

Dirk Menzel / Werner Wiater (Hrsg.)

# **Mit Verhaltensauffälligkeiten im Schulalltag umgehen**

# Inhalt

<b>Vorwort der Herausgeber .....</b>	<b>5</b>
 DIRK MENZEL Vorkommen und Ursachen von Unterrichts- und Verhaltensstörungen Eine Einführung aus schulpädagogischer Perspektive .....	   <b>7</b>
 WERNER WIATER Von der Schwierigkeit, das Verhalten von Schülern zu ändern .....	  <b>34</b>
 <b>1. Auswirkungen physiologischer Ursachenfelder in der Schule</b>	
 ALFRED WIATER & SANDRA OVERMANN Verhaltensbesonderheiten von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen .....	   <b>58</b>
 MONIKA DRÄGER Kinder mit körperlich-motorischen Auffälligkeiten .....	  <b>83</b>
 DIRK MENZEL Linkshändigkeit .....	  <b>92</b>
 BRUNO J. SCHOR & ALFONS SCHWEIGGERT Autismus .....	  <b>102</b>
 <b>2. Auswirkungen sozialer Ursachenfelder in der Schule</b>	
 GÜNTHER DEEGENER & WILHELM KÖRNER Verhaltensbesonderheiten von Kindern und Jugendlichen aufgrund von körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie Vernachlässigung .....	   <b>119</b>
 DORIS MANSCHKE Kulturbedingte Verhaltensbesonderheiten am Beispiel von türkischen Schülerinnen und Schülern in der Regelschule .....	   <b>135</b>

### **3. Aufmerksamkeit und Konzentration in der Schule**

KLAUS SKRODZKI

Kinder und Jugendliche mit ADHS ..... 153

ERWIN BREITENBACH

Die Behandlung von Störungen der Aufmerksamkeit unter besonderer  
Berücksichtigung pädagogischer Handlungsfelder ..... 167

ULRIKE SCHAUPP

Immer dieser Michel ... Oder: Tipps zum täglichen Umgang mit  
aufmerksamkeits- und konzentrationsschwachen Kindern und Jugendlichen ..... 177

### **4. Aggression und Gewalt in der Schule**

ULRIKE SCHAUPP

Schlag auf Schlag – „Pädagogische Präsenz“ statt Aggression und Gewalt  
in der Schule ..... 185

HERBERT SCHEITHAUER & ANJA SCHULTZE-KRUMBHOLZ

Bullying und Cyberbullying unter Schülern ..... 211

HERBERT SCHEITHAUER & HEIKE DELE BULL

Prävention von Bullying und Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen  
im Schulkontext: das fairplayer.manual ..... 229

STEFANIE WEKENMANN

Förderung sozialer Kompetenzen bei Kindern ..... 234

JENS WEIDNER

Konfrontative Pädagogik: Eckpfeiler eines neuen Trends in Sozialer Arbeit  
und Erziehungswissenschaft ..... 245

### **5. Sexualisierte Gewalt in der Schule**

HELGA IHM & ALEXANDRA STUPPERICH

Über den Umgang mit sexualisiertem Verhalten im Schulsetting ..... 257

MARIA STEINER	
Sexualisierte Gewalt an Mädchen und Frauen .....	275

PETER MOSSER	
Sexueller Missbrauch als möglicher biographischer Hintergrund verhaltensauffälliger Jungen .....	283

ULRIKE HERLE	
Das Power-Child Schulnetzwerk zum Schutz vor sexueller Gewalt .....	302

## **6. Sucht und Abhängigkeit in der Schule**

VOLKER BARTH	
Alkohol-/Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen ....	306

ANNETTE TESKE	
Medienabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen .....	328

EVA WUNDERER	
Essstörungen und Prävention von Essstörungen in der Schule .....	348

## **7. Emotionale Auffälligkeiten in der Schule**

CARMEN ADORNETTO & SILVIA SCHNEIDER	
Angststörungen und Prävention von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen .....	360

DIRK MENZEL	
Selbstverletzung, Tics und Zwangsstörungen .....	370

HEINRICH RICKING	
Schulabsentismus als pädagogische Herausforderung .....	380

## **8. Jugendschulden**

CLAUDIA CASPARI	
Schulden bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen .....	393

## **Schlusswort**

DIRK MENZEL & WERNER WIATER

... und die Lehrkräfte der Kinder und Jugendlichen mit Förderbedarf?..... 403

**Verzeichnis der Autorinnen und Autoren** ..... 407

## **Alkohol-/Drogenmissbrauch und -abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen**

### **1. Einführung ins Thema**

Die Einnahme von psychotropen Substanzen, d. h. von Stoffen, die bewusstseinsverändernd wirken, ist ein gesellschaftlich etabliertes Verhalten. Hierbei spielen die so genannten legalen Suchtmittel (vor allem Alkohol und Nikotin) eine weitaus größere Rolle als die so genannten illegalen Suchtmittel (vor allem Cannabis, Ecstasy, Kokain oder Heroin). Allerdings werden wir sehen, dass inzwischen Cannabis eine in Jugendkreisen weit verbreitete Droge darstellt. Im folgenden Beitrag wird der Schwerpunkt auf die stoffgebundene Suchtgefährdung und -erkrankung gerichtet, Essstörungen und nicht stoffgebundene Abhängigkeiten (z. B. Spielsucht und Kaufsucht) werden nicht berücksichtigt, obwohl sie inzwischen bei Jugendlichen bedenkliche Ausmaße angenommen haben. Man denke nur an den Missbrauch von Handys und dem Internet sowie die daraus entstehenden Sekundärfolgen (z. B. Verschuldung). Dennoch sind viele nachfolgend beschriebenen Grundlagen und Ursachen auch auf diese Störungsbilder anzuwenden. Die Begriffe „psychotrope oder psychoaktive Substanz“, „Droge“ und „Suchtmittel“ werden synonym verwendet. Die Diskussion um Sinn oder Unsinn der juristischen Unterscheidung in „legale und illegale“ Suchtmittel soll an anderer Stelle geführt werden, aus therapeutischer Sicht ist sie irrelevant.

Laut Schneider (2001, 23) stellt der Mensch wahrscheinlich seit 40.000 Jahren vergorene (also alkoholhaltige) Getränke her. Es scheint, dass Alkohol von Anfang an dazu verwendet wurde, Ängste vor Naturgewalten und den Ungewissheiten des Lebens zu mindern und zwischenmenschliche Kontakthürden zu beseitigen. Das erste schriftliche Zeugnis stammt von den Sumerern im Zweistromland (4.000 v. Chr.), das so genannte „monument bleu“. In anderen Kulturkreisen werden ebenfalls seit Jahrtausenden weitere Drogen verwendet (z. B. Kokablätter in Südamerika oder Opium in Asien). Welche zentrale Rolle Suchtmittel in unserem Leben spielen, zeigen zum einen die im Jahrbuch Sucht (DHS, 2009) jedes Jahr neu veröffentlichten Konsumzahlen. So lag 2007 der Pro-Kopf-Verbrauch von Bier bei 111,7 Litern, von Wein bei 20,6 Litern und von Spirituosen bei 5,6 Litern. Beim Nikotin, der zweiten zentralen Droge der Deutschen, lag der Pro-Kopf-Verbrauch im gleichen Jahr bei 1.111 Zigaretten. Zum anderen sind gesellschaftliche Ereignisse ohne Suchtmittel kaum mehr vorstellbar (z. B. Jubiläen, Geburtstage, Silvester, Karneval, Oktoberfest etc.).

### **2. Suchtmittelkonsum bei Jugendlichen**

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass zur regulären Entwicklung vom Kind zum Erwachsenen auch die Initiierung des Suchtmittelgebrauchs zählt. Während es früher noch gesellschaftliche Regelungen mit speziellen Riten und Formen unter der Kontrolle Erwachsener für diese Schritte ins Erwachsenenleben gab, sind diese heute häufig verschwunden und die ersten Konsumversuche werden in den nur von Jugendlichen gefüllten sozialen Raum der Peer-Group verdrängt.

