch keine abschließende Schlussfolgerung ziehen können, ob Cannabis eine wirksame Schmerzbehandlung ist.

Ein alternativer Forschungsansatz fokussiert auf kombinierte medikamentöse Behandlungen, bei denen ein experimentelles Cannabinoid mit einem bestehenden Medikament kombiniert wird. Zum Beispiel wird in einer neueren Studie an Mäusen eine niedrigdosierte THC-ähnliche Substanz mit einem Aspirin-ähnlichen Medikament kombiniert. Die Kombination blockierte Nervenschmerzen besser als jedes einzelne Präparat alleine.

Theoretisch liegt der Vorteil von Behandlungen mit Medikamentenkombinationen darin, dass weniger von jeder Substanz benötigt wird und es weniger Nebenwirkungen gibt. Darüber hinaus reagieren manche Menschen besser auf einen Medikamentenbestandteil als auf einen anderen, so dass eine Kombination von Substanzen bessere Wirkungen erzielt. Ähnliche Studien wurden an Menschen noch nicht durchgeführt.

Gut konzipierte Epilepsie-Studien sind dringend erforderlich

Trotz einiger aufsehenerregender Berichte und weit verbreiteten Spekulationen im Internet stützt sich der Einsatz von Cannabis zur Behandlung von epileptischen Anfällen mehr auf Forschung an Nagetieren denn an Menschen.

Beim Menschen ist die Evidenzlage weit weniger klar. Es gibt zahlreiche Anekdoten und Umfragen über die positiven Effekte von Cannabispflanzen oder -extrakten zur Behandlung von Epilepsie. Das ist aber nicht das Gleiche wie gut kontrollierte klinische Studien, die uns Informationen darüber liefern können, welche Arten von Krampfanfällen, wenn überhaupt, positiv auf Cannabinoide ansprechen, und genauere Aussagen dazu erlauben, wie die meisten Menschen darauf reagieren.

Während man sich für CBD als eine mögliche Behandlung für Krampfanfälle beim Menschen interessiert, ist der dafür verantwortliche physiologische Zusammenhang noch nicht bekannt. Wie auch zu chronischen Schmerzen wurden die wenigen klinischen Studien nur an sehr kleinen Patientenzahlen durchgeführt. Studien an größeren Patientengruppen können uns sagen, ob nur bestimmte Gruppen von Patienten positiv auf CBD ansprechen.

Wir müssen auch noch mehr über die Cannabinoid-Rezeptoren im Gehirn und im Körper lernen, welche Systeme

(Medizinischer Nutzen von Cannabis, Forts.)

sie regulieren und wie sie von CBD beeinflusst werden könnten. CBD könnte beispielsweise mit anti-epileptischen Medikamenten auf eine Art und Weise interagieren, die wir derzeit noch erforschen. Die Substanz könnte auch andere Wirkungen im sich noch entwickelnden Gehirn als im Gehirn eines Erwachsenen haben. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn man Kinder mit CBD oder mit Cannabis-Produkten zu behandeln versucht.

Cannabis hat überwiegend unbekannte Risiken

Das Missbrauchspotenzial ist ein Problem bei jeder Droge, die auf das Gehirn wirkt. Hier machen Cannabinoide keine Ausnahme. Cannabis ist hier ähnlich dem Tabak, auch den Rauchern fällt das Aufhören schwer. Und ebenso wie Tabak ist Cannabis ein Naturprodukt, das selektiv gezüchtet wurde, um starke, überwiegend ungeklärte Wirkungen auf das Gehirn auszuüben; die Risiken sind hoch.

Obwohl viele Cannabis-Konsumenten problemlos mit dem Konsum aufhören können, haben zwei bis sechs Prozent der Konsumenten Schwierigkeiten damit. Wiederholter Konsum, trotz des Wunsches, ihn einzuschränken oder ganz aufzuhören, ist als Cannabis-bezogene Störung (cannabis use disorder) bekannt.

Nachdem mehr und mehr Staaten Gesetze zum medizinischen oder freizeitmäßigen Gebrauch von Cannabis erlassen, wird die Zahl von Menschen, die ein gewisses Maß von Cannabis-bezogener Störung entwickeln, wahrscheinlich steigen.

Es ist zu früh, um sicher sagen zu können, dass der potenzielle Nutzen von Cannabis die Risiken aufwiegt.

Biertrinken kann helfen, Emotionen in Gesichtern zu erkennen

Bekanntlich kann Alkohol die Urteilskraft einschränken, andererseits könnte es aber möglich sein, dass ein Glas Bier eine andere Fähigkeit verbessert: Eine kleinere neue Studie legt nahe, dass Trinken bei manchen Menschen dazu führt, bestimmte Emotionen, wie Glück, besser zu erkennen.

