

SUCHT



**Prävention und
frühe Auffälligkeiten**

Wir danken unseren Spender*innen

Dkfm. Günter **Baumgartner**, Dr.in Verena **Beck**, Diana **Brunner**, Beate **Cerny**, Paul **Czerwenka**, Barbara **Czerwenka**, Eva Maria **Douet**, DI Zsolt **Dudas**, Silvia **Eidler**, Rene **Ferrari**, Franz **Gottfried**, Johanna **Heider**, Anton **Heider**, Irene **Hess**, Lilian und Martin **Hinterndorfer**, Julia Carla Maria **Horvath**, Mag. Peter **Humann**, Robert **Kopera**, Lydia **Korak**, Christine **Leiner**, Johann und Maria **Lidy**, Mag. Judith **Lidy**, Andreas **Lutz**, Dr. Günter **Mittendorfer**, Gesine **Muschl**, Gertrud **Nemeth**, Mag. Claudia und DI Walter **Nemeth**, Patrick **Raunig**, Sonja **Richter**, Norbert und Ewald **Riesz**, DI Robert **Scharinger**, Dipl.-Ing. Franz **Schwammenhoefer**, Dr. med. Gernot **Szuesz**, Dr. Alfons **Willam**, Elisabeth **Winkler**



Partner des **Grünen Kreises**

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

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

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller Klient*innen des Vereins **Grüner Kreis!**

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

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

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die

HYPO NOE

Landesbank für Niederösterreich und Wien AG

IBAN AT81 5300 0038 5501 3222

BIC HYPNATWW

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

Impressum

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

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

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

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

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: MMag. Dr. Martin Kitzberger

Redaktion: MMag. Dr. Martin Kitzberger, Dr. Jürgen Fuchshuber, BSc MSc, Andreas Eilenstein, Romana Chytra, Dominique Dumont, BSc MSc

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

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

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

redaktion.sucht@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Andreas Eilenstein

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

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

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Julian Strizek, Tanja Schwarz, Martin Busch, Gudrun Wildling, Mag. Hannes Kolar, Lisa Göschlberger, Marion Weigl, Sabine Haas, Michaela Dörfler, Andreas Prenn, David Vogl, Monique Breithaupt-Peters, Human-Friedrich Unterrainer, Sandra Mann, Hasso Spode und Klient*innen des Vereins **Grüner Kreis**

Bildquellennachweise:

Cover: entstand im »Stencil-Workshop« mit Michaela Brückmüller, Kunst im **Grünen Kreis**

Fotos Seite 4: Workshops, Kunst im **Grünen Kreis**

Profildfotos: privat, wenn nicht anders gekennzeichnet

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



Helfen Sie uns helfen!

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

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

Verein **Grüner Kreis** | HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



Geschätzte Leser*innen!

In dieser zweiten Ausgabe im Jahr 2025 kreist unser Hauptinteresse um das Thema frühe Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Verbindung mit Suchtprävention.

Nach einem Überblick über die aktuelle Situation des Substanzkonsums, aber auch was Gaming und Glücksspiel betrifft, wollen wir dem Wachstum von Kleinkindern bis hin zu Jugendlichen und deren Risiko für Sucht nachspüren, dem sie als Folge leichter, mittelgradiger bis schwerer psychischer und physischer Belastungen, Vernachlässigungen oder Gewalt ausgesetzt sind.

Wie kann man suchtpreventiv mit sogenannten Early Startern arbeiten, was muss getan werden, um im schlimmsten Fall tragische bis desaströse biografische Verläufe zu vermeiden bzw. abzumildern, was deren gesamte Lebensbereiche – weit über das oftmals komorbide Störungsbild Sucht hinaus – betrifft (man denke auch an den Bildungsabschluss, andere psychische Störungen, Kriminalität, Fremdgefährdung in Beziehungen, Suizid etc.)? Sozioökonomische Benachteiligung ist ein wesentlicher, bekannter und gut erforschter Faktor, sodass auf allen Ebenen eines Lebens, in bio-psycho-sozialer Hinsicht, ein sehr großer Nachteil bestehen kann; hier ist Unterstützung und Hilfe, wie die frühkindliche Förderung und Begleitung von Anfang an, gefragt – immerhin geht es hier um nichts Geringeres als um die Startvoraussetzungen für ein ganzes, noch offenes, bestmöglich gelingendes Leben! Und dafür gibt es pädagogisch und didaktisch sehr gut konzipierte, der Entwicklungspsychologie folgende und evaluierte Programme und Konzepte, die nicht nur sehr gut und in entsprechender Frequenz eingesetzt und angewendet, sondern auch verstanden und auf allen Ebenen gefördert und unterstützt gehören. Bereits Kleinkinder und Volksschüler*innen und natürlich nachfolgende Schüler*innen können mit den richtigen programmatischen suchtpreventiven Zugängen sehr gut erreicht werden. So kann eine Gesellschaft tatsächlich gemeinsam stark werden bzw. können junge Menschen so dazu gebracht werden, dass sie bewusster auf ihr Leben schauen lernen – LOOK@your.Life.

Schwere emotionale Belastungen und traumatische Erfahrungen bei jungen Menschen können nicht nur die substanzgebundenen Süchte enorm steigern, sondern auch – betrachtet man beispielsweise die aktuelle deutsche Mediennutzungsstudie – den digitalen Mediengebrauch in sämtlichen Facetten, was auch zunehmend in den Fokus gerät. Mit Viktor Frankl gesprochen könnte man sagen, dass sich die Suche nach dem Sinn natürlich auch der neuen Möglichkeiten bedient. Geschieht dies fehlgeleitet, dann kann auch das neue grundsätzlich Sinnvolle pathologische Besetzung erfahren, z. B. im Sinne einer dysfunktionalen Emotionsregulationsstrategie.

Gut zu wissen: Ja, wir können gegen all das etwas tun. Danke an alle Professionist*innen, die uns mit Beiträgen, die Wege und Möglichkeiten aufzeigen, in dieser Ausgabe unterstützt haben.

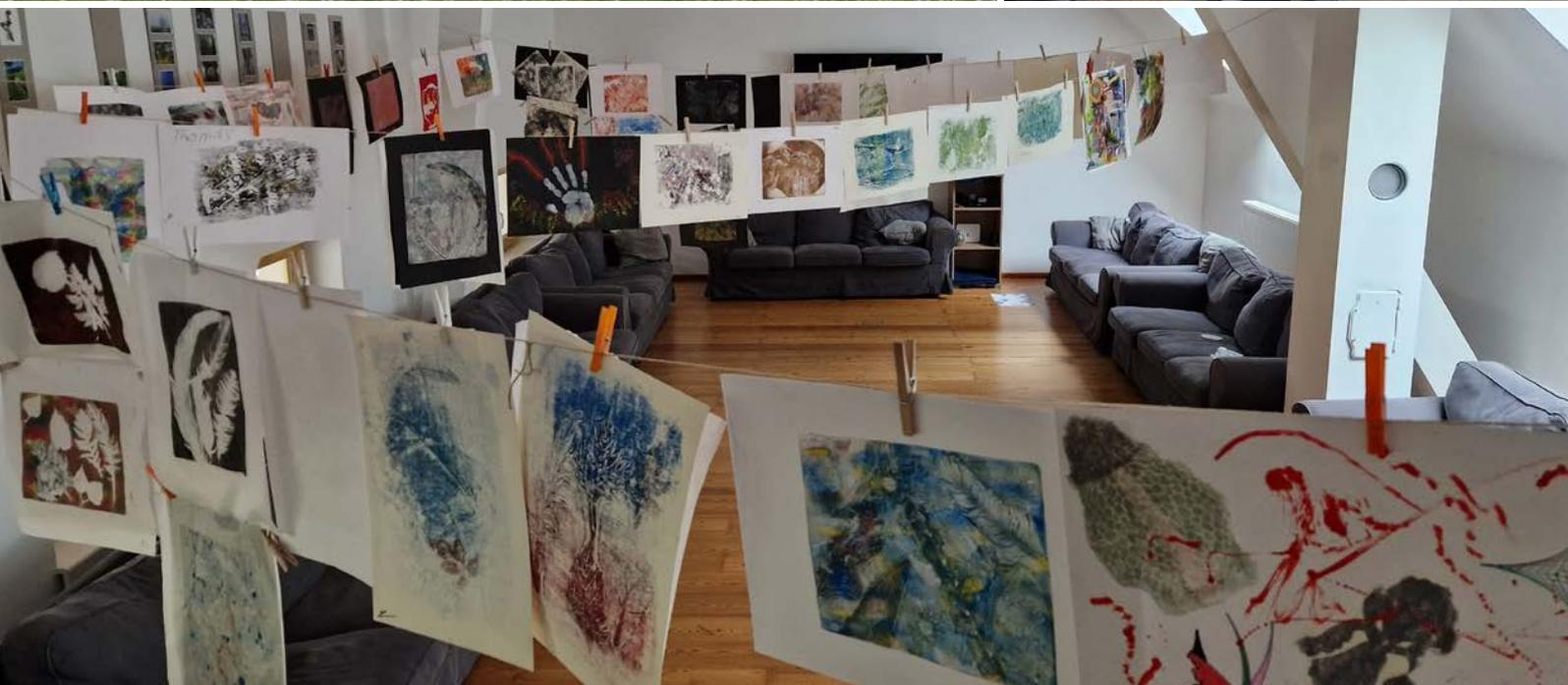
Aufklärung, Wissen und Bildung wirken, das weiß man und darum gehen wir diesen Weg und wollen Sie, interessierte Leser*innen, zum Thema Sucht bestmöglich auf dem Laufenden halten. Umgekehrt freuen wir uns, wenn Sie uns die Treue halten und weiterhin Interesse zeigen!

Martin Kitzberger

Der Grüne Kreis dankt seinen Kooperationspartner*innen

Mit finanzieller Unterstützung des





Inhalt

3 Editorial
Martin Kitzberger

Themenschwerpunkt

6 So konsumieren Österreichs Jugendliche
Julian Strizek, Tanja Schwarz und Martin Busch

Themenschwerpunkt

10 Bindung Beziehung Sucht: Frühe Hilfe für Risikogruppen und early starter
Gudrun Wildling und Hannes Kolar

Themenschwerpunkt

12 Frühe Hilfen. Suchtprävention am Lebensbeginn
Marion Weigl und Sabine Haas

Themenschwerpunkt

14 Frühe Auffälligkeiten: Trauma und Sucht bei Kindern und Jugendlichen
Lisa Göschlberger

16 Spurensuche
Ein*e Klient*in berichtet über Erfahrungen mit Sucht im frühen Alter

Themenschwerpunkt

18 Look@your.Life. Präventionsprogramm der Kriminalprävention in Österreich für Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern
Michaela Dörfler

Themenschwerpunkt

20 Gesundheitsförderung und (Sucht-) Prävention in der Volksschule – Gemeinsam stark werden!
Andreas Prens

Themenschwerpunkt

22 Suchtforschung und Prävention an Schulen: Interview mit David Vogl - pro mente OÖ
David Vogl im Gespräch mit Dominique Dumont

Themenschwerpunkt

24 Sucht als Emotionsregulationsstrategie bei Kindern und Jugendlichen
Monique Breithaupt-Peters

Themenschwerpunkt

26 Frühkindliches Trauma und Suchterkrankungen - Anmerkungen aus neuro-psychotherapeutischer Perspektive
Human-Friedrich Unterrainer

28 Sozialarbeiterische Prävention: Ein Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung von Suchterkrankungen
Sandra Mann

30 Alkoholforschung als Alkoholfolgeschädenforschung. Ein Zwischenruf
Hasso Spode

So konsumieren Österreichs Jugendliche



von Julian Strizek

Foto: ©Ettl



Tanja Schwarz

Foto: ©Ettl



und Martin Busch

Foto: ©Ettl

Ein Viertel aller befragten Jugendlichen weist ein niedriges Wohlbefinden auf und jede:r Zehnte zeigt Indizien für hohe psychische Belastungen; Mädchen sind davon häufiger betroffen als Buben. Jugendliche mit psychischen Belastungen berichten häufiger von suchtrelevanten Konsum- und Verhaltensweisen

zum Konsum von legalen und illegalen Substanzen sowie zur Nutzung von Glücksspiel und digitalen Medien. 2024 haben sich 37 europäische Länder an dieser Erhebung beteiligt. Die Ergebnisse aus Österreich auf Basis von 7.735 befragten Schülerinnen und Schülern der neunten und zehnten Schulstufe im Alter zwischen 14 und 17 Jahren liegen nun vor.

Immer mehr Jugendliche leben alkoholabstinent, jedoch fast ein Zehntel trinkt risikobehaftet

Sechs von zehn (58 %) österreichischen Jugendlichen haben in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert. Jeweils etwa jede:r Fünfte aller befragten Jugendlichen trinkt regelmäßig (6-mal oder mehr pro Monat) Alkohol oder berichtet von mindestens einer starken Berausung in den letzten 30 Tagen. Fast jede:r zehnte Schüler:in (9 %) erfüllt zumindest einen Indikator für einen risikobehafteten Alkoholkonsum (hochfrequenter Konsum, eine häufige Berausung oder eine sehr hohe durchschnittliche Konsummenge). Mädchen trinken in Summe etwa gleich oft wie Buben Alkohol, aber in geringeren Mengen und seltener risikobehaftet.

Langfristig steigt in Österreichs der Anteil an Jugendlichen, die auf Alkohol verzichten: Zwischen 2007 und 2024 hat sich der Anteil der Jugendlichen, die noch nie Alkohol konsumiert haben, vervierfacht (von 4 % auf 18 %)

und der Anteil der Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen keinen Alkohol konsumiert haben, verdoppelt (von 21 % auf 43 %).

Konsum von Zigaretten sinkt, E-Zigaretten und Nikotinbeutel zunehmend beliebt

Werden Zigaretten, E-Zigaretten, Nikotinbeutel, Wasserpfeifen und Tabakerhitzer gemeinsam betrachtet, haben knapp sechs von zehn der befragten Schüler:innen (57 %) in ihrem Leben schon mindestens einmal eines dieser Produkte konsumiert. Mehr als ein Drittel (37 %) hat dies in den letzten 30 Tagen getan, und jede:r Fünfte (18 %) nutzt zumindest eines dieser Produkte täglich oder fast täglich.

Jugendlicher Tabak- und Nikotinkonsum verteilt sich zunehmend auf unterschiedliche Produkte. Konsumerfahrungen im letzten Monat sind sowohl in Bezug auf Zigaretten (23 %), E-Zigaretten (29 %) als auch Nikotinbeutel (17 %) weit verbreitet. Die große Mehrheit nutzt dabei mehrere Produkte: Zwei Drittel der aktuell Konsumierenden geben an, in den letzten 30 Tagen mehr als nur eines dieser Produkte konsumiert zu haben. Insbesondere Dual Use von elektronischen Inhalationsprodukten (etwa E-Zigaretten und/oder Tabakerhitzer) und herkömmlichen Zigaretten kommt häufig vor.

Männliche Jugendliche berichten über alle Zeitfenster hinweg häufiger von Erfahrungen mit Nikotinbeuteln, weibliche Jugendliche berichten häufiger vom Konsum von E-Zigaretten. Beim Konsum von herkömmlichen Zigaretten, Wasserpfeifen (Shishas) und Tabakerhitzen bestehen keine nennenswerten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen.

Zwischen 2003 und 2024 nahm der Konsum herkömmlicher Zigaretten

Die ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) ist die weltweit größte und eine wiederholt durchgeführte Schüler:innenbefragung

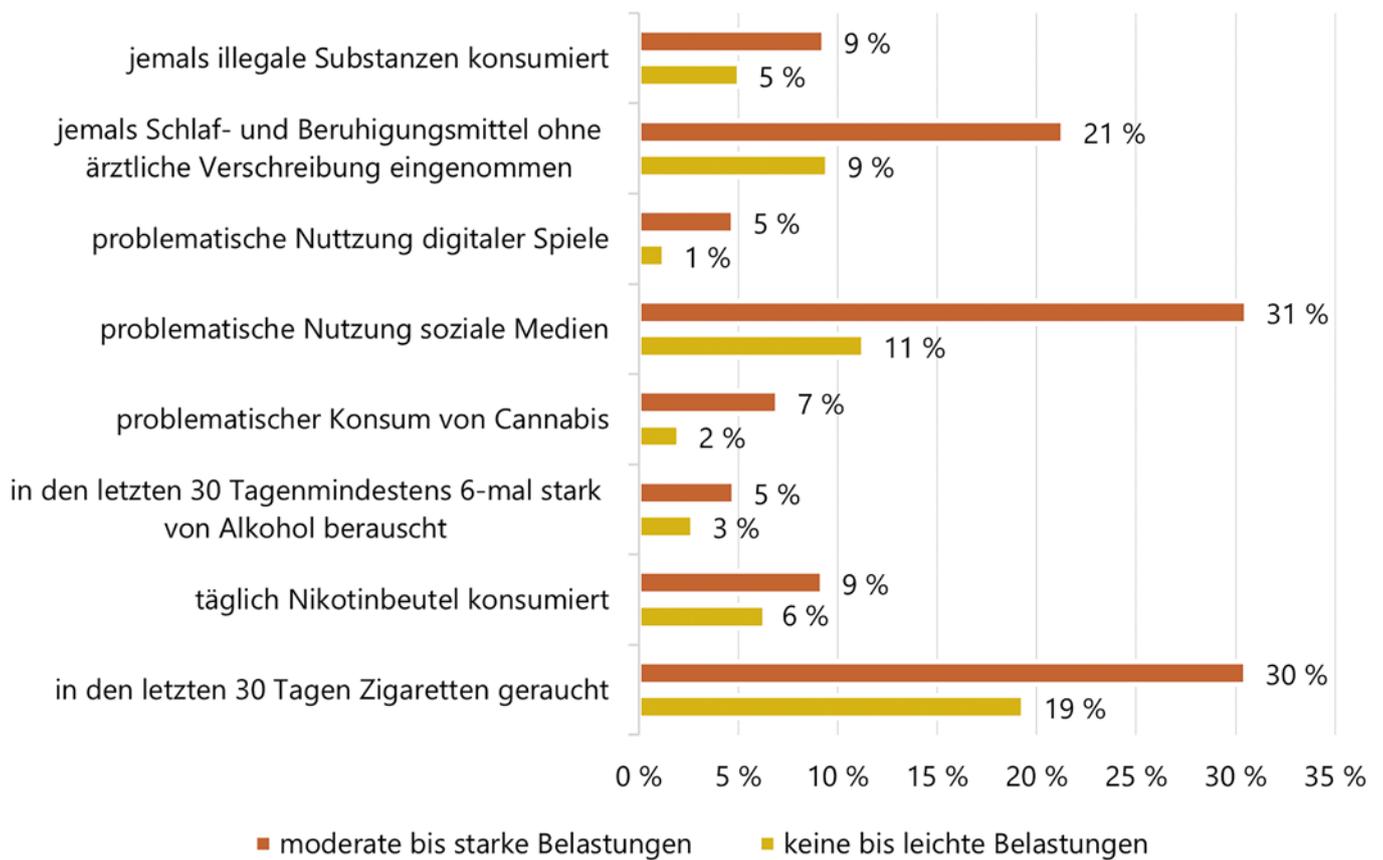


Abbildung: Psychische Belastungen wurden mit der PHQ-4-Skala erfasst (Kroenke et al., 2009), die problematische Nutzung digitaler Spiele mit der Gaming Disorder Scale for Adolescents (GADIS-A) (Paschke et al., 2020), die problematische Nutzung sozialer Medien mit der Social Media Disorder Scale (Van Den Eijnden, 2016) und der problematische Konsum von Cannabis mit dem Cannabis Abuse Screening Test (Spilka et al., 2013).