So ist also der Konsum von Suchtmitteln bei Jugendlichen nicht sofort ein Zeichen einer Störung, sondern laut Seifert (2002, 173 f) eine (von Erwachsenen häufig nicht tolerierte) Entwicklungsaufgabe, die im Einüben von Riten, Vorschriften und Grenzen im Umgang mit den „Rauschmitteln der Erwachsenen“ liegt. Allerdings gilt es auch einen weiteren wichtigen Aspekt zu beachten. Die Entwicklungsphase der Pubertät, geprägt durch Geschlechtsreife und seelisch-psychische Identitätssuche, ist für den Jugendlichen mit einer Reihe von Problemen und Krisen verbunden. Hier besteht die Gefahr, dass Suchtmittel als scheinbare Helfer durch ihre Wirkung den Weg durch diese Krisen kurzfristig „erleichtern“.

Zwischen Stadt und Land gibt es heute bei den Konsummustern von Suchtmitteln keine großen Unterschiede. In Zeiten von MTV und Internet haben wir eine globale Jugendkultur. Die Rollenmuster von Jugendlichen nähern sich immer weiter an. Auch die Verfügbarkeit von Suchtmitteln ist in den ländlichen Strukturen heute kein Problem mehr. Insbesondere in den östlichen Grenzregionen Deutschlands findet infolge der Drogenlabore für synthetische Drogen in Osteuropa teilweise eine Überschwemmung mit Drogen statt.

Laut Seifert (2002, 174) hat der Suchtmittelkonsum Jugendlicher folgende Hintergründe:

- eine demonstrative Vorwegnahme des Erwachsenenverhaltens,
- eine bewusste Verletzung von elterlichen Kontrollvorstellungen,
- ein jugendlicher Ausdruck des Mangels an Selbstkontrolle,
- ein geeignetes Mittel bei der Suche nach Grenzerfahrungen,
- eine Möglichkeit, sozialen Protest auszudrücken,
- eine Folge einer Ohnmachtsreaktion auf Konflikte und Spannungen in der Familie,
- eine Reaktion auf psychische und soziale Entwicklungsstörungen,
- eine Gelegenheit, Zugang zur Gleichaltrigengruppe zu erreichen,
- eine bewusste Normverletzung bzw. Ausdruck einer nichtkonformistischen Haltung,
- eine Spielart exzessiv-ritualisierten Verhaltens.

Der Suchtmittelkonsum (gerade von Jugendlichen) ist in Deutschland juristisch durch das Jugendschutzgesetz (JuSchG) und das Betäubungsmittelgesetz (BtmG) geregelt. Suchtmittelkonsum in bestimmten Situationen wird durch andere Gesetze (Straßenverkehrsordnung, Arbeitssicherheit) sanktioniert.

### 3. Vom Genussmittel zum Suchtmittel

Nach Löcherbach (1992, 71) liegen die Relationen im Ursachen-Wirkungszusammenhang von Suchtmittelgebrauch bei Jugendlichen wie folgt:

- Drogengebrauch ist ein sozial relevantes Interaktionsphänomen, an dem viele Faktoren auf einem Kontinuum von Zeit(en) unterschiedlich stark beteiligt sind, die sich gegenseitig bedingen, strukturieren, verändern, stabilisieren.
- Manchmal stellt Drogengebrauch ein übliches Entwicklungsmuster dar, das nach der Jugendzeit an Bedeutung verliert. Das kann, muss aber nicht zutreffen.
- Drogengebrauch kann eine Antwort auf Entwicklungsdruck sein bzw. kann als subjektiv vermeintlich funktionale Antwort auf den Versuch, sich sozial zu integrieren, verstanden werden.
- Drogengebrauch kann als intentionaler Akt, sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen, gesehen werden.
- Drogengebrauch wird auch als passives Problembewältigen und Ausweichen vor Konflikten interpretiert, obwohl er ebenso als aktiver Bewältigungsversuch von so genannten Entwicklungsaufgaben beschreibbar ist.

Wo liegen nun genau die Grenzen zwischen Genuss, Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit? Die Definition der Suchtmittelmenge bringt uns hier nicht weit. Zu unterschiedlich sind die Konsummuster, je nach Region und kulturellem Hintergrund. So gelten Bier und Wein mancherorts immer noch als Lebensmittel, und der Konsum führt nicht zwangsläufig zur Abhängigkeit. Versuchen wir es mit einer Differenzierung über die Definition der Begriffe.

**Gebrauch** zeichnet sich durch eine zielgerichtete, sinnvolle und hilfreiche Verwendung von Mitteln und Verhalten aus, der dem gesellschaftlichen, sozialen, familiären und persönlichen Rahmen entspricht oder angepasst ist.

Diesem Gebrauch, der eine gewisse Lebensnotwendigkeit beinhaltet, steht der **Genuss** gegenüber. Ein gutes Essen, lustvoller Sex, erfolgreiche Arbeit, die Freude über einen gelungenen Einkauf – all das verschafft uns Genuss. Genuss wird von einer nicht unbedingt notwendigen, aber angenehmen Befriedigung begleitet, die uns auf wohlthuende Weise kurzfristig Zufriedenheit bringt und mit unserer individuellen Vorstellung von Lebensqualität im Zusammenhang steht. Diese Form von Genuss repräsentiert teilweise unsere Kunst zu leben.

Anders als beim Genuss folgt dem **Missbrauch** nicht mehr nur angenehme Befriedigung. Missbrauch zieht stets selbstschädigende Folgen körperlicher, psychischer oder sozialer Art nach sich. So hat der Kater nach der Betriebsfeier oder zu Fasching – als Beispiel für einmaligen Alkoholmissbrauch – noch relativ überschaubare, wenn auch klar zuzuordnende selbstschädigende Folgen körperlicher Art. Das leere Portemonnaie nach einer Nacht im Spielkasino hat möglicherweise soziale, die depressive Leere im Kopf nach einem Kokainrausch psychische Konsequenzen. Die zunehmende



Häufigkeit und Regelmäßigkeit der Verwendung von Substanzen oder Verhaltensweisen, die wesentlich derartig negative Wirkungen mit sich bringen, werden Ausdruck ungelöster persönlicher Probleme, denen man auszuweichen hofft – unabhängig davon, dass der regelmäßige Missbrauch wiederum Schwierigkeiten erzeugt.

Eine missbräuchliche Verwendung von Sucht- und Rauschmitteln ist gekennzeichnet durch den fortgesetzten Gebrauch trotz Kenntnis der Probleme, die dadurch verursacht bzw. verstärkt werden sowie durch den wiederholten Konsum in kritischen Situationen; dadurch, dass die Störung seit mindestens einem Monat besteht und dass noch keine Abhängigkeit besteht.

Wo beginnt nun die „Sucht“ bzw. die „Abhängigkeit“? Grundsätzlich ist die Entstehung der „Sucht“ als ein fließender Prozess zu sehen, der beginnend bei verschiedenen gefährdend wirkenden Faktoren über die Entstehung und Festigung der Erkrankung bis zur Chronifizierung gehen kann (Barth, 1998; 2000). Gross (1992, 13) definiert „**Sucht**“ kurz **als „... unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- und Bewusstseinszustand“**. Dieses Verlangen kann durch die Einnahme von psychotropen Substanzen und/oder durch bestimmte Verhaltensweisen scheinbar kurzfristig im Sinne eines **Selbstheilungsversuches** befriedigt werden. Durch die Wiederholung dieses Selbstheilungsversuches beim erneuten Auftreten des Verlangens kann es dann zur „Abhängigkeit“ von einer Substanz oder Verhaltensweise kommen.

**Sucht wird qualitativ definiert als** insgesamt instabile Verhaltensweise, die die Überführung eines unangenehmen tatsächlichen Zustandes meist mit einer inadäquaten Methode in einen unerreichbaren angenehmen Zustand zum Ziele hat („suchen“) oder der Zielzustand wäre sogar erreichbar, aber er kann nicht zugelassen werden (Ambivalenz), kurz: **eine Verhaltensweise, die eine Übereinstimmung von Ist- und Sollzustand zu erreichen sucht, aber stets scheitert, ohne dass dies eine Rückwirkung auf das Verhalten hat**; der Süchtige wiederholt sein Verhalten, obwohl es keinen, seltenen oder nur geringfügigen Erfolg hat. Die irrationale Komponente ist implizit. Der therapiebedürftige Zustand („siechen“) ist wiederum quantitativ bestimmt.