Obwohl „viele Menschen Bier trinken und die damit einhergehende Wirkung durch eigene Erfahrung kennen, gibt es überraschend wenig wissenschaftliche Daten zu den Effekten des Biertrinkens auf die Verarbeitung von emotionaler sozialer Information“, so Matthias Liechti, Co-Autor der Studie und Professor für Psychopharmakologie an der Universität Basel, Schweiz.

In der Studie tranken 60 Personen im Alter zwischen 18 und 50 Jahren alkoholhaltiges oder alkoholfreies Bier, im Verlauf von 15 Minuten circa einen halben Liter. Die Teilnehmer wussten nicht, ob sie Bier mit oder ohne Alkohol zu sich nahmen.

Etwa 30 Minuten nach dem Umtrunk zeigten die Forscher den Teilnehmern Bilder von Gesichtern, die sechs grundlegende Emotionen darstellten – Angst, Traurigkeit, Ekel, Glück, Wut und Überraschung. Die Teilnehmer wurden gebeten, zu jedem Gesicht die ihm entsprechende Emotion zu nennen.

Es stellte sich heraus, dass die Personen, die alkoholhaltiges Bier getrunken hatten, Gesichter, die Glück ausdrückten, besser erkennen konnten als diejenigen, die das alkoholfreie Bier zu sich genommen hatten. Entsprechende Ergebnisse wurden am 19. September 2016 auf der Jahrestagung des European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) in Wien vorgestellt und in der Zeitschrift *Psychopharmacology* veröffentlicht.

„Wir fanden heraus, dass ein Glas Bier dabei hilft, glückliche Gesichter schneller zu erkennen, und die Anteilnahme an positiven emotionalen Situationen fördert“, so Liechti.

Nach den Ergebnissen der Studie gab es allerdings keinerlei weitere Unterschiede, wie schnell die Personen in den beiden Gruppen andere Emotionen erkennen konnten.

In weiteren Versuchen fanden die Forscher heraus, dass Personen, die alkoholhaltiges Bier getrunken hatten, einen stärkeren Wunsch zeigten, Zeit in Gesellschaft anderer Menschen zu verbringen, als die Vergleichsgruppe. Dieser Effekt war bei Frauen ausgeprägter als bei Männern.

Teilnehmer aus der Gruppe mit alkoholhaltigem Bier interessierten sich zudem mehr dafür, Bilder mit explizitem sexuellem Inhalt anzuschauen. Auch dieser Effekt war bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern.

Die höhere Wirkung bei Frauen ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die gleiche Menge an getrunkenem Alkohol bei Frauen zu höheren Alkoholkonzentrationen im Blut führt, so Studien-Co-Autor Wim van den Brink, Professor für Psychiatrie und Suchterkrankungen an der Universität Amsterdam.

Die Autoren wiesen auf einige Einschränkungen hin: Die Alkoholmengen waren relativ bescheiden. Die Ergebnisse könnten sich daher möglicherweise nicht auf Personen übertragen lassen, die tiefer ins Glas schauen.

007 – Lizenz zum Rauchen?

Stirb an einem anderen Tag: Rauchgewohnheiten in Bond-Filmen im Laufe von sechs Jahrzehnten untersucht

Sich mal eben cool eine anstecken und gepflegt weiter flirten und spionieren. Kam bei James Bond häufiger vor, doch ist mittlerweile nicht mehr so: Im Laufe der Bond-Filmreihe raucht der wohl bekannteste Spion der Filmgeschichte immer weniger, nach 2002 sogar gar nicht mehr. Fortan greifen höchstens noch seine Gespielinnen zum Glimmstängel – und das heute zwar tendenziell seltener als früher, jedoch immer noch und gerne demonstrativ. Das berichten zwei Forscher aus Neuseeland im Fachblatt „Tobacco Control", nachdem sie sich den Spaß gemacht hatten, die dargestellten Rauchgewohnheiten in allen 24 Titeln der offiziellen Filmreihe zu analysieren – von „James Bond jagt Dr. No" (1962) bis „Spectre" (2015). Außerdem beobachteten die beiden, dass bereits seit den späten 1960ern Hinweise in den Filmen auftauchen, dass Rauchen ungesund ist. Auch wenn die beiden Forscher ihre Ausführungen mit einer Prise Humor würzen und etwa den generell sehr risikofreudigen Lebensstil von James Bond bemerken, hat ihre Analyse durchaus einen ernsthaften Hintergrund. Denn wenn in Filmen geraucht wird, insbesondere in so populären Streifen wie den Bond-Filmen, kann das Jugendliche zum Rauchen anstiften. Das zeigen frühere Untersuchungen.