Quelle: Strizek et al. 2024; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

in den letzten 30 Tagen von knapp der Hälfte der Befragten (49 %) auf unter ein Viertel der Befragten (23 %) ab. Im gleichen Zeitraum hat sich der Konsum von E-Zigaretten vervierfacht (von 7 % auf 29 %) und hat damit den Konsum herkömmlicher Zigaretten übertroffen. Die steigende Bedeutung von E-Zigaretten spiegelt sich auch darin wider, dass Österreichs Jugendliche 2024 erstmalig berichten, erste Konsumerfahrungen häufiger mit E-Zigaretten als mit herkömmlichen Zigaretten zu machen. Auch beim Konsum von Nikotinbeuteln ist in den letzten Jahren ein Anstieg zu beobachten. 11 % der befragten Buben sowie 5 % der Mädchen konsumieren diese täglich. Der monatliche Konsum ist seit 2022 von 13 % auf 17 % gestiegen. Diese Produkte werden vielfach als Lifestyleprodukte beworben.

Ausmaß des Cannabiskonsums bleibt stabil

Knapp ein Fünftel der befragten Schüler:innen (18 %) hat schon mindestens einmal in seinem Leben Cannabis konsumiert, jede:r Siebte in den letzten

12 Monaten (14 %) und 7 Prozent in den letzten 30 Tagen. Cannabiskonsum findet meistens eher sporadisch statt (1- bis 2-mal pro Monat). Etwa 2 % der Befragten konsumieren häufig Cannabis und es bestehen zudem Hinweise auf einen problematischen Cannabiskonsum. Buben konsumieren Cannabis häufiger als Mädchen. Über die letzten zwei Jahrzehnte hat sich der Cannabiskonsum in Österreich kaum verändert.

Jugendlicher Probierkonsum

Schnüffelstoffe (Lebenszeitprävalenz: 13 %), die Mischung aus Alkohol und Medikamenten (Lebenszeitprävalenz: 8 %) sowie Lachgas (Lebenszeitprävalenz: 7 %) sind jene Substanzen bzw. Substanzkombinationen, mit denen Jugendliche abseits von Alkohol, Nikotinprodukten und Cannabis am häufigsten Erfahrungen machen. In den meisten Fällen handelt es sich dabei aber eher um Probierkonsum und nicht um regelmäßige Konsummuster. Die Lebenszeitprävalenz von Neuen Psychoaktiven Substanzen (4 %) liegt

höher als jene von „klassischen“ illegalen Substanzen wie Kokain, Ecstasy (jeweils 3 %) oder Amphetamin (2 %).

Gaming und Glücksspiel stärkeres Thema bei Buben, Social Media bei Mädchen

Jede:r zehnte befragte Schüler:in hat schon einmal im Leben an Glücksspielen teilgenommen. Buben berichten 4-mal so häufig von einer Teilnahme an Glücksspielen wie Mädchen (16 % bzw. 4 %). Wöchentliches Glücksspiel wird hingegen nur von sehr wenigen Schülerinnen bzw. Schülern berichtet. Glücksspiele werden in einem ähnlich hohen Ausmaß in Form terrestrischer Angebote und in Form von Onlineangeboten gespielt.

Ein Drittel der befragten Schüler:innen spielt täglich digitale Spiele, Buben tun dies deutlich häufiger als Mädchen (47 % bzw. 18 %). Etwa 2 % der Befragten zeigen Hinweise auf ein pathologisches Computerspielverhalten und für 10 % der befragten Schüler:innen gibt es Hinweise auf eine problematische Nutzung

So konsumieren Österreichs Jugendliche

von Social Media. Das Geschlechterverhältnis bei Gaming und Social Media gestaltet sich sehr unterschiedlich: Buben berichten deutlich häufiger von einer problematischen Nutzung von Computerspielen (3 % bzw. 1 %), Mädchen berichten hingegen deutlich häufiger von einer problematischen Nutzung von sozialen Medien (12 % bzw. 7 %).

Jugendliche mit psychischen Belastungen konsumieren mehr und zeigen häufiger ein problematisches Konsum- und Nutzungsverhalten

Ein Viertel aller befragten Jugendlichen (26 %) weist ein niedriges Wohlbefinden auf und jede:r Zehnte zeigt Indizien für hohe psychische Belastungen; Mädchen sind davon häufiger betroffen als Buben (32 % bzw. 17 %).

Jugendliche mit psychischen Belastungen berichten häufiger von suchtrelevanten Konsum- und Verhaltensweisen: Sowohl Buben als auch Mädchen dieser Gruppe machen doppelt so häufig Erfahrungen mit der Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, rauchen doppelt so häufig täglich oder fast täglich Zigaretten, zeigen 3- bis 4-mal so häufig Hinweise auf einen problematischen Cannabiskonsum, 2- bis 3-mal so häufig Hinweise auf eine problematische Nutzung von sozialen Medien und 4- bis 5-mal so häufig Hinweise auf eine problematische Nutzung von Computerspielen wie Buben bzw. Mädchen, die keine oder nur moderate psychische Belastungen berichten.

Auch ein steigender Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln weist auf die hohe Bedeutung psychischer Belastungen hin: Insgesamt 17 % der befragten Schüler:innen haben nach eigener Angabe mindestens schon einmal im Leben Schlaf- und Beruhigungsmittel eingenommen.

Konsum bei Schülerinnen und Schülern aus

Polytechnischen Schulen und Berufsschulen besonders hoch

Jugendliche aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen berichten häufiger von Konsumierungen als Schüler:innen aus allgemeinbildenden Schulen oder berufsbildenden höheren bzw. mittleren Schulen. Besonders stark ausgeprägt ist dieser Unterschied in Bezug auf Tabak-, verwandte Produkte und sonstige Nikotinerzeugnisse, deren täglicher Konsum von Schüler:innen aus Polytechnischen Schulen und Berufsschulen (34 %) bis zu 4-mal so häufig berichtet wird als von Schülerinnen und Schülern aus anderen Schultypen (AHS: 8 %, BHS bzw. BMS: 14 %).

Fazit

Die aktuellen Zahlen der ESPAD-Erhebung 2024 weisen auf eine zunehmende Diversifizierung jugendlichen Substanzkonsums hin: Herkömmliche Zigaretten und Alkoholkonsum sind rückläufig, wohingegen neue Produkte wie z. B. Nikotinbeutel oder E-Zigaretten deutlich zugenommen haben. Social-Media-Nutzung wird von einer großen Zahl der Schüler:innen als problematisch erlebt und als größeres Problem wahrgenommen als Glücksspiel oder digitale Spiele. Wichtige Hinweise für die Gestaltung von Präventionsangeboten sind zudem, dass sich ein starker Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen zeigt und teilweise sehr deutliche Unterschiede nach Schultypen bestehen.

Literatur

Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. W.; Löwe, Bernd (2009): An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. In: Psychosomatics 50/6:613–621.
Paschke, Kerstin; Austermann, Maria Isabella; Thomasius, Rainer (2020): Assessing ICD-11 gaming disorder in adolescent gamers: Development and validation of the gaming disorder scale for adolescents (GADIS-A). In: Journal of clinical medicine

9/4:993.

Spilka, Stanislas; Janssen, Eric; Legleye, Stéphane (2013): Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis.

Strizek, Julian; Akartuna, Deniz; Busch, Martin; Schwarz, Tanja (2025): ESPAD Österreich 2024. Gesundheit Österreich, Wien.

Van Den Eijnden, Regina J. J. M.; Lemmens, Jeroen S.; Valkenburg, Patti M. (2016): The social media disorder scale. In: Computers in human behavior 61:478–487.

Mag. Julian Strizek

ist Soziologe und arbeitet als Projektleiter im Kompetenzzentrum Sucht in der Gesundheit Österreich GmbH mit den Schwerpunkten Alkohol- und Suchtepidemiologie. Er ist „Principal Investigator“ der ESPAD-Studie für Österreich und Mitglied des Steering Committees der internationalen ESPAD-Forschungsgruppe.

Tanja Schwarz, BA, MSc

ist Gesundheitsökonomin und seit 2019 als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin in der Gesundheit Österreich GmbH tätig. Im Kompetenzzentrum Sucht ist sie in nationale und internationale Projekte zu Behandlung, gesundheitlichen Folgen des Drogenkonsums, schadensminimierenden Maßnahmen, Opioid-Agonisten-Therapie und Mortalität involviert.

Dr. Martin Busch

ist Psychologe und begann seine wissenschaftliche Karriere im Suchtbereich 1995 beim Verein Grüner Kreis. Seit 1999 arbeitet er in der Gesundheit Österreich GmbH und leitet dort seit 2016 das Kompetenzzentrum Sucht (KOSU), wo auch die österreichische Koordinierungsstelle der Drogenagentur der Europäischen Union (REITOX Focal Point) lokalisiert ist. Das KOSU setzt sich interdisziplinär mit stoffgebundenen Süchten und Verhaltenssüchten auseinander.

Bei Wind und Wetter Unsere Heroes am 42. Vienna City Marathon



Der Vienna City Marathon ist Österreichs größtes Lauf-event und fand zum 42. Mal am 6. April 2025 statt. Es war der kälteste Marathon seit über 30 Jahren. Beim Start vor der Reichsbrücke hatte es windige Null Grad. Die ersten Kilometer waren dementsprechend zäh und erforderten viel Willenskraft. Unsere Burschen haben sich eisern an die trainierte Pace gehalten und sich bei Windspitzen um 50 km/h bis zum Schluss tapfer durchgebissen. Die Stimmung entlang der Strecke war ausgelassen, unser Team wurde von den Zuschauer*innen angefeuert und zu tollen Zeiten gepusht. Tobias hatte eine starke Marathon-Zeit unter 4 Stunden 30 Minuten, Amir bewältigte den Halbmarathon in schnellen 2 Stunden 10 Minuten. 39.517 Teilnehmer*innen erreichten an beiden Tagen das Ziel vor dem Rathaus, das ist ein neuer Rekord für das Großevent.

Wir gratulieren unseren Athleten zu ihrer Leistung - toll gemacht!

Wir suchen SIE - JOIN OUR TEAM!

Eingetragene*r Psychotherapeut*in/Psychotherapeut*in in Ausbildung unter Supervision für stationäre Einrichtungen in NÖ (2872 Mönichkirchen)

Eingetragen: Gehalt € 3.788,30 (Verwendungsgruppe 9), in Ausbildung: Gehalt € 3.264,00 (Verwendungsgruppe 8) + Vordienstjahre und SEG-Zulage (= SWÖ-KV, Basis 37 Wochenstunden)

Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in (Wien)

Gehalt € 2.996,90 (= SWÖ-KV, Basis 37 Wochenstunden, Verwendungsgruppe 7, inkl. Aufzahlung Pflegekräfte) + Vordienstjahre und SEG-Zulage

Ärztin*Arzt für Allgemeinmedizin (NÖ, Steiermark, Wien)

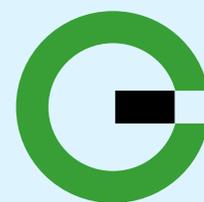
attraktive Vergütung ab € 6.800 nach Vereinbarung, Anstellung (oder Honorarbasis)

Fachärztin*Facharzt für Psychiatrie bzw. Psychiatrie u. Psychotherapeutische Medizin (NÖ, Graz, Wien) attraktive Vergütung ab € 7.800 nach Vereinbarung, Anstellung (oder Honorarbasis)



Bewerbungen bitte an:
bewerbung@gruenerkreis.at
Tel.: +43 2649 8306

www.gruenerkreis.at



grüner kreis

Bindung Beziehung Sucht

Frühe Hilfe für Risikogruppen und early starter



von Gudrun Wildling
und Hannes Kolar

Foto: © Wildling/Kolar

Kinder aus suchtbelasteten Familien erfahren mehr Gewalt, die Bezugspersonen können basale Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen und zeigen geringere Aufmerksamkeitsspannen. Prekäre Lebenssituationen und unsichere Bindungen stellen ungünstige Entwicklungsmöglichkeiten dar.

Sie ist für mich da, wenn ich sie brauche. Ich kann mich auf sie verlassen, weil sie löst in mir ein gutes Gefühl aus. Sie gibt mir Motivation, meinen Tag aktiv zu gestalten, und ich verbringe gerne Zeit mit ihr. Wenn es nötig ist, würde ich für sie sterben.“

Suchterkrankte Jugendliche bzw. Jugendliche mit problematischem Suchtmittelkonsum empfinden diese Worte nicht gegenüber ihren Eltern, einem*einer Partner*in oder einem*einer Bezugsbetreuer*in. Sie

adressieren diese Gefühle gegenüber dem Suchtmittel. Die Ursache der emotionalen Verbindung zur Substanzwirkung liegt nicht in der Eigenschaft der Droge selbst, sondern in sonst nicht anderwärtig erfüllten Sehnsüchten und Bedürfnissen, die allen Menschen gleichermaßen inhärent sind: Geborgenheit, Vorhersehbarkeit, Sicherheit, Entspannung, Grenzerfahrung.

Um Suchtverhalten zu verstehen, müssen wir uns mit der Biografie der Jugendlichen auseinandersetzen. Hinter jeder Suchterkrankung steckt eine Belastung, die sich physisch und psychisch manifestiert hat. Ob dies generationsübergreifend epigenetische (Stressdysregulation) oder pränatale (fetales Alkoholsyndrom, neonatales Entzugssyndrom) Einwirkungen sind, ob es das Entwickeln von Urmissstrauen in den ersten Lebenswochen gegenüber allen Menschen wegen frühester Gewalterfahrung oder Vernachlässigung ist, das Modelllernen anhand suchterkrankter Eltern, häufiger Beziehungsabbrüche oder Perspektivenlosigkeit – je länger in all diesen Fällen Hilfe nicht ankommt und nicht wirkt, desto prekärer wird die Prognose des weiteren Lebensverlaufes dieser jungen Menschen. Wiederholte Beziehungserfahrungen, die im Gefühl münden, „nichts wert zu sein“ oder „das Schlechte verdient zu haben“ äußern sich in den Kindern als verfestigte Selbstabwertung und befördern später den selbstschädigenden Aspekt der Sucht.

Daher sind Hilfsangebote zu einem frühen Zeitpunkt weitaus am effektivsten und vielversprechendsten einzustufen. Die Wiener Kinder- und Jugendhilfe

versucht dementsprechend in die Lebensläufe gefährdeter Kinder bereits dann einzugreifen, wenn es um erste zwischenmenschliche Bindungserfahrungen geht. Im Folgenden können nur beispielhaft einige von vielen sekundärpräventiven Maßnahmen angeführt werden.

Die Familienzentren der Kinder- und Jugendhilfe bieten während der Schwangerschaft und auch in der Zeit danach niederschwellig Sozial-, Gesundheits- und psychologische Beratung an. Jugendliche und junge Mütter – auch mit risikoreichem Substanzverhalten – finden dort, aber auch in Mutter-Kind-Heimen, Unterstützung und werden zu bindungsorientiertem Fürsorgeverhalten, bei Bedarf auch in alltagspraktischen Aufgaben, angeleitet. Sollte das Baby in Gefahr sein, springen Krisenpflegeeltern ein.

Für acht- bis zwölfjährige Kinder aus suchtbelasteten Familien bietet die Wiener Kinder- und Jugendhilfe mit dem Verein Dialog und dem Institut für Erziehungshilfe die Gruppe „Kleiner Leuchtturm“ an.

In den Wohngemeinschaften der MA 11 gehören suchtsensible Sozialpädagogik und Aufklärung zur Suchtvorbeugung genauso zum Alltag wie Ressourcen- und Selbstwertstärkung. Pflegeeltern mit suchtgefährdeten oder durch Suchtmittelkonsum der Mutter während der Schwangerschaft geschädigten Pflegekindern erhalten Coachings, für Kinder und Jugendliche gibt es die Möglichkeit psychotherapeutischer Begleitung.

Vorrangiges Ziel ist somit die Prävention in den Lebenswelten von Kindern

und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien sowie die Stärkung ihrer Familien im Lebensalltag. Kinder erleben ihre suchterkrankten Elternteile in ihrer Stimmung schwankend. Die Sucht bestimmt den Alltag, gleichzeitig darf der Konsum nicht benannt werden. Die Familie ist durch die Sucht erstarrt, die Kinder versuchen sich dem familiären Umfeld anzupassen. Hinzu kommen oft mangelnde Förderung oder Vernachlässigung und keine klar definierten Grenzen im Alltag. Kinder aus suchtblasteten Familien erfahren mehr Gewalt, die Bezugspersonen können basale Bedürfnisse des Kindes nicht befriedigen und zeigen geringere Aufmerksamkeitsspannen. Prekäre Lebenssituationen und unsichere Bindungen stellen ungünstige Entwicklungsmöglichkeiten dar. Angststörungen, Geschwisterrivalität, depressive Stimmungslagen sowie externalisierende Störungsbilder wie ADHS, Hyperaktivität oder Impulsivität können mitunter als Folgesymptomatik interpretiert werden. Um sich selbst zu schützen, nehmen die Kinder und Jugendlichen unterschiedliche Rollen in den Familien ein. Wegscheider (1998) typisiert „Helden“ – meist das älteste Kind, das nach Anerkennung strebt, „Sündenböcke“ – oft das zweite Kind, das durch oppositionelles Verhalten auffällt, „verlorene Kinder“ – typischerweise das dritte Geschwisterkind, das Konflikten aus dem Weg geht, oder „Clowns“ – häufig das jüngste Kind, das durch extrovertierte Art viel Aufmerksamkeit erhält.

Im Umgang mit Substanzen wöhnen sich Jugendliche aus suchtblasteten Familien sicher. Sie treten aus unsicher gebundenen Familiensystemen heraus, erleben sich perspektivenlos und sind zornig oder enttäuscht. Gefühle und Lebensrealitäten werden ausgeblendet oder betäubt. Konsum, Gewalt, neuerliche Abhängigkeiten und Suchterkrankungen können entstehen.

Auf das Verhalten eines Kindes oder eines*einer Jugendlichen mit fortgeschrittenem Suchtmittelkonsum kann das Helfersystem nur dann einwirken, wenn es gelingt, eine zwischenmenschliche Arbeitsbeziehung aufzubauen. Wir wissen: Man kann sich nicht „nicht binden“. Wenn jedoch die Droge bereits die Funktion eines Bindungssubstituts übernommen hat und dadurch weder

Leidensdruck noch Problembewusstsein bei Suchterkrankten vorliegen, dann fehlt den Betroffenen die Eigenmotivation, die Angebote des Helfersystems zu ergreifen. An dieser Stelle werden die Grenzen der Betreuung eines jungen Menschen spürbar und wir erleben uns als Zuseher*innen einer von uns kaum beeinflussbaren Selbstzerstörung der Jugendlichen. In den fortgeschrittenen Stadien der Sucht ist daher im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes das Zusammenwirken unterschiedlicher Versorgungssysteme wichtig.