Abhängigkeit wird definiert als insgesamt stabile Verhaltensweise, als Kompensationsmechanismus (nicht Substitution) eines Defektes. Beide bedingen sich wechselseitig und stabilisieren sich; wird die Kompensation entfernt, so tritt der korrespondierende Defekt zutage (im Falle eines Pharmakons: Entzugserscheinungen oder ein ursprünglich als Krankheit bezeichneter Defekt). Wiederum kurz gesagt: **Abhängigkeit ist eine Verhaltensweise, die eine Übereinstimmung von Ist- und Sollzustand zu erreichen sucht und stets für einen mehr oder weniger langen Zeitabschnitt auch erreicht**. Der Abhängige wiederholt sein Verhalten, weil es Erfolg hat.

Es mag auf den ersten Blick provozierend wirken, aber Abhängigkeit ist nicht per se als pathologisch einzustufen, da es viele selbstverständliche Abhängigkeiten im menschlichen Leben gibt (z. B. Abhängigkeit von der Nahrung, von einem Herzmedikament, von einer geliebten Person, deren Verlust in Form von Trauer ebenso „Entzugserscheinungen“ hervorrufen würde). Abhängigkeit kann eigentlich erst dann krankhaft sein, wenn das Abhängigkeitsobjekt auf den Abhängigen pathologisch und destruktiv wirkt und ihn schädigt (das kann z. B. ein pharmakologisch wirkender Stoff sein oder eine egoistische und böartige Person) und/oder wenn das jeweilige spezifische Abhängigkeitsverhalten, wie jedes andere neurotische Verhalten, durch seine mangelnde Differenzierung und Flexibilität zu innerer und äußerer Inkompatibilität führt. Sucht und Abhängigkeit, ihre Wechselwirkungen untereinander, ihre Verflechtungen mit anderen Verhaltensweisen und insbesondere ihre Manifestationen zusammen mit verschiedenen Objekten bestimmen das jeweilige individuelle Bild.

Wie kommt es denn nun überhaupt zur Krankheit „Sucht“? Leider gibt es hierfür keine einfache allgemeingültige Erklärung. **Sucht ist eine Erkrankung, die sich auf**

**physiologische, psychologische und soziale Ursachen und deren Wechselwirkungen zurückführen lässt.** Auch ist der Weg der Krankheitsentstehung nicht bei jedem Suchtkranken gleich. Wissenschaftlich blieb die Suche nach der Suchtpersönlichkeit erfolglos. So kann an dieser Stelle nur aufgelistet werden, in welchen Bereichen nach möglichen Ursachen für die Erkrankung jedes einzelnen Süchtigen zu suchen ist. Es werden sich auch immer wieder bestimmte Parallelen finden, letztlich wird aber jeder Suchtkranke einen individuell unterschiedlichen Ursachenkatalog vorweisen.

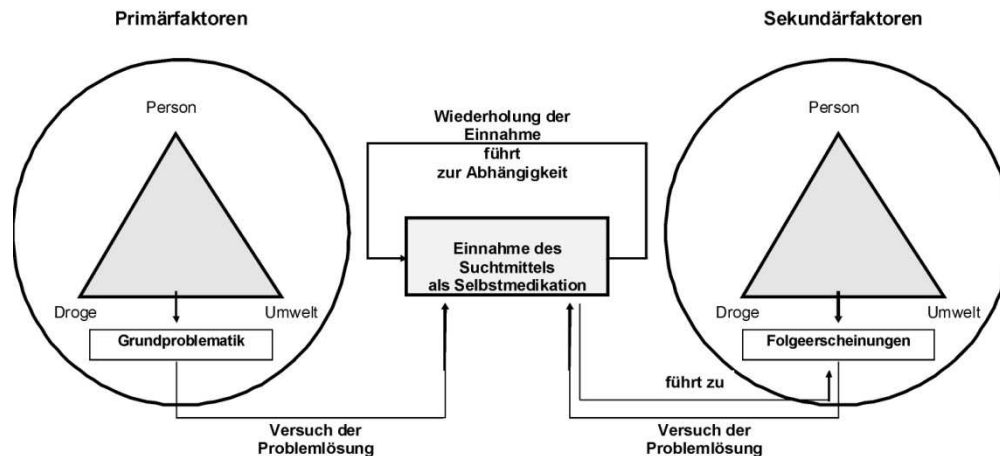


Abbildung 1: Entstehung und Folgen einer Suchtmittelabhängigkeit (Barth, 1998)

Die Entwicklung der Suchtmittelabhängigkeit ist unter multidimensionalen Aspekten zu beurteilen, insofern neben dem spezifischen psychotropen und in die Abhängigkeit führenden Drogeneffekt besondere Faktoren der bisherigen Persönlichkeitsentwicklung und phasenspezifische Übergangs- und Krisensituationen auf der einen sowie soziokulturelle Veränderungen und Anschlüsse des gesellschaftlichen Umfeldes auf der anderen Seite, eine unterschiedliche Relevanz für die Entstehung der Abhängigkeit haben. Es ist häufig versucht worden, verschiedene Gruppierungen der Drogenabhängigkeit und eine „Typologie der Suchtentstehung“ zu entwickeln, ohne dass es gelungen ist, ein Konzept zu realisieren, das alle relevanten Aspekte in sich vereint. Die Variabilität und Komplexität der Symptome, die Vielfalt der Reaktionen und persönlichkeitspezifischen Verhaltensweisen bei Suchtmittelabhängigen sind dafür verantwortlich zu machen.

Die der Sucht zugrunde liegenden Faktoren, hier **Primärfaktoren** genannt, können mittels eines Dreiecks in drei große Untergruppierungen aufgeteilt werden. Die drei Eckpunkte **Person, Umwelt und Droge** werden nachfolgend genauer betrachtet. Hierbei kommt es häufig auch zu Wechselwirkungen, die ebenfalls zu berücksichtigen sind (siehe Abbildung 1). Unter dem Begriff der **personenspezifischen Faktoren** sind alle Punkte zu nennen, die mit dem Menschen selbst, seiner persönlichen, biologischen und psychischen Geschichte, seinen Problemen und Schwierigkeiten zu tun haben. Es gibt eine Reihe von Untersuchungen, die sich mit **genetischen und biologischen Ursachen** der Sucht befassen (z. B. Tretter, 1998). So konnten zwar Zusammenhänge zwischen bestimmten genetischen Prädispositionen und späteren Suchterkrankungen festgestellt werden. Ebenfalls konnten bestimmte **neurobiologisch determinierte Prozesse** bei Suchtkranken beobachtet werden. Die Wissenschaft ist sich aber letztlich einig, dass die Erklärung der Suchtentstehung aufgrund bestimmter Veranlagungen als alleinige Grundlage nicht ausreicht. Die persönliche Entwicklung und Lerngeschichte und die daraus resultierende **körperliche und psychische Konstitution** sind ebenfalls entscheidende Faktoren der Suchtentstehung. Eine somatische Erkrankung und der Versuch, ihre körperlichen oder psychischen Folgen zu verarbei-