„Zwar gibt es einige vorteilhafte Abwärtstrends beim Rauchen in dieser Filmreihe", schreiben Nick Wilson vom Department of Public Health an der University of Otago in Wellington und seine Kollegin Anne Tucker. Doch bleibe der anhaltende mit dem Rauchen verbundene Inhalt problematisch – insbesondere angesichts der Beliebtheit dieser Filme. Die beiden Forscher hatten sämtliche 24 Filme der unter der Produktionsgesellschaft „Eon Productions" entstandenen offiziellen Bond-Reihe angeschaut und sämtliche Details analysiert, die mit Tabakkonsum zusammenhängen. So untersuchten sie unter anderem das Rauchverhalten von Bond selbst sowie das seiner insgesamt 60 Gespielinnen.

Am meisten rauchte James Bond in den 1960ern, berichten Wilson und Tucker. Damals war er in 83 Prozent der Filme Raucher und es dauerte meist nur rund 20 Minuten, bis seine erste Zigarette glomm. Das wurde bis in die 1990er immer weniger, teilweise griff er sogar gar nicht zur Zigarette. Seine endgültig letzte steckte er sich in „Stirb an einem anderen Tag" (2002) an. Auch von Passivrauch blieb der Geheimagent nicht verschont: Zwar war in den sechs Filmen der 1990er und 2000er Jahre keine seiner Gespielinnen Raucherin, doch bis auf diese Phase rauchten rund 20 Prozent der Frauen, mit denen er das Bett teilte. Das dürfte allerdings

nicht über die Maßen besorgniserregend sein. Denn, so schreiben die Forscher mit einem Augenzwinkern, „die Gesamtdosis von Passivrauch durch Partnerinnen würde eingeschränkt durch die typischerweise kurze Natur seiner Beziehungen". Der einzige Bond, in dem tatsächlich gar nicht geraucht wird, ist „Casino Royale" (2006). Als Zigarette getarnte Bond-Gadgets – also die typischen technischen Spielereien – erfreuten sich nur bis in die späten 1980er großer Beliebtheit. Produktplatzierung von Zigarettenmarken fanden die Forscher dagegen nur zweimal: in „Moonraker" (1979) und in „Lizenz zum Töten" (1989).

Überraschend früh wird in Bond-Filmen andererseits auch auf die Gesundheitsrisiken des Rauchens hingewiesen, erstmals 1967 in „Man lebt nur zweimal". Witzigerweise ist es ausgerechnet ein Bösewicht, der Bond mit einem Röntgengerät nach versteckten Waffen durchsucht und zu ihm sagt: „Sie rauchen zu viel. Spüren Sie nicht schon einen kleinen Druck auf der Brust?" Und Blofeld, einer der prägnantesten Gegenspieler Bonds, bemerkt im selben Film süffisant: „Es wird nicht das Nikotin sein, das Sie umbringt, Mr. Bond," und gewährt ihm eine Zigarette. In „Moonraker" (1979) wird außerdem spontanes Aufhören thematisiert, als ein Passant – mit merklichem Raucherhusten – erschrocken seine Zigarette wegwirft, weil ein Sarg im Wasser an ihm vorbeitreibt. Weitere Beispiele: Sogar Bond selbst bezeichnet Rauchen in „Der Morgen stirbt nie" (1997) als „dreckige Angewohnheit". Und in „Die Welt ist nicht genug" (1999) lässt Miss Moneypenny eine von Bond geschenkte Zigarre angewidert im Mülleimer verschwinden.

Schließlich widmen sich Wilson und Tucker noch dem generell risikobehafteten Lebensstil des Geheimagenten. „Bonds Rauchgewohnheiten scheinen im Widerspruch zu stehen zu seinem Bedarf nach körperlicher Fitness als Teil seines Jobs, seiner hohen Bildung und seinem umfangreichen Wissen in vielen Themengebieten", erläutern sie. Doch sie passten wiederum zu seinem sehr hohen Konsum von Martinis und anderen alkoholischen Getränken sowie zu seinem rasanten Fahrstil und zu der möglicherweise geringen Lebenserwartung – angesichts tausender Geschosse, die auf ihn abgefeuert werden. „In der Tat nimmt ‚schwere Gewalt' in Bond-Filmen zu", so die Forscher. „Überdies haben 15 Prozent (9 von 60) der Frauen, mit denen er im Bett landete, versucht, ihn außer Gefecht zu setzen, gefangen zu nehmen oder umzubringen."

Warum ausgerechnet Bond? Die Bond-Filmreihe, erläutern Wilson und Tucker, sei die am längsten laufende und, was das Franchise betrifft, umsatzstärkste Filmreihe weltweit. Bisher hatte sich die Forschung beispielsweise mit dem Alkoholkonsum und Gewaltaufkommen in den Bond-Filmen beschäftigt, jedoch noch nicht mit den zur Schau gestellten Rauchgewohnheiten. Diese Lücke haben die beiden nun geschlossen. Ihr Fazit: „Gesundheitsbeauftragte müssen sich weiterhin dafür einsetzen, dass in Filmen weniger geraucht wird, und die Altersfreigabe beschränken, wenn in Filmen geraucht wird."