1. Das „psychologische“ System, das versucht, mit den Betroffenen Modifikationen ihres Verhaltens, der Affekte und Einstellungen zu erzielen, ist stark auf die Eigenmotivation angewiesen. Dazu gehören beispielhaft die aufsuchende Sozialarbeit (mobile Arbeit, Streetwork) oder Fachberatung.
2. Das „soziale“ System, das sich auf die soziale Basisversorgung der Erkrankten bezieht, wirkt gegen die wachsende Desintegration. Hier sind niederschwellige Einrichtungen stationärer Art (Notschlafstellen, betreutes Wohnen, Krisenintensivgruppen) und tagesstrukturierender Art (Beschäftigung, Begleitung zu Terminen) zu nennen.
3. Das „biologische“ System bezieht sich auf den körperlichen Aspekt von Abhängigkeitserkrankungen und wird beispielhaft durch die medizinische Primärversorgung oder Substitutionstherapie mitgestaltet.

Wie kann man sich dieses Zusammenwirken im konkreten Fall vorstellen? Ein 13-jähriges Mädchen mit frühen Gewalterfahrungen in der Familie bringt viel Zeit des Tages an einem Drogehotspot für Jugendliche, wo ihr auch immer wieder Streetworker*innen begegnen, mit denen sie hie und da spricht. Sie lebt nicht bei ihrer alleinstehenden Mutter, sondern in einer Krisenintensivgruppe der MA 11. Oft nächtigt sie jedoch auswärts, bei Freundinnen oder sie prostituiert sich, um Geld für Drogen zu lukrieren. In die Schule geht sie selten, aber doch, weil sie von den Lehrer*innen keinen Druck bekommt, sie dort auch schlafen darf und nicht aggressiv auffällt. Die Sozialpädagog*innen der

Krisenintensivgruppe begleiten sie nach langer Überzeugungsarbeit zum Frauenarzt und zur Drogenberatungsstelle. Über Abgängigkeitsanzeigen, entdeckte Diebstähle von Kleidung und Kosmetikprodukten oder Mitwirkung bei gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen Jugendlichen im öffentlichen Raum ist sie der Polizei bekannt und wird auch immer wieder im Einsatzfahrzeug zurück in die Krisenintensivgruppe gebracht. Das Angebot einer psychiatrischen Untersuchung lehnt sie vehement ab, auch wenn sie unter ihren depressiven Episoden leidet. Nur selten meldet sie sich am Smartphone, wenn ihre Bezugsbetreuerin versucht, sie zu erreichen. Bei Helferkonferenzen suchen Vertreter*innen aller involvierten Institutionen – auch unter Einbezug der Mutter –, moderiert von dem*der fallführenden Sozialarbeiter*in der MA 11, nach nächsten Schritten, um das Mädchen zu unterstützen.

Die Wiener Kinder- und Jugendhilfe ist ein Baustein dieser Systeme und arbeitet intensiv mit ihren Kooperationspartner*innen zusammen. Regelmäßiger klient*innenbezogener Austausch ermöglicht, gemeinsam Netzwerke für die Jugendlichen zu entwickeln. Generell gilt: Je länger sich ein Problemverhalten aufgebaut hat, desto länger benötigt die Rückkehr in einen funktionalen Lebenswandel.



Gudrun Wildling
ist Fachexpertin für Sucht- und Präventionsfragen und Kooperationsbeauftragte in der Wiener Kinder- und Jugendhilfe, tätig im Referat Sozialpädagogik, Qualitätssicherung.

Mag. Hannes Kolar
studierte Psychologie an der Universität Wien, nach seiner Ausbildung zum Klinischen und Gesundheitspsychologen am AKH Wien arbeitete er ab 2003 in der Wiener Kinder- und Jugendhilfe. Seit 2014 leitet er den Fachbereich Psychologischer Dienst und Inklusion.

Frühe Hilfen

Suchtprävention am Lebensbeginn



von Marion Weigl

Foto: © Ettl



und Sabine Haas

Foto: © Ettl

Programme zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung insbesondere bei Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sind dann wirksam, wenn sie auch die Situation der Eltern gezielt adressieren.

oder Angststörungen, aber auch für nicht zuträgliches Gesundheitsverhalten wie problematischen Substanzkonsum (Tabak, Alkohol und Drogen). Auch die Wahrscheinlichkeit für soziale Auswirkungen wie z. B. geringe berufliche Qualifikation und Arbeitslosigkeit ist erhöht. Studien zeigen, dass diese negativen Auswirkungen über Generationen weitergegeben werden können.

Die Wirkmechanismen sind komplex, wobei biologische Mechanismen erst allmählich verstanden werden. In der frühen Kindheit ist das Gehirn intensiv in Aufbau befindlich und daher anfällig für Störungen. Auch Gene spielen dabei eine Rolle: So wird z. B. das Antistressgen nur aktiviert, wenn ein Neugeborenes ausreichend emotionale Zuwendung erhält. Studien zeigen, dass sich chronischer Stress in dauerhaften Veränderungen der Gehirnstruktur und -funktion niederschlagen kann (vgl. Abb. 1). Das kann unter anderem Funktionseinschränkungen in Hinblick auf Gedächtnis und Stimmungskontrolle sowie kognitive, sprachliche und sozio-emotionale Entwicklungsprobleme verursachen. Langfristig können u. a. Stressregulation und Lernfähigkeiten eingeschränkt sein, was wiederum – häufig als Coping-Strategie – zu risikoreicherem Gesundheitsverhalten führen kann.

Resilienz spielt eine große Rolle darin, wie eine Person mit den Folgen nachteiliger Lebensumstände umgehen kann. Resilienz ist ein erlern- und veränderbarer multidimensionaler Prozess zwischen dem Kind und seiner Umwelt. Wesentlich für die Entwicklung von Resilienz sind Faktoren, welche individuelle oder familiäre Ressourcen stärken und positive

Anpassungsprozesse unterstützen, sogenannte Schutzfaktoren oder auch PCEs. „Positive Kindheitserfahrungen“ sind Erfahrungen in der (frühen) Kindheit, die das Gefühl der Zugehörigkeit und Verbundenheit eines Kindes stärken sowie das Leben des Kindes verbessern. Sichere, stabile und fürsorgliche Beziehungen, ein förderliches Umfeld und soziale Unterstützung in der frühen Kindheit können die Auswirkungen von risikoerhöhenden Faktoren abschwächen bzw. puffern. Hohe soziale Unterstützung, gute elterliche Erziehungsqualität oder zumindest ein verfügbarer responsiver Erwachsener in der unmittelbaren Umgebung des Kindes können daher auch bei schwierigen Ausgangssituationen die Entwicklung des Kindes in eine positive Richtung lenken. Dies alles gelingt umso besser, je früher Stressoren verringert werden und ausgleichende Unterstützung gegeben ist.

Wie kann Suchtprävention in der frühen Kindheit gut gelingen?

Programme zur Förderung der frühkindlichen Entwicklung insbesondere bei Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sind dann wirksam, wenn sie auch die Situation der Eltern gezielt adressieren. Solche Programme werden als „Zwei-Generationen-Programme“ bezeichnet. Neben einer Verbesserung der gesamten Familiensituation ist auch die Stärkung der Möglichkeiten und Fähigkeiten der Eltern und anderer zentraler Bezugspersonen Teil der Aktivitäten. Es werden also u. a. die finanzielle Situation der Familie stabilisiert und die psychische Gesundheit sowie die Sozial- und Elternkompetenzen und Selbstregulierungsfähigkeiten der Bezugspersonen gestärkt. Die Frühen Hilfen sind ein solches „Zwei-Generationen-Programm“ und vereinen Maßnahmen zur Verbesserung der familiären Lebenssituation sowie zur Unterstützung der Eltern und anderer Familienmitglieder mit einem spezifischen Fokus auf Säuglinge und Kleinkinder, um die Potenziale der frühen Kindheit für die langfristige Gesundheit und Lebensqualität

Warum ist die frühe Kindheit für die Suchtprävention wichtig?

Neben dem Zusammenhang von sozialen bzw. sozioökonomischen Determinanten und Gesundheit, der sich auch langfristig zeigt, wurde in den letzten Jahrzehnten auch vermehrt Augenmerk auf den Einfluss von sogenannten „Adverse Childhood Experiences“ (ACEs) und „Positive Childhood Experiences“ (PCEs) in der frühen Kindheit gelegt. Zu den ACEs gehören Erfahrungen mit Vernachlässigung, Misshandlungen, Gewalt und Deprivation sowie andere belastende bzw. traumatisierende Erlebnisse, wie z. B. chronische Armut. Die Folgen sind unter anderem eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für diverse Krankheitsbilder wie z. B. chronische Bronchitis, Depression

optimal zu nutzen.

Das österreichische Programm „Frühe Hilfen“

Das österreichische Konzept für Frühe Hilfen wurde unter Berücksichtigung von wissenschaftlicher Evidenz und Praxiserfahrungen entwickelt und wird in Form von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken umgesetzt. Diese Netzwerke leisten die bedarfsgerechte Unterstützung von Familien in belastenden Situationen in der Lebensphase der frühen Kindheit (Schwangerschaft bis 3. Geburtstag). Sie beziehen die Vielfalt der vorhandenen spezifischen Angebote für Schwangere und Familien mit Kleinkindern aus unterschiedlichen Bereichen mit ein. Sie sind niederschwellig konzipiert, d. h., es handelt sich um ein freiwilliges, kostenloses und aufsuchendes Angebot.

Um Familien den Zugang zum Programm zu erleichtern, werden sie aktiv und systematisch angesprochen. Damit dies möglich ist, werden all jene Fachleute und Institutionen, die mit Familien in dieser Lebensphase in Kontakt sind, über das Programm informiert. Sie werden auch dabei unterstützt, den Bedarf zu erkennen und mit Zustimmung der Familie einen Kontakt zum jeweiligen Frühe-Hilfen-Netzwerk herzustellen. Der Bedarf wird dabei folgendermaßen definiert: Es liegen mehrere Belastungsfaktoren vor, die die Eltern oder das Kind betreffen können (z. B. chronische oder psychische Erkrankung, Armut, Konflikte in der Beziehung, aber auch Frühgeburtlichkeit oder erhöhter Betreuungsbedarf des Kindes), gleichzeitig fehlen kompensierende Ressourcen. Häufig ist jedoch der konkrete Unterstützungsbedarf für Fachleute zunächst noch nicht greifbar, auch dann empfiehlt sich eine Vermittlung zu den Frühen Hilfen.

Wenn Familien bei den Frühen Hilfen „angedockt“ haben, werden sie von Familienbegleiterinnen bzw. Familienbegleitern über einen längeren Zeitraum unterstützt, vor allem im Rahmen von Hausbesuchen. Die Familienbegleiter:innen stellen eine Beziehungs- und Vertrauensbasis mit den Familien her, stehen für Gespräche zur Verfügung und haben die Gesamtsituation im Blick. Sie nehmen die vorhandenen Ressourcen wie Belastungen wahr und stellen stärkende wie entlastende Unterstützung bereit. Sie fördern die Elternkompetenzen und versuchen die familiären Rahmenbedingungen zu verbessern. In Abstimmung mit den Eltern vermitteln sie bedarfsorientiert und schrittweise an spezifische benötigte Unterstützungsangebote aus der Region, wie z. B. administrative Unterstützung,

spezifische Beratung oder Therapie für die Eltern, Frühförderung für das Kind, Kinderbetreuung. Das kann auch Suchtberatung oder Suchtbehandlung sein, wobei in manchen regionalen Netzwerken wie z. B. Wien für suchtblastete Mütter mit Kindern spezifische Programme bestehen, die dann statt der Frühen Hilfen die Begleitung übernehmen können. Wenn notwendig, begleiten die Familienbegleiter:innen die Eltern auch zu Angeboten, um mit der Inanspruchnahme verbundene Ängste, Hürden etc. zu verringern. Manches können Familienbegleiter:innen selbst übernehmen, sie haben jedoch nicht ausreichend Zeit für umfassende Beratungen und Behandlungen. Ziel ist, dass sie ihre jeweilige professionelle Perspektive einbringen und das Team sowie das regionale Netzwerk nutzen, um die Familie bestmöglich zu unterstützen. Dazu wird die Familienbegleitung durch multiprofessionell besetzte Teams geleistet, in denen Fachkräfte aus Bereichen wie soziale Arbeit, Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik, Frühförderung oder Kinderpflege sowie Hebammen vertreten sind.

Seit Herbst 2023 stehen regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke flächendeckend in ganz Österreich zur Verfügung. Informationen zum jeweils zuständigen Netzwerk im relevanten Einzugsbereich finden sich auf der Frühe-Hilfen-Website (<https://fruehehilfen.at/netzwerke>).

Umsetzungserfahrungen

In den Jahren 2015 bis 2024 konnten bereits ca. 13.810 Familien über einen längeren Zeitraum durch die Frühen Hilfen begleitet werden, weitere ca. 3.660 wurden kurzfristig unterstützt. Den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken gelingt es, Familien quer durch alle Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Erfreulich ist, dass insbesondere auch sozial benachteiligte Familien durch die Frühen Hilfen unterstützt werden können, d. h., auch armutsgefährdete Familien, Alleinerzieher:innen, Personen mit geringerer Bildung und Familien mit Migrationshintergrund nehmen das Angebot gerne in Anspruch. Mit Hilfe eines Dokumentationssystems und von Evaluationen gelingt es, den Nutzen der Frühen Hilfen für Familien aufzuzeigen. So können die finanzielle Situation entlastet, psychische Belastungen, Stress und Zukunftsängste verringert, die Bindung und Beziehung zwischen Eltern und Kind, aber auch die soziale Einbindung gefördert werden. Das Feedback der begleiteten Familien zeigt, wie sehr sie das Angebot schätzen.

Auch Eltern mit Suchterkrankung werden

von den Frühen Hilfen unterstützt. Zum Beispiel Frau N., die mit Freund und gemeinsamer Tochter im ländlichen Raum lebt. Beide Elternteile befanden sich in einem Substitutionsprogramm, das Kind kam als Frühgeburt zur Welt. Durch die Familienbegleitung konnte Frau N. einen erfolgreichen Entzug schaffen. Beide Elternteile formulierten am Ende der Familienbegleitung das Ziel, auch den Ausstieg aus dem Substitutionsprogramm zu schaffen und ihrer Tochter ein „normales“ Leben zu bieten.

Zitate Frau N:

„Ich war einfach froh, dass am Anfang wer da war – dass ich frühzeitig die Hilfe gehabt hab.“

„Wenn ich irgendein Thema gehabt hab, das mich beschäftigt ... hat, hat sie sich gleich bis zum nächsten Termin schlau gemacht ...“

Mit Blick auf die Suchtprävention sind die Frühen Hilfen damit generell ein wichtiges primärpräventives Angebot, weil sie gute Rahmenbedingungen für das Aufwachsen unterstützen und damit Risikofaktoren für späteres Suchtverhalten entgegenwirken. Spezifische Relevanz hat dies insbesondere auch in Hinblick auf Eltern mit Suchtproblemen, weil bekannt ist, dass ihre Kinder ohne entsprechende Begleitung und Unterstützung schlechtere Ausgangsbedingungen und höheres Suchtrisiko haben.

Dipl. Ing.ⁱⁿ Marion Weigl

ist Leiterin der Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“ an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie stv. Leiterin des in dieser Abteilung angesiedelten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Zunächst befasste sie sich mit neuen psychoaktiven synthetischen Substanzen, Suchtprävention und Suchtbehandlung. Seit geraumer Zeit liegt ihr Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung, den sozialen Determinanten der Gesundheit sowie gesundheitlicher Chancengerechtigkeit, einschließlich Migration und Gesundheit.

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Sabine Haas

stv. Leiterin d. Abteilung „Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit“ an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), seit Jänner 2015 Leiterin des neu eingerichteten Nationalen Zentrums Frühe Hilfen an der GÖG. Nach ihrer Arbeit zu den Themen HIV/AIDS und Drogen/Sucht widmet sie sich seit vielen Jahren vor allem den Grundlagen der (strukturellen) Prävention und Gesundheitsförderung. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf den sozio-ökonomischen Determinanten der Gesundheit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit.

Frühe Auffälligkeiten

Trauma und Sucht bei Kindern und Jugendlichen



von Lisa Göschlberger

Traumatische Erfahrungen können als Auslöser für das spätere Auftreten von Suchtverhalten wirken, da betroffene Jugendliche häufig legale und illegale Suchtmittel sowie Verhaltensweisen nutzen, um mit den emotionalen Belastungen wie Angst, Trauer oder Wut umzugehen.

Kindheit und Jugend sind entscheidende Phasen der psychosozialen Entwicklung eines Menschen, die das Fundament für sein späteres Leben bilden. Während dieser Lebensabschnitte erfahren Kinder und Jugendliche tiefgreifende körperliche, kognitive und emotionale Veränderungen, die nicht nur ihre Identitätsbildung, sondern auch ihr Verhalten und ihre psychische Gesundheit nachhaltig beeinflussen. Besondere Aufmerksamkeit sollte dabei auf die Auswirkungen von Traumata und die Entstehung von Suchtverhalten gelegt werden, da diese beiden Faktoren in enger Wechselwirkung stehen und die psychosoziale Entwicklung von Jugendlichen massiv beeinträchtigen können.

Trauma in der Kindheit: Definition und

Auswirkungen

Trauma kann als eine schwerwiegende, belastende Erfahrung verstanden werden, die das psychische und physische Wohlbefinden eines Menschen nachhaltig erschüttert. Kinder, die traumatische Erlebnisse erfahren, sind in besonderem Maße gefährdet, langwierige psychische Störungen zu entwickeln. Zu den häufigsten Traumata zählen Missbrauch (sexueller, körperlicher und emotionaler Art), Vernachlässigung, der Verlust geliebter Menschen sowie das Erleben von Gewalt oder Naturkatastrophen. Solche Erlebnisse stören die neurobiologische, emotionale und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und können tiefgreifende Auswirkungen auf ihr späteres Leben haben.

In der Entwicklungspsychologie wird angenommen, dass Traumata besonders schädlich sind, wenn sie in der frühen Kindheit auftreten und die grundlegende Bindung zu den Bezugspersonen betreffen (Buehler et al., 1997; Cummings & Davies, 2010). Diese Bindungsstörungen können die emotionale und soziale Entwicklung eines Kindes erheblich beeinträchtigen. Langfristige Folgen sind häufig posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Angststörungen, Depressionen sowie Beziehungsprobleme und Schwierigkeiten im Umgang mit Stress und Emotionen und dadurch relevante Risikofaktoren für die Entwicklung und den Grad

der Symptomschwere von Persönlichkeitsstörungen (Wilfer et al., 2020). Wenn traumatische Erfahrungen nicht verarbeitet werden können, entwickeln viele betroffene Kinder negative Denkmuster und maladaptive Bewältigungsstrategien, die ihre psychische Gesundheit weiter gefährden.

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Sucht

Der Zusammenhang zwischen

traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und der Entwicklung von Suchtverhalten bei Jugendlichen beruht auf einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Traumatische Erfahrungen können als Auslöser für das spätere Auftreten von Suchtverhalten wirken, da betroffene Jugendliche häufig legale und illegale Suchtmittel sowie Verhaltensweisen nutzen, um mit den emotionalen Belastungen wie Angst, Trauer oder Wut umzugehen. Suchtmittel bieten eine vorübergehende Linderung, steigern jedoch das Risiko für die Entwicklung einer langfristigen Abhängigkeit.

Neurowissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass traumatische Erlebnisse das Belohnungssystem im Gehirn negativ beeinflussen und den Dopaminhaushalt verändern. Diese neurobiologischen Veränderungen machen betroffene Kinder und Jugendliche anfälliger für die Entwicklung von Suchtverhalten, da sie verstärkt nach externen Belohnungen suchen, um die innere Leere oder Unruhe zu kompensieren. Diese Erkenntnisse untermauern die Annahme, dass traumatisierte Kinder ein signifikant höheres Risiko haben, später Alkohol, Drogen oder andere Suchtmittel zu missbrauchen (Anda et al., 2006).

Darüber hinaus zeigt die Mediennutzungsstudie 2023-24 des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters, dass neben klassischen Suchtmitteln auch digitale Medien zunehmend eine bedeutende Rolle in der Entstehung von Suchtverhalten spielen. Intensive Mediennutzung kann als eine Form der „Selbstmedikation“ genutzt werden, um mit inneren Konflikten oder psychischen Belastungen, die oft aus frühen Traumata resultieren, umzugehen. Wie bei Drogen oder Alkohol bieten digitale Medien eine vorübergehende Erleichterung, erhöhen jedoch das Risiko, dass



diese Nutzung in eine dauerhafte Abhängigkeit übergeht.

Risikofaktoren und Vulnerabilität bei Kindern und Jugendlichen

Nicht jedes Kind, das ein Trauma erlebt, entwickelt zwangsläufig Suchtverhalten, jedoch spielen verschiedene Risikofaktoren eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Suchtverhalten. Zu den zentralen Risikofaktoren zählen:

- Frühe Traumatisierung: Je früher und intensiver das Trauma in der Kindheit auftritt, desto größer ist das Risiko für die Entwicklung von psychischen Störungen, einschließlich Suchtverhalten.
- Familiäre Prädispositionen: Kinder, deren Eltern selbst eine Suchtgeschichte haben, sind anfälliger für die Entwicklung von Suchtverhalten, insbesondere wenn sie zusätzlich traumatische Erfahrungen machen.
- Fehlende emotionale Unterstützung: Kinder, die keine stabilen Bindungen oder soziale Unterstützung erfahren, suchen oft nach alternativen Wegen, um mit ihren Emotionen umzugehen. In vielen Fällen ist der Konsum von Suchtmitteln ein solcher Weg.

Die Rolle von Bindung und familiären Faktoren

Die Bindungstheorie nach Bowlby unterstreicht die zentrale Bedeutung stabiler Bindungen für die psychische Gesundheit eines Kindes. Eine stabile Bindung zu den primären Bezugspersonen ist essenziell für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls und die Fähigkeit, mit Stress umzugehen. Traumatische

Erlebnisse, die zu Bindungsstörungen führen, können das Risiko für die Entwicklung von Suchtverhalten erheblich erhöhen. In Familien mit instabilen oder gewaltbelasteten Beziehungen erfahren Kinder häufig die gleichen traumatischen Erlebnisse, die das spätere Suchtverhalten begünstigen. Fehlende emotionale Unterstützung oder Missbrauch können dazu führen, dass Kinder auf gesunde Bindungen verzichten und stattdessen auf Suchtmittel zurückgreifen, um mit ihren Gefühlen umzugehen.

Prävention und Therapie

Die Prävention von Trauma und Sucht erfordert eine frühzeitige Identifikation von Risikofaktoren und eine gezielte Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen. Präventive Maßnahmen sollten daher sowohl Lebenskompetenzen bei Kindern stärken, also auch Risikokompetenzen bei Jugendlichen fördern mit dem Ziel, Resilienz zu ermöglichen und gesunde Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Frühzeitige Interventionen wie traumazentrierte Beratung, soziale Unterstützung und die Stärkung positiver sozialer Bindungen können helfen, das Risiko der Entwicklung von Suchtverhalten zu verringern.

Therapeutische Ansätze müssen sowohl das Trauma als auch das Suchtverhalten ansprechen. Eine integrative Therapie, die Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, Traumatherapie und Suchtbehandlung kombiniert, hat sich als besonders erfolgversprechend erwiesen. Die

Behandlung sollte nicht nur das Suchtverhalten als Symptom adressieren, sondern auch die zugrunde liegenden traumatischen Erfahrungen aufarbeiten, die das Suchtverhalten begünstigen.

Literatur

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. D., Giles, W. H. (2006).** The enduring effects of childhood abuse and related experiences: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–182.
- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997).** Interparental conflict and youth problem behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 233–247.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010).** Marital conflict and children: An emotional security perspective. Guilford Press.
- Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ). (2023).** Mediennutzungsstudie 2023-24: Ergebnisbericht. DAK-Gesundheit.
- Wilfer, T., Armbrust, M., Aalderink, T., Spitzer, C. (2020)** *Psychotherapeut* 65:487–494

Lisa Göschlberger, MSc BSc BA

Klinische und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Verhaltenstherapeutin); Langjährig tätig im Therapiezentrum Ybbs (Wiener Gesundheitsverband) im Bereich Sucht & Trauma, aktuell mit dem Schwerpunkt der Förderung der Emotionsregulation im Erwachsenenbereich tätig. Eigene Praxis in Amstetten, NÖ; Funktionärin im Berufsverband Österreichischer PsychologInnen in den Bereichen klinische Psychologie, Traumapsychologie und Digitalisierung & eMental Health

Spurensuche

Konsum im frühen Alter

In meiner Kindheit gab es einschneidende Erlebnisse wie den Selbstmord meines Vaters vor uns drei Geschwistern mit heftigen Beschimpfungen mir gegenüber am Tag davor. Dies passierte in der ersten Sommerferienwoche, als ich die 3. Klasse Volksschule beendete. Meine Kindheit war mitunter auch mit diversen Ortswechselln verbunden, da es auch Gewalt in der Familie gab.

In der Hauptschule wollte ich zu den coolen Kids gehören, was für mich nicht einfach war, da ich die ganze 4. Klasse Volksschule in der Kinderpsychiatrie verbrachte, was natürlich alle wussten. Es dauerte nicht lange und ich fing an zu rauchen und Alkohol zu trinken mit meinen Klassenkameraden. Wir jungen Kinder waren in den Parks unterwegs mit den älteren Jugendlichen. In der 1. Klasse tranken wir manchmal nach der Schule, an den Wochenenden immer und viel mehr. Da ich stark übergewichtig war, musste ich immer mehr trinken als die anderen, um cooler zu sein, um nicht so oft gehänselt zu werden. Ab der 2. Klasse so mit zwölf Jahren tranken wir auch schon gelegentlich in den Mittagspausen, aber meistens nur Wein.

Ich weiß nicht genau warum, aber mir reichte der Wein damals schon nicht. Obwohl mir Wodka und Schnaps damals noch nicht geschmeckt haben, zog es mich unglaublich dorthin. Es kam, wie es kommen musste: Es endete schnell mal mit einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus. Meine Mutter gab ihr Bestes, obwohl ich zu Hause meistens am Ausrasten war. Sie suchte mich ständig in den Parks und holte mich betrunken nach Hause, was mir sehr peinlich war vor den anderen Kindern. Meine Mutter genoss Respekt von den älteren Jugendlichen, die mir dann auch sagten, ich solle mitgehen. Mit dem Hochprozentigen wurde es zu Hause nur noch schlimmer. Ich und meine Mutter konnten nicht miteinander, was dann mit 14 in der Notschlafstelle für Jugendliche endete.

Ich begann zu kiffen und probierte LSD aus. Es war eine sehr schummrige Zeit mit sehr vielen Erinnerungslücken. Nach einiger Zeit durfte ich wieder nach Hause. Es war auch eine gute Zeit für mich, da ich innerhalb kürzester Zeit 25 kg abgenommen habe. Mit 15 fing ich mit dem ersten Lehrlingsgehalt Haschisch zu verkaufen an. Mir ging es immer darum, dazuzugehören und gesehen zu werden, was ich dadurch auch teilweise schaffte. Mit 16 bis 17 fingen die Partydrogen an, wo ich anfing, mich besser unter Kontrolle zu haben. Ich hatte nicht mehr ständig Filmrisse. Der tägliche Konsum von Cannabis machte mich immer mehr paranoid und tat mir nicht gut und trotz allem konnte ich mir nicht vorstellen, es zu lassen. Mit 17 zog ich von zu Hause aus und mit meiner damaligen Freundin zusammen. Nach einem Jahr, 2005, kam dann auch schon mein Sohn zur Welt. Mit 19 habe ich drei Lehrabschlussprüfungen geschafft mit der Hilfe von Speed. Ab diesem Zeitpunkt glaubte ich, alles im Griff zu haben.

Ein*e Klient*in berichtet über Erfahrungen mit Sucht im frühen Alter

Mit Speed und Crystal konnte ich saufen, was ich wollte, was ich auch täglich machte. Ich durfte auch als Lehrling von Anfang an auf den Baustellen mittrinken, was mir auch ein wertschätzendes Gefühl gab.

Es hört sich alles ganz gut an, als wäre alles gut gewesen. War es aber nicht. Ich schämte mich trotz allem sehr oft für Dinge, die ich gemacht habe im Rausch. Es gab trotz allem noch viele Erinnerungslücken, wo mir im Nachhinein gesagt wurde, was ich getan hatte. Bis ich 30 war, ging alles seinen Lauf, mit beinahe täglichem Alkoholkonsum und Drogen. Meine mehreren langjährigen Beziehungen gingen alle zu Bruch in dieser Zeit, entweder wegen Alkohol oder Drogen.

Mit meinem Sohn, der beinahe ausnahmslos jede zweite Woche bei mir war, hatte ich bis da ein gutes Verhältnis. Wir hatten viele schöne Erlebnisse gehabt und Urlaube verbracht. Ich erfüllte mir den einen Lebensstraum, den ich schon als Jugendliche hatte, mit einem Drei-Kant-Hof, der zu renovieren war. Ich konnte meinem Sohn handwerklich etwas beibringen, was mir ohne Vater immer gefehlt hat. Für mich hatte ich bis zu diesem Zeitpunkt ein schönes Leben und habe mir auch einiges aufgebaut. Dieser Traum ist nach ungefähr einem Jahr Renovieren zerplatzt. Ich konnte nichts dagegen machen, worauf ich nicht näher eingehen möchte. Da ich einen sehr aktiven Lebensstil hatte und ein Lebemensch war, hielt ich es zu Hause nicht aus. Zu der Zeit wollte ich aber nur noch sehr arbeiten ohne Überstunden und dann zu Hause bleiben. Das Heroin, das ich dann entdeckte für mich, machte es mir möglich. Ich fühlte mich wohl in meiner Wohnung. Dieses Gefühl von Geborgenheit, nach dem ich mich so sehr sehnte, konnte mir nicht mal meine damalige Freundin geben. Der Schmerz in mir wurde immer weniger. Es dauerte nicht lange und ich fing mit dem IV-Konsum an. Anfangs nur Heroin und Morph, kurze Zeit später alle Substanzen.

Die darauffolgenden acht Jahre habe ich alles verloren, wirklich alles, auch den Kontakt zu meinem Sohn, der mich gebraucht hätte, vom Teenager bis zum jungen Erwachsenen. Mittlerweile bin ich 39, seit 20 Monaten auf Therapie und mit mehreren vergeblichen Alkoholentzügen in der Zeit davor. Erst nach 17 Monaten Therapie begann ich für mich eine lebenswerte Zukunft zu sehen, mit all den Facetten des Lebens. Die letzten drei Monate genieße ich mein Leben teilweise schon mehr als die Zeit zuvor mit Konsum. Beim Schreiben dieses Artikels fällt mir erst auf, wie lange ich gewartet habe. In mir fühlt es sich an, als wäre es mir noch nie in meinem Leben so gut gegangen.

Look@your.Life

Präventionsprogramm der Kriminalprävention in Österreich für Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern



Foto: ©Dörfler

von Michaela Dörfler

*Das Programm Look@your.Life beruft sich auf die Grundlagen der Suchtpräventionsforschung und setzt sich sensibel mit der Lebenswelt von Jugendlichen ab der 7. Schulstufe auseinander. Zielgruppen des Programms sind Schüler*innen, Lehrer*innen, Eltern und Erziehungsrechtigte.*

Die heutige Jugend ist von Grund auf verdorben, sie ist böse, gottlos und faul, sie wird niemals so sein, wie die Jugend vorher, und es wird ihr niemals gelingen, unsere Kultur zu erhalten. (ca. 1000 v. Chr., Babylonische Tontafel) Zum Glück leben wir im Jahr 2025, denn meiner Ansicht nach ist die Jugend von heute weder verdorben noch böse und schon gar nicht faul. Die Jugend von heute ist unsere Zukunft. Es sind die Menschen, die unsere weitere Zukunft mitgestalten werden. Deshalb sehe ich es als mehr als nur wichtig, die Jugendlichen von heute im Zuge der Kriminalprävention im schulischen Setting, gemeinsam mit Lehrer*innen und Eltern, zu begleiten. Prävention ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen. Mein Name ist Michaela Dörfler. Ich

bin Polizistin, verheiratet, Mutter einer fünfjährigen Tochter und ich war zehn Jahre im Streifen- und Kriminaldienst in Wien-Favoriten tätig. Seit 2017 bin ich im Landeskriminalamt Wien im Assistenzbereich 4 der Kriminalprävention der Gruppe Gewalt- und Suchtdeliktprävention mit der Zielgruppe Jugendliche tätig. Zu Beginn meiner polizeilichen Tätigkeit in Wien-Favoriten war es für mich unerklärlich, wie man als Jugendliche*r in einer Großstadt gut aufwachsen kann, denn die öffentlichen Parkanlagen sowie Spielplätze platzten aus allen Nähten. Es war laut und es wimmelte nur so von Kindern und Jugendlichen, die sich Duellen in überfüllten Fußballkäfigen, Schreikonzerte im Sandkasten sowie Wettkämpfe im höheren Schaukeln lieferten, während es sich die Eltern auf der Parkbank gemütlich machten. Für mich als Mensch vom Land ein ungewöhnliches Bild. Jedoch war es auch ein Ort, wo alle miteinander Spaß hatten. Umso wichtiger war mir die Kontaktaufnahme mit den Kindern und Jugendlichen im Zuge meiner Fußstreife, um ihnen ein Gefühl von Sicherheit zu geben. Durch meine Tätigkeit in der schulischen Verkehrserziehung konnte ich erste Erfahrungen im Bereich des schulischen Kontextes machen und durfte ab 2008 bereits erste Workshops in Mittelschulen in Wien-Favoriten im Zuge der Gewalt- und Suchtdeliktprävention mit der Zielgruppe Jugendliche machen.

Das aktuelle Programm **Look@your.Life** bezieht sich auf die Suchtdeliktprävention und wurde im Laufe der Jahre zu meinem persönlichen Steckepferd. Ich darf im Zuge meiner Tätigkeit im Fachzirkel des Programms UNDER 18 (Erklärung siehe nachstehend) im Bereich der Suchtdeliktprävention neue Präventionsbeamt*innen ausbilden und an der ständigen Aktualisierung des Programms gemeinsam mit

weiteren Kolleg*innen aus verschiedenen Bundesländern mitwirken.

Warum führt die Polizei Prävention durch?

Kriminalität wird nicht nur durch die Verfolgung von Straftaten bekämpft, sondern auch das Handeln im Vorfeld durch präventive Maßnahmen leistet einen wesentlichen Beitrag zur Kriminalitätsbekämpfung. Die Kriminalprävention ist Teil der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und ist im Sicherheitspolizeigesetz (§§ 20 und 25 SPG) geregelt. Im § 20 SPG sind die Aufgaben der Sicherheitsbehörden im Rahmen der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit festgelegt. Im präventiven Bereich umfassen diese den vorbeugenden Schutz von Rechtsgütern (konkret betrifft dies Leben, Freiheit und Vermögen), die kriminalpolizeiliche Beratung sowie die Streitschlichtung. Im § 25 SPG Absatz 2 obliegt den Sicherheitsbehörden auch die Förderung kriminalpräventiver Vorhaben, wodurch eine entsprechende Zusammenarbeit mit Vereinen, Schulen sowie anderen öffentlichen und privaten Einrichtungen auf dem Gebiet der Kriminalprävention festgeschrieben ist. Die österreichische Polizei engagiert sich intensiv in der Kriminalprävention mit der Zielgruppe Jugendliche, insbesondere durch das Programm UNDER 18, welches sich in drei verschiedene Programme aufteilt. Dabei handelt es sich um die Programme All Right – Alles was Recht ist, Click&Check und **Look@your.Life**. Durch die bundesweite einheitliche Ausbildung und Umsetzung der Programme kann eine nachhaltige Präventionsarbeit gewährleistet werden.

Das Programm **Look@your.Life** beruft sich auf die Grundlagen der Suchtpräventionsforschung und setzt sich sensibel mit der Lebenswelt von Jugendlichen ab der 7. Schulstufe auseinander. Zielgruppen des Programms sind Schüler*innen, Lehrer*innen, Eltern



und Erziehungsberechtigte. Durch das Einbeziehen aller Bezugspersonen in der Umwelt des/der Jugendlichen kann ein Mehrebenen-Ansatz gewährleistet werden und dieser wiederum führt zur Nachhaltigkeit des Programms, da es in der Schule sowie auch zu Hause mitgelebt wird. Ziel ist es, Jugendliche bei den Herausforderungen, die das Miteinander sowie die Konsum- und Medienwelt an sie stellen, zu unterstützen und tiefergehende Maßnahmen anzuregen. Des Weiteren entsprechen die Programminhalte dem aktuellen wissenschaftlichen Stand.

Wie ist nun der Ablauf eines solchen Präventionsprogramms?

Die Schulleitung nimmt Kontakt mit der Polizei unter 059133 auf. Beim ersten Schultermin treffen die Schulleitung sowie der Präventionsbeamte/die Präventionsbeamtin zusammen und besprechen die Auftragsklärung hinsichtlich Dauer, Umfang und gemeinsamer Zielsetzung. Anschließend gibt es eine Programmvereinbarung mit dem/der Klassenlehrer*in. Die Pädagog*innen werden im Rahmen einer Lehrerinformation (**Look@your.school**) miteinbezogen. Anschließend wird ein Elternabend (**Look@your.Family** – Vorbildwirkung) durch den Präventionsbeamten/die Präventionsbeamtin zum Themenbereich Suchtdeliktprävention durchgeführt. Beim Elternabend werden relevante Sach- und Rechtsinformationen vermittelt sowie das eigene Konsumverhalten reflektiert und die Bedeutung der Vorbildwirkung veranschaulicht. Anschließend wird das erste Modul in der Klasse gemeinsam mit dem/der Klassenlehrer*in durch den Präventionsbeamten/die Präventionsbeamtin gestartet. Es erfolgt eine laufende Begleitung der Programminhalte

durch die involvierten Pädagog*innen in der Schule.

Die Programminhalte

Modul 1 – **Look@your.class** (Kennenlernen/ Klassenklima)

In diesem Modul setzen sich die Teilnehmer*innen mit ihrem Klassenklima auseinander, lernen das Erkennen von Konfliktsituationen und deren Auswirkungen auf Betroffene sowie das Erarbeiten von Konfliktklärungen und Handlungsmöglichkeiten, um das Wohlfühlen in der Klasse zu verbessern. Die Verbesserung des Klassenklimas ist eine Maßnahme, die als suchtpreventiver Schutzfaktor auf die Person selbst und deren Umwelt wirken, eine Besserung der Lebensbedingungen von Jugendlichen darstellen und als bedeutende Maßnahme in der Gesundheitsförderung von Jugendlichen gesehen werden kann.