ten, sind oft Ausgangspunkte einer Abhängigkeit. Auch finden sich bei Suchtkranken häufig traumatische Ereignisse in der Lebensgeschichte, die teilweise über Jahre nur mittels einer Droge verdrängt werden konnten. Psychische Störungen aller Art, wie Depressionen, Ängste, mangelnde Frustrationstoleranz etc. sind oft schon Jahre vor einem Suchtmittelmissbrauch zu finden. Selbst schwere psychische Erkrankungen über das Borderlinesyndrom bis hin zu Psychosen sind bei Suchtmittelabhängigen häufiger beobachtbar als in der Durchschnittsbevölkerung. So schreiben Deisler/Barth (1993, 13 f): „Zumindest unter den vorselektierten suchtmittelabhängigen Patienten einer stationären Einrichtung findet man häufig Merkmale mangelnder Erregungskontrolle und Affektdifferenzierung (d. h. den oft nahtlosen Übergang verschiedener Basisaffekte ineinander, wie Wut, Angst, Trauer, Gier) bzw. die Abspaltung dieser Affekte, übermächtige Regressionswünsche, eine meist nur auf symbiotischer Ebene ausgeprägte Beziehungsfähigkeit und ein unrealistisches, narzisstisches Selbstbild, das zwischen Selbstüberschätzung und Nichtigkeitsvorstellungen schwankt.“ Hinzu kommen somatische Entwicklungsstörungen oder Defizite in der späteren Sozialisationsgeschichte bzw. Erkrankungen, wie sie z. B. auch aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie bekannt sind. Es handelt sich regelmäßig um einen Komplex verschiedenartiger Störungen, in denen Sucht und Abhängigkeit (Unfähigkeit zur Abstinenz, Verlust der Selbstkontrolle) dominieren oder sich verselbständigen haben. Nicht selten findet sich jene „stabile Instabilität“ im Sinne eines Mangels an innerer Struktur, die oft mit dem Begriff des Borderlinesyndroms (die überzeugendste Beschreibung findet sich bei Rhode-Dachser, 1986) verbunden wird. Suchttherapie wird nur dann Aussicht auf dauerhaften Erfolg haben, wenn sie imstande ist, **neben dem Suchtproblem auch das zugrunde liegende Persönlichkeitsbild und dessen Strukturmängel zu verändern.**

Betrachten wir als nächstes die umweltspezifischen Faktoren der Suchtentstehung. Sucht hat häufig auch eine soziale Komponente. Dies beginnt im konkreten engeren sozialen Umfeld der Süchtigen und geht bis zu allgemeingültigen, abstrakten gesellschaftlichen Normen. Dieser Punkt ist sicherlich gerade im Hinblick auf das Klientel der Jugendlichen besonders zu beachten. Daher sei an dieser Stelle aus einer Aufklärungsschrift der „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ ein Abschnitt zitiert:

*„Ein Ausdruck unserer Zeit scheint zu sein, dass Bedürfnisse nach Zuneigung, Verständnis, aber auch nach Anregung nicht durch persönlichen Einsatz mit Zuwendung, Fantasie und Kreativität befriedigt werden, sondern durch unpersönliche Mittel. Das können Süßigkeiten, Fernsehen oder auch andere Konsumartikel sein. Kinder werden mit Bonbons getröstet und stillgehalten. Kassetten, Fernsehen oder Video übernehmen die Unterhaltung, Eigenaktivität ist kaum noch erforderlich. Wer als Kind gelernt hat, dass Bedürfnisse nach Trost und Lob, nach Zuwendung und körperlichen Kontakt immer wieder durch unpersönliche Mittel erwidert werden, der neigt auch später leicht dazu, sich mit diesem Mittel über das, was ihm fehlt, hinwegzuträsten.*

*Ob und wie stark gerade Jugendliche drogengefährdet sind, das hängt in hohem Maße davon ab, wie sie Wünsche, Ängste und Gefühle verarbeiten können. Entscheidend ist das Verhalten in alltäglichen Konfliktsituationen; wird da unter Zuhilfenahme eines unpersönlichen Ersatzmittels ausgewichen oder hat der Jugendliche gelernt, sich persönlich und unmittelbar mit dem Alltag auseinanderzusetzen, seine Bedürfnisse zu erkennen und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.“*

Es kann sich also bei den Ursachen der oben beschriebenen psychischen Grundstörungen auch um die **Folgen sozialer Handlungen** handeln: Wenn es in der Lebensgeschichte traumatische Ereignisse gibt, so sind häufig familiäre Ursachen vorzufinden. Viele suchtkranke Menschen haben in ihrer Kindheit Misshandlungen bis hin

zum sexuellen Missbrauch (häufig durch nahe Verwandte) erlebt. Diese „Broken-home“-Situationen sind häufig Ausgangspunkt späterer Erkrankungen. Weniger dramatisch, aber auf eine spätere Suchterkrankung genauso einflussreich, ist das **Erziehungsverhalten der Eltern**. Die Eltern sind die ersten und wichtigsten Bezugspersonen eines Kindes. Sie sind **Vorbilder im Sinne des Modellernens nach Bandura**: So sei an dieser Stelle an den Bier trinkenden oder rauchenden Vater erinnert, der sein Kind beschimpft, weil dieses einen Joint geraucht hat. Hier hat sich zwar die Droge geändert, das Kind ahmt aber letztlich nur das Verhalten des Vaters nach. Es wird für Eltern auch sehr schwer sein, Kindern beizubringen, ihre Freizeit kreativ-produktiv zu gestalten, wenn die Eltern selbst nur passiv konsumierend vor dem Fernseher herumsitzen. Die Mutter, die bei Problemen zur Kopfschmerztablette greift, darf sich nicht über die Tochter wundern, die genauso bei ersten Schulschwierigkeiten reagiert. Häufig wird das Kind sogar von der Mutter zu solch einem Verhalten angeleitet. Leider nehmen die Kinder ihre Eltern häufig nicht als abschreckendes Beispiel wahr, sondern als Vorbild für späteres Verhalten. So finden sich in den Familien Suchtkranker fast immer ebenfalls suchtmittelabhängige enge Verwandte. Des Weiteren lernen Kinder häufig durch ihre Eltern, dass Bedürfnisse nach Zuwendung und Liebe statt durch persönliche, häufig nur **durch materielle Zuwendungen befriedigt** werden. Das schreiende Kind erhält Süßigkeiten, damit es ruhig ist. Statt sich abends regelmäßig mit dem Kind zu beschäftigen und zu spielen, kaufen die Eltern lieber dem 5-Jährigen einen eigenen Fernseher. Also wird das Kind später, wenn es erwachsen ist, seine Bedürfnisse auch durch Konsum (z.B. von Suchtmitteln) befriedigen.

Aber zur Umwelt zählen nicht nur die Eltern. So haben beispielsweise auch **die Schulen und die dort tätigen Lehrer** großen Einfluss auf die Erziehung. Das unerbittliche **Leistungsprinzip** in unseren Schulen ist Kindern nicht von Geburt an vorgegeben, sondern von der Erwachsenenwelt vordiktiert. Oft werden Kinder schon in einem Alter unter einen starken Leistungsdruck gesetzt, wo sie von ihrer Entwicklung her noch gar nicht mit diesen gesellschaftlichen Leistungsansprüchen umgehen können. Vielmehr haben sie Ansprüche und Wünsche auf der emotionalen Ebene, die aber nicht befriedigt werden. Sie sind häufig einfach überfordert. Da von Pädagogen und Eltern die natürlichen Leistungsgrenzen der Schüler nicht akzeptiert werden, werden schnell so genannte leistungsfördernde Mittel eingesetzt oder die Kinder flüchten in ihrer Freizeit in eine Welt „positiver künstlicher Gefühle“. Häufig fehlt im schulischen Rahmen eine ganzheitliche, akzeptierend-anehmende Sicht des Schülers (z.B. im Sinne von Bundschuh, 2007).

Eine andere wichtige Gruppe in diesem Bereich ist die „**Peer-Group**“; Peer-Group bedeutet Bezugsgruppe, meint also den Freundeskreis. Wenn im Freundeskreis Drogen vorhanden sind, wenn es zu den Regeln im Freundeskreis gehört, sich abends zu betrinken oder einen Joint zu rauchen, werden die Jugendlichen, die dazugehören wollen, sehr schnell zu Drogen greifen. Sie laufen sonst Gefahr, zu Außenseitern zu werden und vielleicht aus dieser Gruppe hinausgeschmissen zu werden. Diesem **Gruppendruck** können nur wenige widerstehen. Ein weiterer Zugang durch die Peer-Group wird über die **Neugier** geweckt. Der Jugendliche erfährt, wie interessant doch diese Drogen sind und wie toll es ist, wenn man Haschisch raucht oder betrunken ist. Die Neugier wird zu stark und das Suchtmittel wird probiert.

Weiteren Einfluss haben so genannte „**Idole**“, egal ob sie real im sozialen Umfeld oder in den Medien (Schauspieler, Musiker) existieren. Ihr (Sucht-)Verhalten wird von Jugendlichen häufig **unkritisch nachgeahmt**. Zur Umwelt gehört aber auch unsere Konsum- und Leistungsgesellschaft und ihr Umgang mit Suchtmitteln. Nehmen wir beispielsweise die **Werbung für Zigaretten und für Alkohol**, wobei eine zunehmend kritische Haltung von politischer Seite gegenüber der Werbung für solche Produkte positiv zu registrieren ist. „Ich geh meilenweit für eine Camel“, wer kennt diesen Werbeslogan nicht? Mit der Werbung sind bestimmte, gesellschaftlich anzustrebende (Vor-)Bilder verbunden. Der Sinn der Maßnahme ist es, dass diesen Vorbildern nachgeeifert wird, was auch den Konsum des Suchtmittels beinhaltet. Oder nehmen wir ein anderes Beispiel: „Der Tag geht, Jonny Walker kommt“ oder, wenn man an eine bestimmte

Rum-Werbung im Fernsehen denkt, wer wünscht sich dann nicht, auf einer Südseeinsel am Strand bei all den braungebrannten, hübschen jungen Menschen zu sein? Das ist zwar häufig nicht realisierbar, aber den Rum, den könnten alle kaufen und trinken.

Ebenfalls zu betrachten sind die **gesellschaftlichen Normen**. In Deutschland bzw. in westlichen Zivilisationen allgemein wird Alkohol fälschlicherweise nicht als gefährliche Droge angesehen, sondern durch bestimmte **Rituale** wird der Konsum sogar noch gefördert. Anders ist dagegen das Denken bei genauso gefährlichen Suchtmitteln wie Heroin, Kokain etc. Hier wird massiv mit juristischen und polizeilichen Zwangsmaßnahmen eingegriffen. Das Ergebnis zeigt sich in einer riesigen Zahl von Alkoholabhängigen im Vergleich zu illegalen Suchtmitteln. Also haben Drogen, die leicht zu erreichen sind, die in gesellschaftliche Gepflogenheiten eingebunden sind, einen **stärkeren Aufforderungscharakter** für alle Suchtmittelgefährdete.

Wenn man über **Präventionsansätze zur Suchtproblematik** redet, so muss bei den gesellschaftlichen Strukturen angesetzt werden. Solange wir unseren Kindern die Werte einer passiven, konsumorientierten Leistungsgesellschaft vermitteln und Aspekte wie Menschlichkeit, emotionale Geborgenheit und auch ein aktives, kreatives Genießen im Sinne einer „Ganzheitlichen Betrachtungsweise des Menschen“ unberücksichtigt lassen, legen wir die Grundlagen einer „Versüchtelung der Gesellschaft“ (Gross, 1992), die an der Spitze dann eine große Zahl von Suchtkranken hervorbringt. Der **Verzicht oder das Ablehnen von bestimmten gesellschaftlichen Ritualen** kann sogar dazu führen, dass Jugendliche stark in eine Außenseiterrolle gedrängt wird. Wer in einem Verein ist, der muss als Mann sein Bier trinken, sonst ist er kein Mann. Wer an Familienfeiern nicht mit einem Glas Sekt anstößt, stößt eventuell bei dem Jubilar auf absolutes Unverständnis und provoziert einen Familienkrach. Es gibt noch eine Reihe von umweltspezifischen Faktoren, die das Entstehen einer Suchtmittelabhängigkeit fördern können. So sei nur an **die strukturellen Bedingungen in der Gesellschaft** wie die soziale Schicht, Arbeitslosigkeit etc. erinnert. Jedem, der mit Suchtkranken zu tun hat, werden immer wieder neue Aspekte bewusst werden. So mag mit den oben genannten Punkten für dieses Konzept der Punkt abgeschlossen sein, ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Dritter Ansatzpunkt sind **die suchtmittelspezifischen Faktoren**. Bei dem Suchtkranken liegen aufgrund individuell unterschiedlicher innerer und äußerer Gegebenheiten Störungen, Probleme oder negative Emotionen vor. Im Rahmen eines **Selbstheilungsversuches** (Selbstmedikation) werden mittels Zuführung von psychotropen Substanzen für einen gewissen Zeitraum diese negativen Aspekte in den Hintergrund des Bewusstseins gedrängt und ein angenehmer Zustand wird erreicht. Der Süchtige hat also versucht, Lustgefühle herbeizuführen und/oder Unlustgefühle zu vermeiden. Diese positiven Gefühle werden aber nur kurzfristig erreicht, die zugrunde liegenden Probleme werden nicht gelöst. Es kommt zur Wiederholung des Konsums bei Nachlassen der psychotropen Wirkung und Verstärken der negativen Grundgegebenheiten. Es kommt über Gebrauch, Missbrauch und Gewöhnung schließlich zur Abhängigkeit, d. h. der „krankhaften Interaktion zwischen einer Person einerseits und einer Substanz bzw. der Fixierung auf bestimmte Verhaltensweisen andererseits. ... Diese Mittel oder Verhaltensweisen (werden) zur dauernden Problembewältigung eingesetzt ... (und) schränken die Handlungsfreiheit der Person ein“ (Gross, 1992, 25).

Wenn wir den Suchtmittelaspekt der obigen Aussage betrachten, so hat die **Wirkweise der Droge** eine zentrale Bedeutung. Grundsätzlich haben Drogen zu Beginn der Einnahme immer eine angenehm-positive Wirkung. Dabei wirkt jede Droge anders, wie wir im folgenden Kapitel sehen werden. Der Jugendliche, der aufgrund fehlender emotionaler Zuwendung in seiner Familie eben diese emotionale Wärme sucht, wird ein Suchtmittel suchen, das ihm scheinbar ein ähnliches Gefühl gibt. Er wird wahrscheinlich zu Heroin greifen. Der gehemmte, vereinsamte Jugendliche, der nicht glaubt, aus seiner sozialen Isolation ausbrechen zu können, wird mit Hilfe von Alkohol versuchen, die Hemmungen zu überwinden. Die Jugendlichen, die ihre Freizeit exzessiv und ohne Ruhepausen glauben durchleben zu müssen, werden sich mit

Ecstasy oder Speed aufputschen. Weiterhin wichtig ist die **Erreichbarkeit und Akzeptanz** der Droge. Hierbei sind wieder gesellschaftliche und subkulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Geht es jemanden schlecht und er glaubt, dringend etwas einnehmen zu müssen, so wird er das Mittel einnehmen, das greifbar ist. Die **Gefährlichkeit** eines Suchtmittels spielt auch eine Rolle. Je ungefährlicher ein Suchtmittel scheint, umso geringer ist die Hemmschwelle (Gefahr der Alkohol- und Zigarettenwerbung). Hierbei ist sowohl die pharmakologische als auch die juristische Gefährlichkeit zu berücksichtigen. **Verträglichkeit, Dosierung und Suchtpotential** der Droge sind schließlich bei Überlegungen zur Suchtentstehung auch noch zu betrachten.

Zusammenfassend ist also festzustellen, dass eine Reihe von Faktoren aus den Bereichen „Person, Umwelt und Droge“ bei jedem Suchtkranken individuell verschieden zur Entstehung der Suchtmittelabhängigkeit beigetragen haben. Um einem suchtkranken Menschen helfen zu können, ist es Voraussetzung, diese Hintergründe zu durchleuchten. Wie in den nächsten Abschnitten aber festzustellen ist, sind damit noch nicht alle Faktoren der Suchterkrankung berücksichtigt, die zum Krankheitsgeschehen gehören und aufgearbeitet werden müssen.