Modul 2 – **Look@your.Law** (Recht/Jugend-schutzgesetz)

Im Modul **Look@your.law** geht es um die Vermittlung von präventiver Rechtsinformation. Es erfolgt eine jugendgerechte Auseinandersetzung mit dem Jugend(schutz)gesetz.

Modul 3 – **Look@your.Web** (Online-Medien/Smartphones)

In diesem Modul geht es um die Förderung einer reflektierten Mediennutzung. Eine Auseinandersetzung mit der Nutzung des Smartphones soll angeregt, Vor- und Nachteile einer Auszeit vom Smartphone sollen erkannt und Alternativen in der Freizeitgestaltung kennengelernt werden.

Modul 4 – **Look@your.Party** (Feierkultur/ Alkohol)

Bei **Look@your.Party** werden Rechtsinformationen hinsichtlich legaler und illegaler Substanzen vermittelt sowie Alternativen zum Alkoholkonsum

erarbeitet und Mythen um das Thema Alkohol aufgeklärt. Es erfolgt ein Ausbau der Wahrnehmung von Selbst- und Fremdverantwortung.

Modul 5 – **Look@your.Timeout** (Freizeit und Projektabschluss)

Bei **Look@your.Timeout** setzen sich die Teilnehmer*innen mit dem eigenen Freizeitverhalten auseinander und erweitern ihren gesunden Gestaltungsspielraum in der Freizeit.

Ziele des Programms **Look@your.Life** sind:

- Prävention von strafbaren Handlungen in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum, um ein Heranwachsen ohne rechtliche Probleme zu fördern und einen risikoärmeren Konsum schädigender Substanzen positiv zu beeinflussen
- Erweiterung und Verinnerlichung von alternativen Verhaltensmustern und Konfliktlösungsmöglichkeiten
- Förderung des Rechtsbewusstseins durch Vermittlung von Sach- und Rechtsinformationen zu den Programminhalten
- Verbesserung der Kommunikation und Interaktion zwischen Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern sowie Erziehungsberechtigten

Bei Interesse an den Präventionsprogrammen wenden Sie sich bitte an Ihre zuständige Kriminalprävention im Landeskriminalamt.

Weitere Informationen unter: www.under18.at

Michaela Dörfler

Polizistin, zehn Jahre im Streifen- und Kriminaldienst in Wien-Favoriten tätig. Seit 2017 im Landeskriminalamt Wien, im Assistenzbereich 4 der Kriminalprävention der Gruppe Gewalt- und Suchtdeliktprävention mit der Zielgruppe Jugendliche tätig

Gesundheitsförderung und (Sucht-) Prävention in der Volksschule – Gemeinsam stark werden!



von Andreas Prenn

„Gemeinsam stark werden“ ist ein bewährtes Unterrichtsprogramm zur psychosozialen Gesundheitsförderung von Volksschulkindern. Es zielt darauf ab, zentrale Lebenskompetenzen zu stärken, die Kinder für ein gesundes, selbstbestimmtes und erfülltes Leben benötigen.

Neben der Familie zählt die Schule zu den zentralen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. Hier erwerben sie nicht nur Wissen, sondern entwickeln auch grundlegende personale und soziale Kompetenzen sowie prosoziales Verhalten. In der Wechselwirkung zwischen biologischen, persönlichen, sozialen und Umweltfaktoren werden Werte, Haltungen, Überzeugungen und Einstellungen geformt, die das Verhalten maßgeblich beeinflussen und für die körperliche, emotionale und soziale Entwicklung von großer Bedeutung sind.

Ab einem gewissen Alter verbringen viele Kinder mehr Zeit in der Schule als mit ihren Eltern. Die Schule wird somit nicht nur zur Bildungsinstitution, sondern auch zu einem Ort sozialer Geborgenheit, Sicherheit und eines strukturierten Alltags. Ein unterstützendes

Klassenklima und ein wertschätzendes Miteinander fungieren dabei als wichtige Schutzfaktoren. Die Schule nimmt daher im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention eine zentrale Rolle im Leben von Kindern und Jugendlichen ein.

Sie hat maßgeblichen Einfluss darauf, ob Kinder bestimmte Verhaltensweisen als wünschenswert oder problematisch bewerten. Gezielte schulische Präventionsmaßnahmen können dazu beitragen, das Risiko für problematisches und gesundheitsschädliches Verhalten – auch im Hinblick auf Substanzkonsum – zu senken. Dabei geht es nicht mehr nur um die generelle Vermeidung von Substanzkonsum, sondern um die Befähigung zu einem gesunden, selbstbestimmten und verantwortungsvollen Leben in einem unterstützenden Umfeld: „Ziel gesundheitsfördernder Suchtprävention ist nicht länger die Reduzierung und Vermeidung von Drogengebrauch, sondern die grundsätzliche Ermöglichung und Befähigung zu einem selbstbestimmten und verantwortungsbewussten und gesundheitsgerechten Leben in einer gesundheitsförderlichen Umwelt“ (Schmidt & Hurrelmann, 2000, S. 20).

Eine wirksame und nachhaltige Suchtprävention setzt frühzeitig an und umfasst sowohl die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen als auch die frühzeitige Erkennung riskanten Verhaltens.

Prävention mit Blick auf Risiko- und Schutzfaktoren

Praxisbewährte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention orientieren sich am Modell der Risiko- und Schutzfaktoren. Schutzfaktoren sind Elemente, die auch unter belastenden und widrigen Lebensumständen eine positive Entwicklung ermöglichen, indem sie die Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern. Ziel schulischer Gesundheitsförderung ist es daher, diese Schutzfaktoren gezielt zu stärken und

Risikofaktoren möglichst zu reduzieren. **Wichtige Schutzfaktoren (nach Paulik et al., 2013)**

Personale Schutzfaktoren

- Beziehungs- und Konfliktfähigkeit
- Realistische Selbsteinschätzung
- Positives Selbstwertgefühl
- Aktiver Problembewältigungsstil
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit
- Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit

Soziale Schutzfaktoren

- Stabile, tragfähige Beziehung zu den Eltern
- Sozial-emotional günstiges Erziehungsklima
- Positive Beziehung zu Lehrpersonen
- Förderliches Klassenklima
- Gutes soziales Netzwerk

Lebenskompetenzen als Schlüssel zur Prävention

Eine zentrale Strategie in der schulischen Gesundheitsförderung ist die Förderung von Lebenskompetenzen („Life Skills“). Laut WHO handelt es sich dabei um „Fähigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu gestalten und zu meistern“. Diese Kompetenzen helfen Kindern, Veränderungen aktiv zu begegnen oder diese selbst herbeizuführen. Die WHO nennt fünf Dimensionen von Lebenskompetenzen, die grundlegend für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern sind – unabhängig von deren kulturellem Hintergrund:

- Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit
- Kreatives und kritisches Denken
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Empathie und Selbstwahrnehmung
- Stress- und Gefühlsregulation

Lebenskompetenzen ermöglichen es uns, mit der Welt, unserem Leben und dessen Belastungen zurechtzukommen. Sie sind das Rüstzeug, mit dem wir Herausforderungen meistern und den Alltag erfolgreich bewältigen können. Diese Fähigkeiten sind das Fundament für ein resilientes, gesundes und sozial

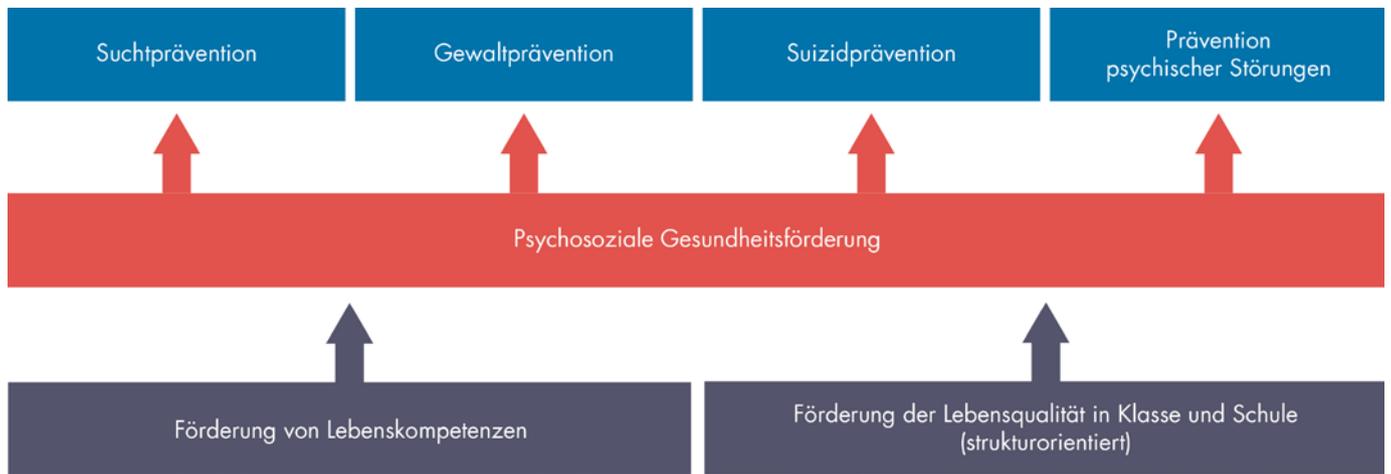


Abbildung: Ansätze schulischer Gesundheitsförderung und Prävention; Quelle: Scheyer Daniel, Mittelberger Matthias, Mittelberger Lukas & Kathan Christian (2018): Gemeinsam stark werden. Das Lebenskompetenzprogramm für die Volksschule. Handreichung (GötziS): Seite 12

integriertes Leben.

Schul- und Klassenklima als unterschätzter Gesundheitsfaktor

Ein weiterer, oft unterschätzter Aspekt ist das Schul- und Klassenklima. Studien zeigen, dass ein positives, wertschätzendes Miteinander nicht nur den Lernerfolg und soziale Kompetenzen fördert, sondern auch die psychische Gesundheit von SchülerInnen und Lehrkräften stärkt (vgl. Ramelow et al., 2013).

Eine Klassen- und Schulkultur, die von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung geprägt ist, stärkt das Selbstwertgefühl, das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit. Das Wohlbefinden von SchülerInnen ist ursächlich davon abhängig, wie „wohl“ sie sich in ihrer Klasse fühlen. Die Förderung der Lebensqualität in der Klasse und Schule ist damit ein wesentlicher „Baustein“ von schulischer Gesundheitsförderung und (Sucht-)Prävention.

Das Programm „Gemeinsam stark werden“

„Gemeinsam stark werden“ ist ein bewährtes Unterrichtsprogramm zur psychosozialen Gesundheitsförderung von Volksschulkindern. Es zielt darauf ab, zentrale Lebenskompetenzen zu stärken, die Kinder für ein gesundes, selbstbestimmtes und erfülltes Leben benötigen.

Als universelles Präventionsprogramm basiert es auf dem Lebenskompetenzansatz der WHO und leistet einen wirksamen Beitrag zur Sucht-, Gewalt- und Suizidprävention sowie zur Förderung der psychischen Gesundheit.

Die Umsetzung des Programms fördert das Grundvertrauen, die Beziehungsfähigkeit, den Selbstwert und die Werteverwirklichung von Kindern im

Volksschulalter und unterstützt diese auf ihrem Weg in ein eigenverantwortliches Leben voller Freude, Mut und Tatendrang.

„Gemeinsam stark werden“ richtet sich an Lehrkräfte der 1. bis 4. Schulstufe, die an einem gesunden Klassenklima, einem wertschätzenden Miteinander und an der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern Interesse haben.

Inhalte des Programms

- 46 Lehreinheiten
- Über 200 praktische Übungen zur Förderung personaler und sozialer Kompetenzen

Zu den geförderten Bereichen gehören

- Selbstwahrnehmung und Empathie
- Selbstfürsorge und Genussfähigkeit
- Stressbewältigung und Umgang mit Emotionen
- Problemlösung und Entscheidungsfähigkeit
- Kritisches und kreatives Denken
- Kommunikation und Beziehungsfähigkeit
- Selbstbehauptung und Umgang mit Vielfalt
- Verantwortungsbewusstsein und Werteorientierung

Von der Unterstützung und Förderung in diesen Bereichen profitiert nicht nur das einzelne Kind, sondern auch die Klasse als Ganzes. So trägt die Umsetzung des Programms auch zu einer Verbesserung des Klassenklimas bei.

Mehrdimensionaler Ansatz

- Unterrichtsgestaltung: Bereitstellung didaktisch fundierter Materialien
- Beziehungsgestaltung: Impulse zur Stärkung der LehrerInnen-SchülerInnen-Beziehung
- Elterneinbindung: Anregungen zur Einbindung des sozialen Umfelds

Fortbildung für Lehrkräfte

Die Teilnahme an der Fortbildung ist kostenlos, umfasst 24 Unterrichtseinheiten und ist in allen Bundesländern als Fortbildungsmaßnahme anerkannt. Die Schulung wird von den Suchtpräventionsstellen in Kooperation mit den Pädagogischen Hochschulen angeboten (auch als SCHILF oder SCHÜLF).

Inhalte der Fortbildung

- Die theoretische und praktische Auseinandersetzung mit dem Lebenskompetenzansatz und den vier zentralen Themenkreisen des Programms
 - Das Kennenlernen der Unterrichtsmaterialien sowie deren Anwendung im Schulalltag
 - Die Didaktik von Lebenskompetenzvermittlung und komplexer Persönlichkeitsbildung
 - Die Auseinandersetzung mit der eigenen pädagogischen Haltung und ihrer Rückwirkung auf pädagogische Prozesse
- Nach erfolgreichem Abschluss erhalten die Lehrpersonen eine umfangreiche Materialmappe mit 46 Unterrichtseinheiten und einem Handbuch.

Weitere Informationen:
www.suchtvorbeugung.net

„Gemeinsam stark werden“ wurde in enger Zusammenarbeit mit der ARGE Suchtprävention und der Weitblick GmbH entwickelt.

Mag. Andreas Prenn

Leiter der Supro-Werkstatt für Suchtprophylaxe, Erlebnis- und Motopädagoge, Referent und Coach für Teamentwicklungsprozesse, Trainer „Motivational Interviewing“, Trainer Lebenskompetenzprogramm „Eigenständig Werden“ etc.; Lehraufträge an der Uni Innsbruck und den Pädagogischen Hochschulen Feldkirch, Graz und Linz; Erfahrungen mit MI in der direkten Arbeit mit Jugendlichen und im Rahmen der oben angeführten Tätigkeiten

Suchtforschung und Prävention an Schulen

Interview mit David Vogl - pro mente OÖ



Foto: © Institut Suchtprävention

David Vogl
im Gespräch mit Dominique Dumont

Vor allem im schulischen Kontext können Kinder und Jugendliche erreicht werden, die im familiären Kontext wenig positive Unterstützung erfahren oder bei denen gar gleich das familiäre Umfeld ein Risikofaktor ist.

Wie hat sich die Situation im Bereich Sucht unter Jugendlichen in den letzten Jahren entwickelt? Gibt es aktuelle statistische Trends in Österreich, die besonders auffallen?

Vogl: Zuerst möchte ich den Suchtbegriff klar abgrenzen. Jugendliche Phänomene, was den Konsum betrifft, sind im Regelfall problematische Nutzungsweisen. Die klinische Definition von Sucht beschreibt eine Situation, die in vielen Fällen schon schwerwiegende Auswirkungen auf den Alltag hat. Deshalb beantworte ich die Frage eher in die Richtung, was sich hinsichtlich Konsumverhalten in den letzten Jahren getan hat. Es gibt vor allem einen Anstieg bei der Nutzung von Nikotinprodukten. Während die klassische Zigarette jahrelang immer mehr an Beliebtheit verloren hat, steigen zunehmend mehr Jugendliche, und leider auch Kinder, in den Probierkonsum bei alternativen Nikotinprodukten wie Vapes und Nikotinbeutel ein. Da Nikotin

ein hohes Suchtpotenzial hat, bleibt es häufig nicht beim Probierkonsum, sondern geht relativ schnell in den regelmäßigen Konsum über. Der Alkoholkonsum geht insgesamt bei Jugendlichen leicht zurück. Häufig wird berichtet, dass Jugendliche sich vor einem potenziellen Kontrollverlust bei einer Berausung sorgen. Vielleicht spielt da eine Rolle, dass es wegen immer gegenwärtigen Handys und Social Media keine privaten „Eskalationsräume“ mehr gibt. Damit wären wir auch bei der nächsten großen Veränderung, nämlich der Nutzung von Smartphone und Internet. Hier kommt es zu immer intensiverer Nutzung und die Online-Zeit bei Kindern und Jugendlichen nimmt zu.

Selbige Themen sind auch in der Schule spürbar. Während Bundesland nach Bundesland eine klare Regelung bzw. Nachschärfung im Jugendschutzgesetz zum Konsum dieser neuen Nikotinprodukte gefunden hat, sind Schulen nun auch mit mehr Klarheit gesegnet, was den Umgang an den Schulen betrifft. Die aktuellen Bestrebungen eines Handyverbots an Pflichtschulen sind Antwort auf die Frage, wie sich das Nutzungsverhalten verändert hat. Nämlich sehr stark. Klarerweise regelt das nicht die Nutzung außerhalb der Schule, aber es kann definitiv dazu beitragen, dass bewusster damit umgegangen wird, wenn es Zeiten und Räume gibt, in denen der direkte und persönliche Austausch gefördert wird.

Welche psychosozialen Faktoren begünstigen Suchtverhalten bei Jugendlichen?

Vogl: Die Faktoren sind vielschichtig und können durch das Schutz- und Risikofaktorenmodell sowie den Lebenskompetenzansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) umfassend beschrieben werden. Auf individueller Ebene können genetische Veranlagungen eine Rolle spielen, insbesondere wenn es in der Familie bereits Fälle von Suchtverhalten gibt. Zudem sind Jugendliche, die

unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen leiden, anfälliger für Suchtverhalten. Ein niedriges Selbstwertgefühl kann ebenfalls dazu führen, dass Jugendliche nach Wegen suchen, um ihre Emotionen zu regulieren, was sie anfälliger für den Konsum von Suchtmitteln macht.

Auf familiärer Ebene sind instabile Familienverhältnisse, in denen Konflikte oder Missbrauch vorkommen, ein erheblicher Risikofaktor. Wenn Eltern selbst süchtig sind oder riskantes Verhalten zeigen, kann dies als negatives Vorbild für die Kinder dienen. In der Schule können schulische Misserfolge und ein Mangel an Unterstützung durch Lehrkräfte das Risiko erhöhen, da Jugendliche in solchen Situationen oft nach einem Ausweg suchen. Gesellschaftlich gesehen können soziale Normen, die den Konsum von Drogen oder Alkohol als akzeptabel darstellen, das Risiko für Jugendliche erhöhen. Ein leichter Zugang zu Suchtmitteln, sei es durch Verfügbarkeit oder durch Peer-Druck, verstärkt dieses Risiko zusätzlich.

Auf der anderen Seite gibt es auch zahlreiche Schutzfaktoren, die Suchtverhalten verhindern können. Individuell gesehen sind hohe Lebenskompetenzen entscheidend. Jugendliche, die über gute Problemlösungsfähigkeiten und emotionale Intelligenz verfügen, sind besser in der Lage, mit Stress und Herausforderungen umzugehen. Ein positives Selbstbild kann sie davor bewahren, Suchtmittel zu konsumieren. Auf familiärer Ebene wirken stabile und unterstützende Familienverhältnisse als Schutzfaktor. Eltern, die offen über Sucht und deren Risiken sprechen, können ihren Kindern helfen, informierte Entscheidungen zu treffen.

In der Schule spielt eine positive Schulumgebung eine wichtige Rolle. Schulen, die ein unterstützendes und inklusives Klima fördern, können das Risiko für Suchtverhalten senken. Engagement in schulischen Aktivitäten, sei es im



Sport oder in anderen Bereichen, kann Jugendlichen ein Gefühl der Zugehörigkeit geben und sie sammeln persönliche Erfolgserlebnisse. Der Lebenskompetenzansatz der WHO ergänzt diese Perspektive, indem er die Entwicklung von Fähigkeiten fördert, die es Jugendlichen ermöglichen, mit den Herausforderungen des Lebens umzugehen. Dazu gehören Selbstbewusstsein, Empathie, kritisches Denken und zwischenmenschliche Fähigkeiten. Indem Jugendliche lernen, ihre eigenen Gefühle und Verhaltensweisen zu reflektieren, können sie besser mit Stress umgehen und informierte Entscheidungen treffen, die sie vor Suchtverhalten schützen.

Gibt es typische Warnsignale, auf die Lehrkräfte und Eltern achten sollten, um gefährdete Jugendliche frühzeitig zu erkennen?

Vogl: Da gibt es eine Reihe von Signalen, die allein für sich noch kein Beleg wären. Und zusätzlich sind es auch Veränderungen bei Jugendlichen, die zudem typisch für die Pubertät sein können. Von daher gilt es genau hinzusehen und auch über einen längeren Zeitraum zu beobachten und nicht aufgrund einer Einzelbeobachtung persönlich die Diagnose Sucht stellen. Signale wären z. B. abfallende Schulleistungen, Schulschwänzen oder Arbeitsabsenz, Rückzug, Gesprächsverweigerung, häufigere Konflikte, Interessenseinengung – also immer weniger Dinge machen Spaß, immer mehr Interessen brechen weg und die Aktivitätenvielfalt nimmt ab.

Welche Präventionsprogramme haben sich im schulischen Umfeld als besonders wirksam erwiesen?

Vogl: Prävention setzt per Definition früh an, also dann, bevor es zu kritischen Situationen kommt. Und da sich Prävention in erster Linie um Entwicklung der zuvor erwähnten Schutzfaktoren und Lebenskompetenzen bemüht, haben sich Präventionsprogramme als wirksam erwiesen, die ebendiesen Fokus setzen. Österreichweit gibt es da das Präventionsprogramm „PLUS“ für die Sekundarstufe 1, und für die Sekundarstufe 2 das Programm „Wetterfest“; in der Volksschule bundeslandabhängig die Programme „zusammen.wachsen“ oder „Gemeinsam stark werden“.

Wie lassen sich Präventionsmaßnahmen am besten in den Schulalltag integrieren, ohne dass sie als „erhobener Zeigefinger“ wirken?

Vogl: Die Programme enthalten Stundenbilder, die eben genau ohne diesen erhobenen Zeigefingerauskommen. Am besten gelingt die Umsetzung, wenn mehrere Lehrkräfte zusammenarbeiten. Das Fach Soziales Lernen bietet sich natürlich dafür an. Aber um es nicht bei einer einmaligen Intervention zu belassen und nachhaltig Prävention zu betreiben, braucht es einen regelmäßigen Austausch mit den relevanten Themen. Deshalb gibt es auch Ideen, wie es in den Fachunterricht eingebaut werden kann. In Weiterbildungsangeboten der Fachstellen zur Suchtprävention jedes Bundeslandes können Lehrkräfte viele hilfreiche Tipps bekommen und tiefergehende Informationen erhalten.

Wie sehen Sie die Zukunft der Suchtprävention an Schulen? Gibt es neue Herausforderungen oder innovative Ansätze, die an Bedeutung gewinnen?

Vogl: Da Suchtprävention und psychische Gesundheit in großem Maße

deckungsgleich in ihren Herausforderungen und der Arbeit sind, ist es ratsam, in Zukunft einen großen Fokus darauf zu legen. Vor allem im schulischen Kontext können dort Kinder und Jugendliche erreicht werden, die im familiären Kontext wenig positive Unterstützung erfahren oder bei denen gar gleich das familiäre Umfeld ein Risikofaktor ist. Es gibt immer wieder neue Ideen und Projekte, wie z. B. Jugendgesundheitskonferenzen. Da planen Jugend-/Schulgruppen ein eigenes Projekt zur mentalen Gesundheit und beschäftigen sich intensiv mit einem Teilaspekt dieses großen Themas. Strukturelle Möglichkeiten wie z. B. das Fach Soziales Lernen müssen ausgebaut werden. Auch im Fach Digitale Grundbildung braucht es Unterstützung für Lehrkräfte. Nämlich, dass digitale Kompetenz nicht nur eine technische Komponente ist, sondern dass psychosoziale Auswirkungen von Social Media aufgezeigt werden. Denn eine wesentliche digitale Kompetenz ist es, den „Aus-Knopf“ betätigen zu können. Unser Motto: Sucht betrifft viele. Prävention hilft allen.

David Vogl, MSc Mst

ist Soziologe und Leiter der Abteilung Schule-Familie-Elementare Bildungseinrichtungen und stellvertretender Leiter des Institut Suchtprävention. Als Präventionsexperte für den schulischen Kontext vermittelt er Lehrkräften, wie Lebenskompetenzen bei Heranwachsenden gefördert werden können. Ein weiterer Fokus liegt bei digitalen Medien im Erziehungskontext.

Sucht als Emotionsregulationsstrategie bei Kindern und Jugendlichen



von Monique Breithaupt-Peters

Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass Suchterkrankungen oft eine intensive und mehrdimensionale Herangehensweise benötigen und dass wir lediglich die Wahrscheinlichkeit erhöhen können, dass ein junger Mensch gesund bleibt oder wird.

Vor kurzem wurde in Deutschland ein 5-jähriges Kind dabei erwischt, wie es E-Zigaretten rauchte, während die 24-jährige Mutter hilflos die Polizei um Unterstützung bat, damit ihr Kind von der Nikotinsucht loskomme (Fieder, 2025). Dies ist sicher ein sehr extremes Beispiel für Suchterkrankungen im Kindes- und Jugendalter und steht doch prototypisch für das Schicksal von einer großen Gruppe von Menschen mit Suchterkrankungen, bei denen der Beginn im Kindes- und Jugendalter liegt und Eltern wie Fachkräfte manchmal ähnlich hilflos wie die Mutter im Biberacher Fall keine Ideen mehr haben, wie man diese jungen Menschen auf dem Weg aus der Sucht heraus unterstützen kann. In der Praxis erleben wir Fälle, die mit 11 Jahren zum ersten Mal konsumiert haben, manche im Freundeskreis, andere im Kreis der Familie. Für manche dieser jungen Menschen hat dies große Auswirkungen, insbesondere

weil das Gehirn zu dieser Zeit noch nicht ausgereift ist und sich damit das Risiko erhöht, auch langfristig gravierende Schäden davonzutragen. So erhöht z. B. Cannabis-Konsum das Risiko, langfristig eine Psychose zu entwickeln (D'Souza et al., 2004). Fachkräfte, die mit Menschen mit Schizophrenie arbeiten, berichten immer wieder von Fällen, bei denen nur wenige Male Cannabis-Konsum eine lebenslange Erkrankung auslösten. Auch gravierende hirnorganische Veränderungen sind möglich (Amen, 2004).

Welche Kinder und Jugendlichen haben ein besonders hohes Risiko für eine Suchtentwicklung? Gibt es so etwas wie eine Suchtpersönlichkeit, die eventuell sogar schon angeboren ist?

In den Modellen der Suchtentwicklung wird oft von einer Sucht-Trias ausgegangen (Blum & Sting, 2003), die dem bio-psycho-sozialen Modell folgt – einer Interaktion aus Umwelt, Individuum und Substanz. Bei der Substanz spielen Faktoren wie die Verfügbarkeit, aber auch die Art, Substanzmenge, Wirkungsweise und Dauer der Einnahme eine Rolle, während beim Individuum u. a. auch genetische Disposition, Persönlichkeitsfaktoren, frühe Auffälligkeiten und Problemverhalten sowie die frühkindliche Lebenssituation eine Rolle spielen. Die Umweltperspektive beleuchtet u. a. auch die Suchtbelastung in der Familie, kritische Lebensereignisse (u. a. Missbrauchs- und Gewalterfahrungen) und gefährdende Familiensituationen sowie das Fehlen einer tragfähigen Bindung zu den Eltern. Man geht davon aus, dass es eine individuelle Verletzlichkeit (Vulnerabilität) gibt, die dann zusammen mit Umweltfaktoren für eine Suchtentwicklung sorgt (Sucht Schweiz, 2013). Pauschallässt sich also nicht von einer Suchtpersönlichkeitsstruktur sprechen, wohl aber von bestimmten Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für Substanzkonsum und Suchtentwicklung erhöhen, und viele von ihnen haben Einfluss auf die emotionale Anspannung. In der pädagogisch-therapeutischen Praxis erleben wir immer wieder junge Menschen, die

Substanzen konsumieren, um sich und ihr emotionales System zu beruhigen, weil ihr autonomes Nervensystem extrem dysreguliert ist und sie ständig eine enorme innere Anspannung und Stressbelastung erleben. Suchtmittel (auch nicht stoffgebundene Suchtmittel, wie Online-Gaming) stellen dann eine Möglichkeit dar, den Organismus zu beruhigen und/oder in eine Welt zu flüchten, die weit weg ist von den Stress-Faktoren des Lebens im Hier und Jetzt und denen der inneren Welt, wenn innerer Leerlauf zur Selbstreflexion einlädt. Wichtig ist, dass diese Fluchtmöglichkeiten nicht bewusst gewählt werden, sondern eine „Überlebensstrategie“ darstellen, um mit belastenden Situationen umzugehen. Die aktuellen weltpolitischen Entwicklungen tragen momentan ebenfalls zu einer erhöhten Anspannung generell in der Bevölkerung bei und erhöhen die Wahrscheinlichkeit für die Flucht in die Sucht.

In der Praxis begegnen uns Kinder und Jugendliche, die extrem stressbelastet geboren werden, deren autonomes Nervensystem schon bei kleinsten Anlässen völlig aus dem Ruder gerät und sich nur schwer beruhigen lässt. Eine solch frühe Stress-Empfindlichkeit lässt sich auf verschiedene Weise erklären, z. B. durch genetische Prädispositionen des Kindes selbst (d. h., das Kind wird damit geboren im Sinne einer Neurodiversität) oder aber auch durch eine Stress-Belastung der Mutter während der Schwangerschaft, die Einfluss auf das Baby im Mutterleib hat. Gleichzeitig erleben wir auch Kinder, die unauffällig geboren wurden, aber früh emotional und/oder bindungsmäßig schlecht versorgt wurden und ihre hohe emotionale innere Anspannung durch eine Entwicklungstraumatisierung gewissermaßen erworben haben. In diesen Familien haben auch die Eltern überdurchschnittlich häufig belastende Kindheitserfahrungen machen müssen und können sich selbst oft nur schwer emotional regulieren oder angemessene Bindungsangebote

machen. Einige dieser Eltern haben dabei selbst Substanzkonsum als „Lösung“ für sich gewählt. Daraus ergibt sich ein Teufelskreis über Generationen, der auch durch gute Präventions- und Behandlungsangebote nur schwer zu durchbrechen geht.

Welche Faktoren tragen dazu bei, besonders gut geschützt zu sein? Wie können wir Kinder und Jugendliche mit Suchtrisiko unterstützen?

Die enorme Stress-Empfindlichkeit dieser jungen Menschen braucht eine Antwort sowohl in der Prävention als auch in der therapeutischen Herangehensweise. Sie müssen erfahren, dass sie sich auf andere, „gesündere“ Art und Weise beruhigen können und dass die Welt sicher genug ist, dass ihr autonomes Nervensystem nicht ständig auf Habt-Acht steht. Dazu können wir u. a. auch die Schutzfaktoren ausnutzen. Gegen Suchterkrankungen gelten schützend u. a. eine stabile und gute Bindung zu den Eltern, ein konsistenter Erziehungsstil, positive Werte und Normen, ein positives Schulklima und die Möglichkeit von Teilhabe und Integration in die Gesellschaft und Gemeinde sowie kognitive, soziale und emotionale Kompetenzen (Sucht Schweiz, 2013). Was genau bedeutet das also für die Praxis? Die praktischen Erfahrungen zeigen, dass Suchterkrankungen oft eine intensive und mehrdimensionale Herangehensweise benötigen und dass wir lediglich die Wahrscheinlichkeit erhöhen können, dass ein junger Mensch gesund bleibt oder wird. Oft unterliegen die pädagogisch-therapeutischen Vorgehensweisen einem stetigen Wandel, d. h., dass jede Woche, jeden Monat neu bewertet werden muss, wie die Situation des jungen Menschen gerade ist und was es braucht, um zu unterstützen. Ansätze wie die multisystemische Therapie (Henggeler et al., 2012; Eigenheer, et al., 2016) haben dazu z. B. ein Modell entwickelt (den sogenannten Best-Fit), das individuell für jeden jungen Menschen erklärt, welche Faktoren jetzt gerade eine Rolle spielen und welche Bausteine und Strategien es braucht, um so einzulocken, dass sich die Wahrscheinlichkeit für eine gesunde Entwicklung erhöht. Gleichzeitig gilt es, so viele Ebenen wie möglich in die Hilfen mit einzubeziehen. Beleuchten wir einige dieser Schutzfaktoren exemplarisch. Als schützend zeigen sich u. a. eine stabile und gute Bindung zu den Eltern und ein konsistenter Erziehungsstil. Berücksichtigen wir, dass viele dieser Eltern selbst schwierige

(traumatische) Lebenserfahrungen gemacht haben, so wird deutlich, dass Prävention und auch Therapie schon dort anfangen müssen. Diese Eltern brauchen wertschätzende Unterstützung bei der Bewältigung ihrer eigenen Lebensthemen und/oder auch beim Umgang mit ihren extrem belasteten Kindern, deren Verhalten auch für Fachkräfte häufig herausfordernd ist. Der Fokus muss darauf liegen, wie positive Eltern-Kind-Interaktionen gelingen können, wie Eltern und Fachkräfte trotz aller Herausforderungen mit diesen jungen Menschen in Beziehung bleiben können. Gleichzeitig müssen auch die Schulen mit ins Boot geholt werden, um dort ein gutes und sicheres Schulklima zu gestalten, in dem sich junge Menschen innerlich besser beruhigen und entwicklungsförderliche Erfahrungen machen können. Oft werden junge Menschen mit Substanzmissbrauch von der Schule und der Gesellschaft ausgegrenzt. Wenn sie sich in eine gesunde Richtung entwickeln sollen, benötigen sie präventiv, aber auch gerade in schwierigen Momenten eine wertschätzend wohlwollende Grundhaltung und Unterstützung durch Fachkräfte. Die jungen Menschen selbst brauchen Möglichkeiten, das Leben im Hier und Jetzt als einen Platz der Sicherheit zu erfahren, um sich zu beruhigen und echte Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können (Schiffer, 2023). Solche Erfahrungen lassen sich z. B. durch gemeinsame positive Zeit beim gemeinsamen Spiel gestalten, also durch Situationen von Spaß und Freude. Dies kann in der Familie passieren, aber auch im Rahmen von pädagogischen Angeboten. Gleichzeitig muss der junge Mensch unterstützt werden, andere Selbst-Beruhigungs-Strategien zu entdecken und für sich selbst einzusetzen (z. B. in Form von Skills). Die praktische Erfahrung zeigt, je mehr Ebenen mithelfen und je intensiver alle Beteiligten im gleichen Fokus Angebote machen und sich nicht entmutigen lassen, umso mehr kann eine Unterstützung für diese jungen Menschen gelingen. Familienmitglieder und Fachkräfte brauchen emotionale Begleitung, um diesen steinigen Weg zu gehen und nicht vorschnell aufzugeben. Oft dauert es, manchmal jahrelang, und trotzdem lohnt es sich, es zu versuchen und nicht aufzugeben. Blicken wir also nochmal zurück zu dem Biberacher 5-Jährigen, der mit der E-Zigarette erwischt wurde. Bei aller

Empörung über diese Meldung gilt es, noch bevor wir die Mutter verurteilen, anzuerkennen, dass sie sich hilflos fühlt, wie sie ihr eigenes Kind schützen kann, und dass sie um Hilfe gebeten hat. Eine elementare Unterstützung muss als Erstes hier ansetzen, bei der Mutter und bei einer Begleitung, die dafür sorgt, dass die Mutter sich in der Lage (und selbstwirksam) fühlt, ihr Kind zu begrenzen, und gleichzeitig mit ihm in Kontakt bleiben kann. Wir können hoffen, dass diese Hilfe nach dem Vorfall angelaufen ist. Der Junge selbst kann eine Chance im Leben haben, wenn jetzt umfassend und mehrdimensional unterstützt wird, dass er andere Mittel und Wege findet, seiner inneren Anspannung zu begegnen.

Literatur

- Amen, D. (2004).** Images of Human Behavior. Newport Beach, Ca: Mindworks Press.
- Blum C. & Sting, S. (2003).** Soziale Arbeit in der Suchtprävention: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: Reinhardt.
- D'Souza, D., Perry, E., MacDougall, L. et al. (2004).** The Psychotomimetic Effects of Intravenous Delta-9-Tetrahydrocannabinol in Healthy Individuals: Implications for Psychosis. *Neuropsychopharmacology* 29, 1558–1572. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300496>
- Eigenheer, R., Rhiner, B., Schmid, M. & Schramm, E. (2016).** Störungen des Sozialverhaltens bei Jugendlichen. Die Multisystemische Therapie in der Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Fieder (2025).** Fünfjähriger in Biberach beim Rauchen von E-Zigarette erwischt. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/friedrichshafen/fuenfjaehriger-in-biberach-raucht-e-zigarette-polizeigeift-ein-100.html>, Zugriff: 04.04.2025.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Brodwin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (2012).** Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schiffer, E. (2023).** Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Bad Gandersheim: Verlag gesunde Entwicklung.
- Sucht Schweiz (2013).** Theoretische Grundlagen der Suchtprävention. https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-Suchtpraevention.pdf, Zugriff 08.04.2025.

Monique Breithaupt-Peters

Diplom-Psychologin, systemische Coach, Beraterin, Therapeutin und Supervisorin (SG), Lehrende für systemische Beratung (SG, DGSF) und systemisches Coaching (DGSF), Marte Meo Therapeutin/Colleague Trainerin und Neurofeedback-Therapeutin, Lehrbeauftragte für Wirtschaftspsychologie (Hochschule Offenburg – Gengenbach) Heilpraktikerin für Psychotherapie, Autorin und Neuro-Expertin, Internationale Speakerin

Frühkindliches Trauma und Suchterkrankungen

Anmerkungen aus neuro-psychotherapeutischer Perspektive



von Human-Friedrich Unterrainer

Foto: © SFU Bea-Regina Schulz

Suchttherapie kann als eine Reise zum „inneren Kind“ verstanden werden – jener verletzlichen, frühen Version des Selbst, die oft tiefstitzende emotionale Wunden trägt.