Mit der Entstehung der Abhängigkeit ist noch kein Abschluss des Krankheitsbildes verbunden. Wie z. B. bei den DSM-IV-R-Kriterien zu sehen ist, entstehen gerade in der Folge des regelmäßigen Drogenkonsums beobachtbare negative Auswirkungen für den Suchtmittelabhängigen. Diese **Folgeerscheinungen (Sekundärfaktoren)** werden anschließend wieder unterteilt in den drei Bereichen „Person, Umwelt und Droge“ dargestellt (Barth, 1998). Ein zentraler Begriff zur Erklärung der Wichtigkeit der nachfolgenden Sekundärfaktoren ist der **„Leidensdruck“**. Er ist bei allen Erkrankungen Grundvoraussetzung zur Bereitschaft, aktiv Hilfe bei ehrenamtlichen oder professionellen Helfern zu suchen oder einfacher gesagt: „Ohne Leidensdruck gibt es keine Therapiemotivation“. Betrachten wir dies am Beispiel eines grippalen Infektes, so wird es klarer. Bei einer Erkältung fühlen wir uns physisch und psychisch schlecht. Wir haben Kopfschmerzen, die Nase läuft, die Körpertemperatur ist erhöht, wir leiden unter Schlaflosigkeit und Lustlosigkeit etc. Da wir diesen Zustand verändern wollen, suchen wir uns Hilfe beim Hausarzt, der uns therapiert. Der Suchtkranke hat sich aber bereits selbst therapiert. Die Grundstörungen (Primärfaktoren), die bei ihm negative Zustände verursacht haben und letztlich erst zum Suchtmittelmissbrauch geführt haben, sind solange nicht im Vordergrund des Bewusstseins, solange das Suchtmittel konsumiert werden kann. D. h., dass der suchtkranke Jugendliche scheinbar eine wirksame Lösung gefunden hat, und solange das Suchtmittel erreichbar ist, sieht er keinen Grund, die Grundstörungen anders behandeln zu lassen. Dabei übersieht er aber, dass die scheinbare Lösung „Suchtmittel“ keine Lösung ist, sondern nur eine Täuschung. Das Grundproblem ist weiter vorhanden und kann sich unbemerkt weiter verschlechtern. Diese Selbstmedikation, diese scheinbare erste Hilfe, wird selbst zum Problem. Zusätzlich kommen weitere neue Probleme hinzu. Erst hierdurch entsteht langsam wieder ein neuer Leidensdruck, der dann zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe und einer Behandlung führt. Letztlich hat also der Versuch der Selbstheilung zu einer Verlängerung des Leidensweges geführt. Häufig wird hier auch von Angehörigen durch „falsche Hilfe“ (Co-Abhängigkeit) ein früheres Aussteigen aus der Sucht verhindert.

Beginnen wir auch hier wieder mit **den personenspezifischen Faktoren**. Durch den fortwährenden Drogenkonsum ergeben sich bei den Abhängigen fast unabwendbar eine Reihe von Folgeschäden. Diese Unausweichbarkeit lässt sich wie folgt erklären. Assfalg (1992) spricht von einer Art **Verhaltensmöglichkeit**, die allen Suchtkranken eigen ist. Dieses „Süchtig-Sein“ als erlernte oder angeborene Verhaltensmöglichkeit lässt sich mittels einiger Suchtmechanismen, die aufgrund der Disposition im Bedarfsfall zur Bewältigung bestimmter kritischer Lebenssituationen eingesetzt werden können, beschreiben:

- Das Nicht-genug-Kriegen: „Ich will alles, und ich will es jetzt haben.“
- Das Sich-Festhalten: Sehnsucht nach harmonischer Geborgenheit, wobei allerdings ein ängstliches, zukunftsfeindliches Festhalten an der Sehnsucht und ein Abwenden von der Zukunft vorhanden sind
- Das Vorliebnehmen mit dem Ersatz: Die Droge als Ausgleich für einen Defekt in der psychischen Struktur
- Selbstaufgabe und Selbstzerstörung: Verlust von Zukunftsperspektive und Resignation, negatives Selbstwertgefühl
- Der Konsum einer Droge

Auf diesem Hintergrund wird der Suchtkranke sich regressiv immer mehr auf den Umgang mit dem Suchtmittel zurückziehen. Es kommt zu einer Abstumpfung der restlichen Umwelt gegenüber. Letztlich wird das Suchtmittel im Kreislauf Beschaffung des Geldes, Beschaffung der Droge, Konsum, Rausch, Entzug etc. im **Lebensmittelpunkt** stehen. Alle weiteren sozialen Aufgaben und Regeln geraten in Vergessenheit. Zwischenmenschliche und gesellschaftliche Grenzen werden nicht mehr beachtet. Beziehungen zu Mitmenschen sind nur noch interessant, wenn sie Vorteile in Hinblick auf die Sucht bieten. Es werden zur Beschaffung von Geldern für Suchtmittel Gesetze nicht beachtet, Verbrechen begangen. Aufgrund der Nichtbehandlung werden die grundlegenden psychischen, physischen und sozialen Störungen im Laufe der Zeit verstärkt auftreten. Es können **neue Störungen** bis hin zur drogeninduzierten Psychose aufgrund der Suchtmittelleinnahme, der Lebensumstände und Isolation/Verwahrlosung hinzukommen. Gerade suchtkranke Jugendliche werden in der Gesellschaft noch geringer geachtet als erwachsene Suchtkranke, „die ja schon was erreicht haben“. Daraus resultierend entwickelt sich häufig eine **Selbstwertproblematik** oder eine bereits vorhandene wird erheblich gesteigert. Die damit verbundene negative Selbsteinschätzung, die so als aufrechterhaltende Bedingung der Sucht dient, wird noch verstärkt.

Vor allem im **gesundheitlichen Bereich sind eine Reihe von Folgeschäden** festzustellen. Sie sind zum Teil direkt auf die Drogeneinnahme (z. B. Leberschäden, Menstruationsbeschwerden) oder auf äußere Umstände zurückzuführen. So kann es z. B. bei illegalem Drogenkonsum durch Spritzentausch zu Hepatitis- oder HIV-Infektionen kommen. Aufgrund des Rauschzustandes oder der Entzugsproblematik werden körperliche Warnsignale (z. B. Hunger, Schmerzen) nicht wahrgenommen oder keine vorbeugenden Maßnahmen eingeleitet. Dies führt zum Ausbruch von Erkrankungen, zur Verschlimmerung von Krankheiten bis hin zur körperlichen **Verwahrlosung** (Zähne). Der Großteil der Sekundärfolgen ist unter **den umweltspezifischen Faktoren** zu fassen. Da die suchtgefährdeten/suchtkranken Jugendlichen sich immer mehr aus ihren gesellschaftlichen Verpflichtungen (Schule, Ausbildung, soziale Integration) zurückziehen, den Mitmenschen und sich selbst gegenüber immer rücksichtsloser werden, reagiert die Umwelt. Die Folge ist häufig ein **sozialer und wirtschaftlicher Abstieg**. Die Reaktionen beginnen häufig im Rahmen der Familie und setzen sich über den gesamten Bekanntenkreis fort. Eltern drohen mit Sanktionen bis hin zum Rauswurf, wenn die Tochter weiterhin Geld aus der Haushaltskasse stiehlt. Freunde und Bekannte brechen den Kontakt ab, da sie keine Grundlage für eine weitere Beziehung sehen. Arbeitskollegen weigern sich, mit dem betrunkenen Kollegen in einer Abteilung zu arbeiten und letztlich seine Arbeit mit zu erledigen. Leider verhindern oder verzögern viele Angehörige durch **co-abhängiges Verhalten** die Entstehung des zum Ausstieg wichtigen Leidensdruckes. Hierbei besteht nach Assfalg (1990, 15) „... das unmittelbare Ziel co-abhängiger Hilfe ... darin, die negativen Folgen des Suchtverhaltens abzupolstern; gerade dadurch aber wird der Suchtprozess vorangetrieben. ... Suchtverhalten hat für den Betroffenen immer angenehme und unangenehme Konsequenzen. ... Erst wenn die negativen Konsequenzen anfangen, den positiven die Waage zu

halten, entsteht in der Regel die Motivation, etwas dagegen zu tun. Dieser mögliche Umkehrpunkt aber wird durch falsche Hilfe hinausgeschoben. ... Letztlich zerstört der Co-Abhängige das Leben dieses anderen. Er sorgt den anderen zu Tode.“ Der richtige Weg, die „**Hilfe durch Nichthilfe**“ ist für viele Angehörige sehr schwierig und nur mit (professioneller) Unterstützung möglich. Aber auch von **offizieller Seite** wird auf die Sucht reagiert. Dem alkoholabhängigen Jugendlichen wird beim dritten unentschuldig-ten Zuspätkommen am Arbeitsplatz fristlos gekündigt. Das Jugendamt droht mit der Wegnahme des Sorgerechts, wenn die alkoholabhängige Mutter das Kind nicht versorgen kann. Die Polizei nimmt den Drogenabhängigen beim Dealen oder Stehlen fest. Das Gericht verurteilt ihn zu einer Gefängnisstrafe. Gerade hier beginnen viele Jugendliche sich Gedanken über einen Ausstieg aus der Suchtkarriere zu machen.