Kindheitstraumata und ihre langfristigen Folgen

Der Begriff „Trauma“ beschreibt eine tiefgreifende psychische Erschütterung, die durch überwältigende Ereignisse ausgelöst wird. Solche Erlebnisse überfordern die individuellen Bewältigungsmechanismen und hinterlassen oft langanhaltende emotionale, kognitive und körperliche Spuren. Traumata können sowohl durch einmalige extreme Ereignisse (z. B. Unfälle, Gewalt, Naturkatastrophen) als auch durch wiederholte belastende Erfahrungen (z. B. Missbrauch, Vernachlässigung, Krieg) entstehen. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Erkrankung, die sich vor allem durch folgende Symptome äußert: das Wiedererleben des Traumas (z. B.

Flashbacks, Alpträume), das Vermeiden von Orten, Menschen oder Situationen, die an das Trauma erinnern, Übererregung (z. B. erhöhte Reizbarkeit oder Wutausbrüche) sowie negative Veränderungen im Denken und Fühlen (z. B. Schuld- und Schamgefühle, Hoffnungslosigkeit oder Schwierigkeiten, positive Emotionen zu empfinden).

Frühe traumatische Erlebnisse können das Leben eines Menschen tiefgreifend beeinflussen. Kinder, die Vernachlässigung oder Missbrauch erlebt oder andere belastende Erfahrungen wie Gewalt gemacht haben, entwickeln häufig langanhaltende Ängste, Unsicherheiten oder Schwierigkeiten in der Emotionsregulation. Da ihr Gehirn noch in der Entwicklung ist, kann anhaltender Stress (bedingt durch die traumatische Erfahrung) die Funktionsweise und das Wachstum wichtiger Hirnregionen wie des Hippocampus und der Amygdala stören, was sich negativ auf Gedächtnis, Emotionsverarbeitung und Stressbewältigung auswirkt. Viele Betroffene entwickeln später psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depressionen. Um mit den intensiven emotionalen Schmerzen umzugehen, greifen einige auf Suchtmittel als dysfunktionale Form der Selbstmedikation zurück. Dies erhöht das Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln, erheblich.

Sucht als dysfunktionale Form der Trauma-Bewältigung

Sucht ist eine chronische, häufig fortschreitende Erkrankung, die durch ein unkontrollierbares Verlangen nach einer Substanz (z. B. Alkohol, Drogen, Medikamente) oder einer bestimmten Handlung (z. B. Glücksspiel, übermäßiges Essen, exzessive Nutzung von

Social Media) gekennzeichnet ist. Sucht geht mit einem Verlust der Kontrolle, der Notwendigkeit der Dosissteigerung und schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf Gesundheit, soziale Beziehungen und das tägliche Leben einher. Die Entstehung von Sucht beruht auf einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychischer und sozialer Faktoren.

Viele traumatisierte Menschen wenden sich Suchtmitteln oder zwanghaften Verhaltensweisen zu, um mit belastenden Erinnerungen und Emotionen umzugehen. Alkohol, Drogen oder übermäßiges Essverhalten verschaffen kurzfristig Erleichterung, indem sie Angst, Schmerz oder innere Leere betäuben. Langfristig verstärken diese Bewältigungsmechanismen jedoch das Problem, da sie die eigentliche Trauma-Bewältigung verhindern und häufig zu körperlicher sowie psychischer Abhängigkeit führen. Besonders bei Menschen mit PTBS ist das Risiko hoch, eine Sucht als Bewältigungsstrategie zu entwickeln. Die scheinbare Kontrolle über die eigenen Emotionen durch Substanzen oder zwanghafte Verhaltensweisen schafft einen Teufelskreis aus Verdrängung und Abhängigkeit, der die Heilung blockiert. Eine nachhaltige Therapie muss daher nicht nur die Sucht, sondern auch die zugrunde liegenden Traumata (Stichwort: Komorbidität) ansprechen, um langfristige Stabilität und Genesung zu ermöglichen.

Traumatische Erfahrungen können über Generationen hinweg weitergegeben werden und tiefgreifende Auswirkungen auf das psychische und emotionale Wohlbefinden nachfolgender Generationen haben. Kinder traumatisierter Eltern wachsen oft in einem Umfeld auf, das von emotionaler

Instabilität, Angst oder Vernachlässigung geprägt ist. Da unverarbeitete Traumata häufig die Bindungsfähigkeit und Stressbewältigung der Eltern beeinträchtigen, erfahren ihre Kinder oft eine unsichere oder dysfunktionale Erziehung. Diese frühen Erlebnisse erhöhen das Risiko, selbst psychische Erkrankungen oder Suchtverhalten zu entwickeln, da Sucht eine scheinbare Möglichkeit darstellt, mit unbewältigten emotionalen Belastungen umzugehen. Der Mangel an gesunden Bewältigungsstrategien und emotionaler Sicherheit führt dazu, dass sich destruktive Muster fortsetzen, was den Kreislauf von Trauma und Abhängigkeit über Generationen hinweg perpetuiert.

Sucht als Bindungsstörung

Sucht kann als Ausdruck einer tiefgreifenden Bindungsstörung verstanden werden, die häufig auf frühen Beziehungserfahrungen beruht. Menschen, die in ihrer Kindheit unsichere oder traumatische Bindungen erfahren haben, haben oft Schwierigkeiten, stabile und vertrauensvolle Beziehungen zu anderen aufzubauen. Da sichere Bindungen für die emotionale Regulation von entscheidender Bedeutung sind, suchen Betroffene häufig in Substanzen oder zwanghaften Verhaltensweisen einen Ersatz für Nähe, Trost und Sicherheit. Alkohol, Drogen oder übermäßiges Essen können vorübergehend Gefühle der Leere, Angst oder Einsamkeit betäuben, können jedoch keine echte emotionale Verbindung ersetzen. Die Abhängigkeit von Suchtmitteln wird so zu einem dysfunktionalen Bindungsersatz, der kurzfristige Erleichterung verschafft, langfristig jedoch die Fähigkeit zu gesunden und stabilen Beziehungen weiter untergräbt. Eine erfolgreiche Therapie muss daher nicht nur die Sucht behandeln, sondern auch die zugrunde liegenden Bindungsverletzungen angehen, um nachhaltige Heilung und emotionale Stabilität zu fördern.

Die bindungsbasierte Suchttherapie setzt auf die enge Verknüpfung zwischen frühen Bindungserfahrungen, Trauma und Suchtverhalten. Da viele Suchterkrankungen auf unbewältigten Bindungsverletzungen beruhen, spielt der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung eine zentrale Rolle im Heilungsprozess.

Durch eine stabile, empathische und wertschätzende Beziehung zum

Therapeuten/zur Therapeutin können Betroffene neue, positive Beziehungserfahrungen machen, die korrektiv wirken können. Diese helfen, vergangene emotionale Verletzungen zu bearbeiten und alternative Strategien zur Emotionsregulation zu entwickeln. Anstatt auf Substanzen oder destruktive Verhaltensweisen zurückzugreifen, um mit Angst, Schmerz und Unsicherheit umzugehen, lernen Betroffene, emotionale Nähe zuzulassen, Vertrauen zu sich selbst und anderen aufzubauen und auf gesunde Weise mit Stress umzugehen. Die Berücksichtigung von Trauma- und Bindungsarbeit ermöglicht es der Suchttherapie, nachhaltige Veränderungen zu bewirken und den Betroffenen einen Weg zu innerer Stabilität und erfüllenden Beziehungen zu eröffnen.

Suchttherapie als Reise zum „inneren Kind“

Suchttherapie kann als eine Reise zum „inneren Kind“ verstanden werden – jener verletzlichen, frühen Version des Selbst, die oft tiefsitzende emotionale Wunden trägt. Viele Menschen mit Suchterkrankungen haben in ihrer Kindheit Vernachlässigung, emotionale Kälte oder Missbrauch erfahren und unbewusst Schutzmechanismen entwickelt, um mit diesen Schmerzen umzugehen. In der therapeutischen Arbeit wird das innere Kind behutsam in den Heilungsprozess integriert: Durch Selbstmitgefühl, innere Dialoge und therapeutische Unterstützung lernen Betroffene, sich ihren verdrängten Bedürfnissen und Gefühlen zu stellen. Anstatt den Schmerz mit Sucht zu betäuben, entsteht die Möglichkeit, sich selbst liebevoll anzunehmen und gesunde Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Wiederverbindung mit dem inneren Kind eröffnet den Weg zur emotionalen Heilung und ermöglicht es, frühkindliche Verletzungen aufzulösen, anstatt sie weiterhin durch destruktive Verhaltensweisen zu kompensieren.

Neuro-Psychodynamik von Trauma und Sucht – abschließende Bemerkungen

Im Einklang mit der Social Baseline Theory (SBT) ist das menschliche Gehirn darauf ausgerichtet, Stress nicht allein, sondern in Verbindung mit anderen Menschen zu bewältigen. In der Praxis bedeutet dies, dass eine sichere und unterstützende therapeutische Beziehung entscheidend für den Heilungsprozess ist. Besonders

bei Sucht und Trauma, die häufig mit intensiven emotionalen und physiologischen Stressreaktionen einhergehen, hilft die Integration sozialer Unterstützung in der Therapie, das Stressniveau zu senken und das Gefühl von Sicherheit wiederherzustellen. Der therapeutische Prozess fördert dabei nicht nur die Verarbeitung von Trauma und die Reduktion von Suchtverhalten, sondern aktiviert auch neurobiologische Mechanismen, die durch Bindung und Mitgefühl stabilisiert werden. Auf diese Weise können die Patient*innen lernen, mit belastenden Emotionen gesund umzugehen, ohne auf Suchtmittel zurückzugreifen, und erleben eine nachhaltige Heilung, die auf der sicheren Basis sozialer Verbundenheit aufbaut. In Kombination mit neuropsychologischen Ansätzen, die sich auf Gehirnprozesse und Stressregulation konzentrieren, unterstützen bindungsbasierte Interventionen dabei, dysfunktionale Muster zu durchbrechen und die Heilung zu fördern. Diese Veränderungen beruhen auf der Fähigkeit des Gehirns zur Neuroplastizität – also der lebenslangen Möglichkeit, neuronale Netzwerke umzustrukturieren und neue Verbindungen zu schaffen. Durch gezielte therapeutische Impulse und korrigierende Beziehungserfahrungen wird das emotionale Erleben neu verankert und alte, traumabedingte Reaktionsmuster können sich auflösen. Persönlichkeitsentwicklung wird so nicht als starres Konstrukt verstanden, sondern als dynamischer Prozess, der im sicheren Rahmen von Beziehung und Achtsamkeit reifen kann. Langfristig entsteht ein stabiles Selbstbild, das nicht mehr von Angst oder Scham dominiert wird, sondern von Selbstwirksamkeit, Integration und innerer Kohärenz getragen ist.

Literatur auf Anfrage erhältlich

Univ. Prof. PD mult. Dr. Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Klinischer und Gesundheitspsychologe; Psychotherapeut, Professor für Prozess- und Outcome Forschung an der Sigmund Freud Uni Wien, Professorial Teaching Fellow an der Uni Wien, Privatdozent an der Uni Graz und Med Uni Graz, Wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein Grüner Kreis

Sozialarbeiterische Prävention

Ein Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung von Suchterkrankungen



von Sandra Mann

Die sozialarbeiterische Präventionsarbeit in der Behandlung von Suchterkrankungen wird in Zukunft zunehmend durch neue Technologien und innovative Ansätze geprägt werden. Digitale Interventionen, wie Online-Suchtberatung und App-basierte Programme, werden eine immer größere Rolle spielen.

Als Psychotherapeutin und Sozialarbeiterin konnte ich in den vergangenen Jahren meiner Anstellung beim Verein Grüner Kreis einen großen Einblick in den Suchtbereich erhalten und Erfahrungen in der Arbeit und Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen sammeln. Diese Zeit war geprägt von Begegnungen und wertvollen Erfahrungen, die meinen Blick auf die Herausforderungen und Möglichkeiten im Bereich der Suchttherapie nachhaltig geprägt haben. In dieser Zeit habe ich jedoch nicht nur die oft schwierigen Anforderungen und Hürden meiner Klient*innen kennengelernt, sondern auch die beeinflussende Wirkung von Präventionsarbeit erfahren. Mein Engagement für die Suchtprävention in der Sozialarbeit ist tief verwurzelt in der Überzeugung, dass frühzeitige Interventionen und unterstützende Netzwerke entscheidend sein können,

um Menschen auf ihrem Weg zu einem gesünderen Leben zu begleiten. In diesem Artikel möchte ich meine Erkenntnisse und Erfahrungen teilen, um das Bewusstsein für die Bedeutung von Prävention zu schärfen und Wege aufzuzeigen, wie man in der Arbeit mit Suchtklient*innen einen positiven Einfluss auf das Leben von Betroffenen und Angehörigen ausüben kann. Suchterkrankungen sind mehrschichtig und stellen für das Individuum ein erhebliches gesundheitliches, gesellschaftliches und auch wirtschaftliches Problem dar. Sie betreffen nicht nur die Klient*innen selbst, sondern auch deren Familien, Freund*innen und die Gesellschaft insgesamt. Die sozialarbeiterische Prävention in der Suchtbehandlung spielt eine zentrale Rolle, indem sie darauf abzielt, das Entstehen von Suchterkrankungen zu minimieren und die Auswirkungen bestehender Erkrankungen zu mildern. Sozialarbeiter*innen übernehmen eine Schlüsselrolle in der Frühintervention, der Therapieunterstützung und der Integration von Betroffenen in die Gesellschaft.

Dieser Artikel untersucht die Bedeutung und die verschiedenen Facetten der sozialarbeiterischen Präventionsarbeit in der Behandlung von Suchterkrankten. Dabei werden verschiedene Präventionsansätze und -methoden der Sozialarbeit dargestellt, die Herausforderungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit erörtert und ein Ausblick auf zukünftige Entwicklungen gegeben.

Theoretische Grundlagen der Suchtprävention

Was ist Sucht?

Sucht ist ein komplexes, multifaktorielles Phänomen, das psychische, soziale und biologische Aspekte umfasst. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Sucht eine „chronische, rezidivierende Erkrankung des Gehirns, die durch die unkontrollierte Einnahme von psychoaktiven Substanzen oder das Ausführen von Verhaltensweisen gekennzeichnet ist“ (WHO, 2019). Die

Symptome beinhalten eine starke Abhängigkeit von einem bestimmten Suchtmittel oder Verhalten, die Entstehung von Toleranz und das Auftreten von Entzugserscheinungen bei einem Versuch der Abstinenz.

Es gibt zahlreiche Formen von Sucht, die sich in ihrer Ausprägung und den betroffenen Substanzen unterscheiden. Die am weitesten verbreiteten Substanzen sind Alkohol, Drogen, Medikamente und Nikotin. Daneben gibt es auch nicht stoffgebundene Süchte wie Spiel-, Internet- oder Arbeitssucht. Die Ursachen für Suchterkrankungen sind vielfältig und reichen von genetischen Faktoren über psychische Erkrankungen bis hin zu sozialen und Umweltfaktoren.

Suchtmodelle und -theorien

Es gibt verschiedene Modelle zur Erklärung von Sucht, die unterschiedliche Perspektiven auf die Ursachen und Mechanismen von Suchterkrankungen bieten. Die biologischen Modelle konzentrieren sich auf genetische Prädispositionen und neurochemische Veränderungen im Gehirn. Psychologische Modelle, wie das behavioristische Modell, erklären Sucht als erlerntes Verhalten, das durch wiederholte Belohnung verstärkt wird. Die sozialen Modelle betonen den Einfluss des sozialen Umfelds, von gesellschaftlichen Normen und von Gruppenzugehörigkeiten auf die Entstehung von Suchtverhalten (Müller, 2020). Für die sozialarbeiterische Prävention ist es wichtig, diese verschiedenen Theorien zu berücksichtigen, um individuell zugeschnittene Präventions- und Interventionsprogramme zu entwickeln. Prävention kann dabei sowohl auf der Ebene des Individuums als auch auf der Ebene der Gemeinschaft ansetzen.

Prävention in der sozialarbeiterischen Praxis

Ziele der sozialarbeiterischen Prävention

Die sozialarbeiterische Prävention verfolgt das Ziel, Suchterkrankungen von vornherein zu verhindern oder in ihrer Entstehung zu verzögern. Sozialarbeiter*innen sind

auf mehreren Ebenen tätig; Sie intervenieren sowohl präventiv bei Risikogruppen als auch in der Frühphase von Suchtverhalten. Das Ziel der Prävention in der Sozialarbeit ist es, Risikofaktoren zu minimieren, Schutzfaktoren zu stärken und die Lebensqualität der Betroffenen zu fördern.

Zu den zentralen Zielen gehören:

- **Frühintervention:** Identifizierung von Risikofaktoren und frühzeitige Unterstützung von gefährdeten Personen, um das Entstehen einer Sucht zu verhindern.
- **Gesundheitsförderung:** Förderung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen und Lebensstilen, die eine Suchtentwicklung verhindern.
- **Stärkung von sozialen Netzwerken:** Förderung der sozialen Integration und der Ressourcen von Individuen und Gruppen, die einen Schutz vor Sucht darstellen können.
- **Schutzfaktoren:** Aufbau von Fähigkeiten, die es den Betroffenen ermöglichen, mit belastenden Lebenssituationen besser umzugehen.

Präventionsansätze und -methoden

In der sozialarbeiterischen Praxis kommen verschiedene Präventionsansätze zur Anwendung. Diese beinhalten sowohl universelle als auch selektive Maßnahmen.

• **Universelle Prävention:** Diese richtet sich an die gesamte Bevölkerung und hat das Ziel, das allgemeine Risiko von Suchterkrankungen zu reduzieren. Aufklärung und Sensibilisierung sind hierbei im Fokus: Aufklärungskampagnen, Informationsveranstaltungen und Workshops zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen sind typische Maßnahmen.

• **Selektive Prävention:** Diese richtet sich an bestimmte Risikogruppen, wie etwa Jugendliche in belastenden Lebenssituationen oder Menschen in schwierigen sozialen Verhältnissen. Zu den spezifischen Maßnahmen zählen hier: individuelle Beratungsangebote etwa in Zusammenarbeit mit Schulen oder Betreuungsstätten, präventive Freizeitangebote oder Aktivitäten, Familienarbeit...

• **Indizierte Prävention:** Diese richtet sich an Personen, bei denen bereits Anzeichen von Suchtverhalten bestehen, jedoch noch keine klinische Sucht diagnostiziert wurde. Ziel ist es, frühzeitig zu intervenieren, um eine Eskalation zu verhindern. Maßnahmen wären hier etwa Gesprächs- und Gruppentherapieangebote. In der sozialarbeiterischen Praxis sind neben der Aufklärung auch Interventionen wie das Einüben von Bewältigungsstrategien

und der Aufbau von Widerstandsfähigkeit zentrale Bestandteile.