Betrachten wir zum Abschluss **die suchtmittelspezifischen Faktoren**. Alle Suchtmittel wirken unmittelbar **verändernd auf die Funktionen des Zentralnervensystems** ein. Dies führt zu einer Veränderung der psychischen Befindlichkeit. Je nach Suchtmittel sind diese Wirkweisen unterschiedlich stark ausgeprägt. Durch die wiederholte Einnahme der Droge zur **Veränderung des Erlebnis-, Bewusstseins- und Gefühlszustandes** kann es zu verschiedenen **Folgeerscheinungen** kommen. Im Vordergrund steht sicherlich die Entwicklung einer **psychischen und physischen Abhängigkeit**. Hierbei spielt das jeweilige **Suchtpotential** der Droge eine entscheidende Rolle. Unter der **psychischen Abhängigkeit** verstehen wir den übermächtigen Drang, sich die Droge um jeden Preis zu beschaffen. Während zu Beginn noch die Ziele das Losgelöstsein, das Wohlbefinden oder die Euphorie sind, geht es bald nur noch um die Tilgung der im Entzug auftretenden Missstimmung und Niedergeschlagenheit. Die psychische Abhängigkeit führt häufig auch zum **Kontrollverlust** im Umgang mit der Droge. Bei **der physischen Abhängigkeit** reagiert der Organismus auf die ständige Drogeneinnahme und speziell die toxische Wirkung mit einer Gegenregulation des Stoffwechsels. Diese neurobiologische Adaptation kann je nach Suchtmittel auf verschiedenen Ebenen (Zellmembran, neurochemische Substanzrezeptoren, Produktion oder Funktionsweise der Neurotransmitter, z.B. Tretter, 2008) stattfinden. Ein Vorzeichen körperlicher Abhängigkeit ist die **Gewöhnung mit Toleranzentwicklung und Dosissteigerung**. Durch die Anpassungsvorgänge des Stoffwechsels werden schließlich sonst tödliche Dosen des Suchtmittels vertragen.

Wird das Suchtmittel abgesetzt, so kommt es zum **Entzugssyndrom**. Hierbei kann es sich je nach Suchtmittel um körperliche und/oder seelische Entzugserscheinungen handeln. Erstere machen sich z. B. durch Schwitzen, Durchfall, Erbrechen, Muskelkrämpfe bis hin zu epileptischen Anfällen bemerkbar. Gerade bei polytoxikomanen Patienten können die Entzugssymptome gar lebensbedrohend sein. In der Regel dauert der physische Entzug (oder **Entgiftung**) maximal 3 Wochen und findet stationär in speziellen Krankenhäusern (meist Psychatrien) statt. Der seelische (oder psychische) Entzug ist langanhaltender und schwieriger zu behandeln. Man versteht darunter den Drang zur erneuten Drogeneinnahme (Craving), der überwältigend werden kann. Zusätzlich treten Unruhezustände, Getriebenheit, Gereiztheit, Angst, Depressivität bis hin zu Suizidgedanken auf. Mittels einer **Entwöhnungsbehandlung** kann diese Problematik überwunden werden. Durch die toxische Wirkung der Suchtmittel kann es auch bei dauerhafter Einnahme zu **organischen Schäden** (z. B. Leber- und Nierenschäden, Atemwegserkrankungen, Nervenschädigungen), **Wesensveränderungen** und gar **drogeninduzierten Psychosen** kommen. So schreibt Keup (1980, 75) zum Hintergrund des Auftretens der verschiedensten Persönlichkeitsstörungen bei Süchtigen, dass die Ursache in den unterschiedlichen Wirkmechanismen der verschiedenen psychotropen Substanzen zu finden sein dürfte, denn ein „... lang andauernder Missbrauch chemischer Stoffe greift so tief in den Lebensrhythmus und, bei jungen Menschen, in die Ausbildung der Lebenshaltung des Individuums ein, dass gerade im psychischen Bereich eine Fülle von Sekundärstörungen auftreten kann.“



## 4. Verbreitung und Wirkung von Suchtmitteln

Nachdem wir uns bisher einige grundsätzliche Gedanken zu Suchtgefährdung und -erkrankung sowie zu Suchtmitteln und deren Gebrauch gemacht haben, ist es nun an der Zeit, sich die verbreitetsten Suchtmittel in ihren Wirkungen und Folgen anzuschauen. Auch lässt sich laut Hurrelmann (2000, 4) aus vorliegenden Untersuchungen über Konsummuster Folgendes deutlich ablesen: Wer zu den illegalen Alltagsdrogen Cannabis und Ecstasy greift, der hat meist zuvor sehr intensiv die legalen Alltagsdrogen, Arzneimittel mit psychotropen Wirkstoffen, Tabak oder Alkohol konsumiert. Und: Wer die illegalen Alltagsdrogen Cannabis und Ecstasy regelmäßig nutzt, der gehört mit hoher Wahrscheinlichkeit zu denen, die anschließend Substanzen wie etwa LSD, Opiate, Heroin oder Kokain nutzen.

Woran erkenne ich nun, ob ein Jugendlicher Suchtmittel konsumiert hat oder nicht? Grundsätzlich gibt es eine zentrale Voraussetzung, um einen gemäßigten Suchtmittelkonsum zu erkennen. Ich muss den Jugendlichen vorher kennen. Sein Kind erst kennen lernen zu wollen, wenn Probleme auftreten, ist ein Versuch, der von vornherein zum Scheitern verurteilt ist. Eine Beziehung muss langsam wachsen, Vertrauen und Gemeinsamkeiten müssen entstehen. Hat er sich in seinem Verhalten verändert? Zieht er sich aus den Beziehungen zurück? Ist er plötzlich unsicher, übermäßig euphorisch oder aggressiv? Diese Veränderungen können auf eine Suchtmittelleinnahme hinweisen. Gibt es körperliche Veränderungen? Sind die Pupillen stark erweitert oder verengt? Zeigt er Gleichgewichtsprobleme, hat er gar Ausfallerscheinungen? Die Wirkung von Suchtmitteln ist von Jugendlichen zu Jugendlichen unterschiedlich. Auch spielt die Art der Droge und natürlich die Menge eine entscheidende Rolle. Grundsätzlich wird der Jugendliche aber immer „anders, verändert“ sein. Grundsätzlich sei darauf hingewiesen, dass Suchtmittel bei Jugendlichen verstärkt auf den Organismus einwirken. Das betrifft sowohl die direkte Wirkung, aber auch die möglichen Schädigungen.

### 4.1 Alkohol

Beginnen werden wir mit der Droge „Nummer 1“ der Deutschen, dem Alkohol. Nur ca. 6 % der Bevölkerung leben abstinent, durchschnittlich ca. 140 l alkoholische Getränke nehmen wir pro Jahr zu uns. Als Folge können wir pro Jahr ca. 74.000 Todesfälle durch Alkohol und einen volkswirtschaftlichen Schaden von 20,6 Mrd. € registrieren (DHS, 2006). Nach Schätzungen des Instituts für Therapieforschung (IFT, München) von 2005 betreiben ca. 10,4 Mio. Menschen in Deutschland einen riskanten Konsum, 1,7 Mio. Menschen missbrauchen Alkohol und 1,7 Mio. Personen sind abhängig, also behandlungsbedürftig erkrankt. Laut Seifert (2002, 195) sind nach einer Untersuchung des Max-Planck-Instituts München 64,8 % aller Jugendlichen zwischen 14 – 24 Jahren regelmäßige Konsumenten von Alkohol. Hierbei ist ab dem 16. Lebensjahr ein sprunghafter Anstieg festzustellen. Bereits 4,8 % der 14 –15-jährigen Männer und 6,6 % der Frauen dieser Altersgruppe weisen einen schädlichen Gebrauch auf. Eine Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vom Mai 2005 zur „Entwicklung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen“ kam zu dem Ergebnis, dass neuerdings der Gesamtalkoholkonsum (Gramm reiner Alkohol pro Woche) bei den unter 18-jährigen leicht zurückgeht, aber bei der Gruppe der 12- bis 17-jährigen männlichen Jugendlichen eine Zunahme feststellbar ist. Insgesamt gab es einen Aktivitätsverlust durch politische Maßnahmen wie Besteuerung und Erschwernis des Zugangs (insbesondere der Alkopops). Gastronomie und Getränkeindustrie versuchen diesem Trend durch aggressive Werbemaßnahmen (z.B. Flat-Rate-Trinken, 1-€-Party) entgegenzuwirken. Durch alkoholische Mixgetränke (sog. Alkopops) beginnen Jugendliche allerdings bis zu 2 Jahre früher Alkohol zu trinken.