Der präventive Ansatz in der sozialarbeiterischen Praxis: Ein Fallbeispiel

Ein praktisches Beispiel für sozialarbeiterische Präventionsarbeit in der Suchtbehandlung in Österreich ist das Projekt „Suchtprävention in Schulen“. In diesem Rahmen arbeiten Sozialarbeiter*innen eng mit Schulen zusammen, um Workshops und Informationsveranstaltungen für Schüler*innen, Lehrer*innen und Eltern anzubieten. Ziel dieser Maßnahmen ist es, Jugendliche frühzeitig über die Risiken von Suchtverhalten aufzuklären, gesunde Lebensstile zu fördern und alternative Bewältigungsstrategien zu vermitteln. Die Workshops können Themen wie den Umgang mit Stress, die Entwicklung von sozialen Kompetenzen und die Stärkung der Resilienz umfassen. Durch die Einbindung von Eltern wird zudem ein unterstützendes Umfeld geschaffen, das die Präventionsarbeit verstärkt.

Die Rolle der Sozialarbeit in der Behandlung von Suchterkrankungen

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Behandlung von Suchterkrankungen erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen, bei dem Sozialarbeiter*innen eine zentrale Rolle spielen. Sie arbeiten in enger Zusammenarbeit mit Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und anderen Fachkräften, um eine ganzheitliche Behandlung zu gewährleisten. Die sozialarbeiterische Perspektive bringt dabei einen wichtigen sozialen und systemischen Ansatz ein, der in der Behandlung von Suchtproblemen oft zu kurz kommt, wenn ausschließlich medizinische oder psychologische Methoden angewendet werden.

Sozialarbeiter*innen unterstützen betroffene Individuen durch die Bereitstellung von Ressourcen, etwa bei der Wohnungssuche oder in finanziellen Krisen. Sie helfen auch dabei, die sozialen Netzwerke der Betroffenen zu stabilisieren und die Integration in die Gesellschaft zu fördern.

Herausforderungen der sozialarbeiterischen Prävention und Therapie

Stigmatisierung und gesellschaftliche Ausgrenzung

Ein großes Hindernis in der Arbeit mit Suchtkranken stellt die Stigmatisierung dar. Suchtkrankheit wird in vielen gesellschaftlichen Kontexten nach wie vor als moralisches Versagen oder als Zeichen von Schwäche wahrgenommen. Diese Sichtweise erschwert die

Integration von Suchtkranken und kann zu einer Isolation der Betroffenen führen. Sozialarbeiter*innen spielen eine Schlüsselrolle in der Entstigmatisierung und in der Förderung einer gesellschaftlichen Akzeptanz von Suchtkrankheiten.

Ressourcenmangel und institutionelle Barrieren

Ein weiteres Problem in der sozialarbeiterischen Praxis sind die begrenzten Ressourcen. Sowohl in finanzieller als auch in personeller Hinsicht stoßen viele Programme an ihre Grenzen. Die zunehmende Zahl an Suchtkranken erfordert eine bessere Ausstattung und stärkere institutionelle Unterstützung.

Ausblick und zukünftige Entwicklungen

Die sozialarbeiterische Präventionsarbeit in der Behandlung von Suchterkrankungen wird in Zukunft zunehmend durch neue Technologien und innovative Ansätze geprägt werden. Digitale Interventionen, wie Online-Suchtberatung und App-basierte Programme, werden eine immer größere Rolle spielen. Diese digitalen Angebote ermöglichen es, schnell und flexibel auf die Bedürfnisse von Klient*innen einzugehen und die Prävention sowie die Therapie zu personalisieren.

Fazit

Die sozialarbeiterische Prävention ist ein essenzieller Bestandteil in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Suchterkrankungen. Durch gezielte Maßnahmen, die Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und die Entwicklung von individuellen Interventionsprogrammen kann die Sozialarbeit maßgeblich dazu beitragen, die Entstehung von Suchtverhalten zu verhindern und die Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern. Es bleibt jedoch wichtig, dass sozialarbeiterische Prävention weiterhin systematisch ausgebaut und regelmäßig adaptiert wird, um den wachsenden Herausforderungen und Entwicklungen in der Suchtbehandlung gerecht zu werden.

Sandra Mann, BA

ist Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision im Verein Grüner Kreis; Ausbildungen: Bachelor Soziale Arbeit (FH Campus Wien), Psychotherapeutisches Propädeutikum, (HOPP - Universität Wien), Masterlehrgang Integrative Psychotherapie (Donau Universität Krems), laufend: Bachelorlehrgang Orientalistik

Alkoholforschung als Alkoholgeschädtenforschung

Ein Zwischenruf



Foto: Chantal A. Pils

von Hasso Spode

So wird eine Alkoholforschung, die ihren Gegenstand als „legale Droge“ definiert, zu anderen Resultaten gelangen als die Önologie, die den Wein als „Genussmittel“ analysiert ...

Warum jeder Tropfen Alkohol ungesund ist“, titelten die *Stuttgarter Nachrichten* am 16. August 2024 und behaupteten: „Experten sind sich einig.“ Esging um eine Neuberechnung von 107 empirischen Arbeiten, eine sogenannte Meta-Studie aus Kanada, wonach mäßiger Konsum keine gesundheitlichen Vorteile gegenüber Abstinenz bringe; die vielen anders lauteten Studien wären meist fehlerhaft gewesen. In der – von der Meta-Studie gar nicht gedeckten – Lesart, dass jeder Tropfen ein Tropfen zuviel sei, ging die Meldung wie ein Lauffeuer durch die Medien, und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) nahm den Rummel zum Anlass, ihre Verbrauchsempfehlung drastisch zu senken: „risikofrei“ sei einzig null Gramm.¹ Bereits zuvor hatte die WHO verkündet: „Risiken beginnen beim ersten Tropfen“.² Doch keineswegs sind sich die „Experten“ da einig. Mehrheitlich gilt das Nichttrinken als riskant (für ältere Menschen), da es die Wahrscheinlichkeit ischämischer Insulte – die häufigste

Todesursache – wie koronare Herzkrankung und Schlaganfall erhöhe. Somit bestehe zwischen der Gesamtmortalität und dem Alkoholkonsum ein J-förmiger Zusammenhang, wenn auf der X-Achse der Alkoholkonsum der Probanden, auf der Y-Achse deren relatives Sterberisiko eingetragen wird: Die Mortalität der Abstinenten markiert den Anfang des J links (standardisiert auf den Wert 1); das Optimum, der niedrigste Wert (Nadir) des J (< 1) liegt demnach bei mäßigem Konsum, während bei stärkerem Konsum die Mortalität nach rechts hin ansteigt (> 1). Dies freut die Alkoholindustrie und deren Kunden, die ja in der Mehrheit mäßig trinken, und wurmt die alkoholkritisch engagierten „Experten“. Sie definieren das Wörtchen „mäßig“ möglichst eng, doch das kommunikative Problem der salutogenen Effekte des Alkohols ist damit nicht vom Tisch.

Die kanadische Meta-Studie ist denn auch nur der jüngste von etlichen Versuchen, die J-Kurve ganz aus der Welt zu schaffen, seit sie 1992 unter dem Label „French Paradox“ die Fachleute aufgeschreckt hatte (obschon diese Verteilungskurve keineswegs ein Paradox ist, sondern nur ein weiterer Beleg für das Die-Dosis-macht-das-Gift des Paracelsus). So rauschte es vor einigen Jahren nicht minder heftig durch den Blätterwald, als eine andere Meta-Studie nahelegte: „Selbst das eine Bierchen ist schon ungesund“, wie die Zeit vermeldete (24.8.2018); Bild ließ einen Drink gelten aber warnte (13.4.2018): „Jedes 2. Glas Wein verkürzt ihr Leben um 30 Minuten!“ Indes, was bei dieser Hiobsbotschaft³ übersehen wurde: Alle abstinenten Probanden waren vorher schlicht herausgerechnet worden. Vergleichbar mit der 2024er Studie wurde so aus dem J eine ansteigende Kurve und selbst die auf diese Weise manipulierte Erhöhung des Sterberisikos war bei mäßigem Konsum minimal. Die Fleißarbeit errang den zweifelhaften Titel

einer „Unstatistik des Monats“, und in Leserbriefen wurde die Zeit mit Häme überhäuft. So leicht lassen sich die Menschen nicht für dumm verkaufen.⁴

Man sieht, Alkohol erhitzt die Gemüter, ein ewiger Streit um das „richtige Leben“, der bis in biblische Zeiten zurückreicht.⁵ Grundsätzlich gilt: Der Umgang einer Gesellschaft mit alkoholischen Getränken resultiert aus dem Zusammenspiel von konsumbegrenzenden und konsumfördernden Faktoren. Hierzu zählen wirtschaftliche und sozialpolitische Interessen ebenso wie die technologischen Möglichkeiten einer Kultur und deren religiöse, ethische, fiskalische und juristische Vorschriften. All dies beeinflusst die Nachfrage. Vorgängig aber sind die Strukturen eines eher unbewussten Denkens und Fühlens, eines epochentypischen *semantischen Grundinventars*, das den alkoholischen Getränken ihre Eigenschaften zuweist. Diese waren im Laufe der Geschichte höchst unterschiedlich und reichten vom magischen Zaubersantel bis zum schleichenden Gift. Eine gewisse Konstante aber war, dass sie kontrovers bewertet wurden. Seit der Antike hören wir manches Lob und manche Klage mit schöner Regelmäßigkeit. So würde der Wein Verstand und Gesundheit mehren, andererseits jedoch mindern; er sei gemacht, den Menschen zu erfreuen, jedoch auch die Wiege vieler Laster. Insbesondere eine Konstante findet sich: Es wurde prinzipiell zwischen *usus* und *abusus*, dem rechten Gebrauch und dem Missbrauch, unterschieden; das Ideal war hier wie überall im Leben die *mesotes*, lat. *temperantia*, d.h. der Mittelweg zwischen Askese und Exzess.⁶ Über dessen konkrete Gestalt, also die angemessenen Trinkmuster und -mengen, war freilich niemals ein stabiler Konsens zu erzielen. Zumal in der Neuzeit – beginnend mit der Reformation als Luther wider den „Saufteufel“ predigte – eskalierte der Streit um das „rechte Maß“ an der Tafel, und die

jeweils vorherrschende Trinkkultur neigte sich phasenweise bald nach der permissiven, bald (wie auch gegenwärtig wieder) nach der restriktiven Seite.

Dabei gewannen allmählich jene Argumente die Oberhand, die nicht theologisch-sittlich begründet waren, sondern wissenschaftlich-rational. So entstand im 19. Jahrhundert das, was wir heute Alkoholforschung oder Suchtforschung nennen. Anstelle von Bibelworten, moralischen Appellen und zornigen Mandaten der Obrigkeit wurden nun nüchterne Statistiken und Laborwerte zur Legitimationsbasis der Trinknormen erhoben. Allerdings kam es in der Forschergemeinde bald zu einem erbitterten Ringen zwischen den „Mäßigen“ und den „Abstinenten“, die – eng liiert mit „alkoholgegnerschaftlichen“ Organisationen wie den Guttemplern – die tradierte Unterscheidung von Ge- und Missbrauch verwarfen: jeglicher Konsum sei Missbrauch (was dann in einigen Ländern folgerichtig zur Prohibition führte – und jetzt wieder *mutatis mutandis* von der DGE propagiert wird). Man sieht: Die Wissenschaft ist keineswegs eine der Kultur entrückte Produktionsstätte von Tatsachen. Vielmehr bleiben auch ihre Erkenntnisse eingebunden in Interessen- und Konfliktlagen und in deren semantisches Inventar.

So wird eine Alkoholforschung, die ihren Gegenstand als „legale Droge“ definiert, zu anderen Resultaten gelangen als die Önologie, die den Wein als „Genussmittel“ analysiert, und diese wiederum zu anderen als die Soziologie oder die Historie, die nach den Funktionen und Bedeutungen „psychoaktiver Substanzen“ fragen. Ein Königsweg bestünde darin, gelegentlich über den Tellerrand zu blicken, sprich: den fächertypischen Begrenzungen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und Synthesenbildung zu begegnen. Nur so lässt sich ein tieferes Verständnis des Rauschtranks und somit auch eine nachhaltige Präventionsstrategie erreichen.

Davon ist die Alkoholforschung in ihrer Mehrheit weit entfernt. Es dominiert der eng horizontierte „Experte“. Indem er seine Existenzberechtigung aus dem Anspruch ableitet, unmittelbar praxisrelevante Ergebnisse vorzulegen, kann er Zweifel an deren Wahrheit strukturell nicht zulassen. Von dem riesigen Feld der erkenntnistheoretischen Forschung,

die den Wahrheitsbegriff problematisiert, weiß die Alkoholforschung nichts oder will sie nichts wissen. Dies aber muss sich just dort fatal auswirken, wo eine Forschergemeinde angetreten ist, in das Privatleben der Menschen einzugreifen – vorgängige Ideale und Weltbilder können ungehindert die Filter wissenschaftlicher Standards passieren. Das macht diese Alkoholforschung zu einem moralischen Interessenverband.⁷ Umso wortreicher wird wissenschaftliche Reputation und Objektivität reklamiert – wenn sich jemand gravitatisch auf die „harten Fakten“ beruft, sollte das allemal misstrauisch machen!

Zur Ehrenrettung der Alkoholforschung sei angemerkt, dass statt von der medial unterstellten Einigkeit allenfalls von Mehrheitsmeinungen zu sprechen wäre. Natürlich gibt es auch hier divergierende Strömungen, schwelt gleichsam der einstige Streit zwischen „Mäßigen“ und „Abstinenten“ fort; vereinzelt findet sich sogar ein Bewusstsein für erkenntnistheoretische Fragen. Und zur Ehrenrettung der beteiligten Akteure sei angemerkt, dass es nicht nur legitim, sondern geboten ist, Forschung mit Leidenschaft zu betreiben! Nur sollten dabei, wie wir seit Max Weber wissen, die jeweiligen Werthaltungen offengelegt und so möglichst neutralisiert werden: Es gilt, eine Balance zwischen politisch-sozialem Engagement und einer emotionalen Distanzierung vom Thema zu finden.⁸

Auch von einer solchen Balance ist die Alkoholforschung in ihrer Mehrheit weit entfernt. Sie ist Partei im Moralstreit um das „richtige Leben“. Daher sind die stummen, intrinsischen Mechanismen prekär, die Frage- und Zielstellung der Studien und damit partiell deren Ergebnisse unbewusst steuern und bisweilen sogar bewusst manipulieren. Bereits das semantische Inventar der etablierten Alkoholforschung hat massiv ethische Prämissen inkorporiert und lenkt entsprechend die vorgeblich objektive Arbeit: Wird Alkoholkonsum einzig und allein als Quelle von „Krankheit, Unglück, Verlust, Schmerz, Entsagungen, Selbstverneinung, familiäre(r) Zerrüttung, Verletzungen anderer und Zerstörungen“ definiert,⁹ treten wichtige Aspekte in den Blick. Andere jedoch nicht. Im Dunkeln bleibt zum Beispiel, weshalb sich ethanolhaltige Getränke seit Jahrtausenden so großer Beliebtheit erfreuen.

Die medizinisch-epidemiologische Alkoholforschung hat darauf keine Antwort. Dass die Menschen zu Recht oder zu Unrecht glauben, mit Rotwein ihre Herzkranzgefäße zu putzen, wieder endlose Streit um das „French Paradox“ nahelegt, ist jedenfalls nicht der Grund. Wir haben zwar eine blühende Alkoholfolgeschädenforschung aber noch kaum eine Alkoholforschung.

¹ Risikoarm seien max. 26 g Reinalkohol (z.B. „2 kleine Gläser Wein“) pro Woche; zuvor: 20 g für Männer, 10 g für Frauen pro Tag; <https://www.dge.de/wissenschaft/stellungnahmen-und-fachinformationen/positionen/alkohol/>.

² <https://www.who.int/europe/de/news/item/28-12-2022-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>; Anlass war eine andere Meta-Studie, die weit weniger Beachtung fand.

³ Vgl. zum medialen Alarmismus generell U. Keller: Bilder vom Alkohol. In: Vokus 13(2003).

⁴ <https://hist-soz.de/publika/ZEIT19-Alkohol2.pdf>; <https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/unstatistik/archiv/2018>.

⁵ Vgl. H. Spode: Die Macht der Trunkenheit, Opladen 1993; T. Hengartner/C.M. Merki (Hg.): Genussmittel, Frankfurt 2001.

⁶ Wegweisend Aristoteles: Nikomachische Ethik II, 6-9.

⁷ Vgl. H. Spode: Der Europäische Aktionsplan Alkohol und seine Vorläufer. In: H.-J. Teuteberg (Hg.): Die Revolution am Esstisch, Stuttgart 2004; s.a. A. Uhl: How to camouflage ethical questions in addiction research. In: J. Fountain/D.J. Korf (Hg.): Drugs in Society, Oxford 2007.

⁸ Vgl. M. Weber: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, 7. Aufl., Tübingen 1988; N. Elias: Engagement und Distanzierung, Frankfurt 1983.

⁹ So der Klassiker G. Edwards (Hg.): Alkoholkonsum und Gemeinwohl, Stuttgart 1997, S. 7. Vgl. nun das von der DGE aufgestellte Sündenregister des Alkohols, das von Adipositas bis zur Freisetzung klimaschädlicher Gase reicht: Anm. 1 oben (Supplement).

Weitere Literatur auf Anfrage

Prof. Dr. Hasso Spode

Leibniz-Universität Hannover und TU Berlin, ist Historiker und Soziologe. Er publizierte zahlreiche Medienbeiträge und rund dreihundert wissenschaftliche Arbeiten, u.a. zur Geschichte und Gegenwart des Alkohols und zur Wissenschaftstheorie. Sein Buch „Die Macht der Trunkenheit“ wurde zu einem Standardwerk der historischen Alkoholforschung.



Genießen mit gutem Gewissen

Bio-Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis

Freilandhaltung

bio-schwein@gruenerkreis.at

beste Bio-Qualität

Beratungs- & Betreuungsteam

Wien

Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 664 384 08 27
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Birgit Handler-Puhl, DSA, MA (Justiz Wien)
Tel.: +43 664 811 1665
mail: bwien3@gruenerkreis.at
Reinhard Krainer, BA
Tel.: +43 664 180 97 09
mail: bwien3@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)
Tel.: +43 664 230 53 12
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 664 811 1676
mail: gabriele.stumpf@gruenerkreis.at
Lara Kirnbauer, MSc (NÖ, B)
Tel.: +43 664 822 01 24
mail: lara.kirnbauer@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Susanne Mair, BA
Tel.: +43 664 811 1024
mail: susanne.mair@gruenerkreis.at
Armin Steiner-Hickl, BA
Tel.: +43 664 811 1007
mail: armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at

Steiermark

Anna-Maria Ranftl, MA
Tel.: +43 664 811 1023
mail: anna-maria.ranftl@gruenerkreis.at
Sarah Maria Koberg, MA
Tel.: +43 664 811 1041

Beratung & Hilfe

mail: sarah.koberg@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol, Südtirol

Dipl. Päd. Marcel Kogler, BA
Tel.: +43 664 384 02 80
mail: marcel.kogler@gruenerkreis.at

Salzburg

Armin Steiner-Hickl, BA
Tel.: +43 664 811 1007
mail: armin.steiner-hickl@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Leo Teissl
Tel.: +43 664 821 99 74
mail: leo.teissl@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren

Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 1 5269489 | Fax: +43 1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 1 710 74 44 | Fax: +43 1 710 74 44-87
mail: bwien3@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

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

Graz

8010 Graz, Frauengasse 7
Tel.: +43 316 760196 | Fax: +43 316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Conrad-Platz 3
Tel.: +43 664 384 0280 | Fax: +43 463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 664 811 1024 | Fax: +43 732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

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