Alkohol bezeichnet den zu dieser Gruppe gehörenden Äthylalkohol, der durch Vergärung von Zucker gewonnen wird. Alkohol ist ein Zellgift. Es kommt zu einer sich

langsam entwickelnden starken physischen und psychischen Abhängigkeit. Beim abrupten Absetzen kommt es zu starken Entzugserscheinungen bis hin zum Delirium tremens. Bei geringen Mengen Alkohol treten die (sozial erwünschten) Wirkungen wie allgemeines Wohlbefinden, gehobene Stimmung (Euphorie, Minderung von Ängsten und gesteigerte Kontaktfreude) auf. Kommt es zum Rausch, so sind in der Folge eine Verlangsamung des Reaktionsvermögens, die Abnahme der Kritikfähigkeit, der Verlust von Hemmungen bis hin zu Aggression und Gewalt und/oder eine läppisch-heitere Stimmung festzustellen. Auch kann es zu depressiven Stimmungen, einer Einschränkung des Gesichtskreises, Verlust der Kontrolle über Sprache und Bewegungen (Torkeln, Ataxie) bis hin zur Bewusstlosigkeit oder Tiefschlaf kommen. Akute Gefahren sind eine erhöhte Unfallgefahr und Vergiftungen bis hin zum Tode. Regelmäßiger erhöhter Alkoholkonsum kann schwere gesundheitliche Folgen haben: Leber, Herz, das zentrale und periphere Nervensystem werden beeinträchtigt, das Krebsrisiko im Mund- und Rachenraum, der Speiseröhre, bei Frauen von Brustkrebs, erhöht sich.

#### **4.2 Nikotin**

Nach Alkohol ist Nikotin die Droge „Nummer 2“ der Deutschen. Es gibt laut DHS ca. 16,7 Mio. Raucher bei uns, davon sind ca. 70 – 80 % nikotinabhängig. Pro Jahr sterben in Deutschland ca. 140.000 Menschen an den Folgen von Nikotin. Der volkswirtschaftliche Schaden liegt bei geschätzten 17 Mrd. €. In der Karriere einer Suchtentwicklung steht das Rauchen meist am Anfang. Das Einstiegsalter liegt durchschnittlich bei 13,6 Jahren. Laut einer Studie der WHO aus dem Jahre 2004 sind die deutschen Jugendlichen beim Rauchen „Europameister“.

Nikotin wird über Tabak aufgenommen. Hierbei stellt das Rauchen der Tabakpflanze die häufigste Methode dar. Nikotin ist das Hauptalkaloid des Tabaks. Es wurde 1928 erstmals isoliert und für die psychotrope Wirkung des Rauchens verantwortlich gemacht. Tabak enthält noch ca. weitere 4.000 Inhaltsstoffe, die teilweise stark gesundheitsgefährdend wirken (z. B. Cyanwasserstoff, Benzol, Formaldehyd, Cadmium, Blei, Nickel, Chrom und Kohlenmonoxid). In der Regel kommt es zur psychischen, bei einem Teil der Raucher aber auch zur starken körperlichen Abhängigkeit. Ungewohnter Tabakkonsum führt in der Regel zu Vergiftungserscheinungen. Wer sich an Nikotin gewöhnt hat, empfindet eine gesteigerte Aufmerksamkeit, die Stresstoleranz nimmt zu, Erregung und Aggression nehmen ab. Hier spielen psychische Faktoren eine entscheidende Rolle. Physiologisch verengen sich die Blutgefäße. Bei Überdosierungen kann es zu Übelkeit, einem Schwächegefühl und Schweißausbrüchen kommen. Blutdruckkrisen im Wechsel mit Blutdruckabfall und kolikartige Leibschmerzen sind die Folge. Langer Tabakkonsum hat schwere körperliche Schäden zur Folge. Verkalkte und verengte Blutgefäße, die zu Herz- und Kreislaufschwäche, Herzinfarkt, Mangeldurchblutungen (Raucherbein) und Schlaganfällen führen sowie geschädigte Atmungsorgane mit chronischer Bronchitis, Lungenblähungen und Lungen-, Bronchial-, Kehlkopf- oder Mundhöhlenkrebs, als die bekanntesten Erkrankungen, zur Folge haben.

#### **4.3 Cannabis**

Cannabis ist die dritte Droge, die an dieser Stelle betrachtet werden muss. Überall in Europa nimmt der Cannabiskonsum zu. Die große Mehrheit der Konsumenten belässt es bislang beim bloßen „Probieren“. Gleichzeitig kiffen aber immer mehr junge Leute in exzessivem Ausmaß. Das Einstiegsalter ist in den letzten Jahren gesunken. Cannabis ist die einzige illegale Droge, bei der in den letzten Jahren das Durchschnittsalter beim Erstkonsum gesunken ist. 1993 lag es bei 17,5 Jahren, aktuell liegt es bei 16,4 Jahren. Im Jahrbuch Sucht 2006 (DHS, 2006) ist nachzulesen, dass jede 5. Frau und jeder 3. Mann zwischen 18 und 59 Jahren Cannabis konsumiert haben. 10 – 15 % haben laut BZgA hierbei einen abhängigen Konsum. Im Jahr 2004 haben 3,8 % der 12- bis 14-Jährigen bereits konsumiert und 25,9 % der 15- bis 17-Jährigen. Bei ca. 8 % der 14- bis 24-Jährigen Cannabiskonsumenten kann von Missbrauch und bei 4 – 7

% dieser Altersgruppe von Abhängigkeit gesprochen werden. Insgesamt schätzt das IFT in Deutschland die Zahl der Cannabismissbraucher auf 1.400.000 Personen, 240.000 Menschen gelten als abhängig. Laut Seifert (2002, 195) sind nach einer Untersuchung des Max-Planck-Instituts München die Erstgebrauchsraten bei 14- bis 17-Jährigen gegenüber 1990 um 80 % gestiegen. Zugleich ist das Alter des Erstgebrauchs immer weiter gesunken. Inzwischen zeigen bereits 14- und 15-Jährige ausgeprägtes Probierverhalten. Die Schätzungen für den Anteil der hochgradig Gefährdeten in der Alterstufe der 12- bis 24-Jährigen liegen zwischen 0,5 % und 4 %.

Cannabis ist eine Gattung der Hanfgewächse mit psychoaktiven Wirkstoffen. Es wird meist als Haschisch oder Marihuana verwendet und gehört zu den illegalen Suchtmitteln. Haschisch besteht hauptsächlich aus dem Harz der Blütenstände. Marihuana sind meist die getrockneten und zerkleinerten Pflanzenteile. Beides wird meist geraucht. Gelegentlich wird Haschisch aber auch Getränken oder Joghurt zugegeben oder in Kekse und Kuchen eingebacken. Cannabis hat in bestimmten Kulturen eine Jahrtausende alte Tradition und gehört zu den ältesten bekannten Rauschmitteln. Der Hauptwirkstoff ist Tetrahydrocannabinol (THC). Er wirkt vor allem psychisch. Die Wirkung ist individuell sehr unterschiedlich, zeigt sich häufig in einem Gefühl des allgemeinen Wohlbefindens. Es werden eine gehobene Stimmung, Kontaktoffenheit und Gesprächigkeit, innerer Ruhe und Ausgeglichenheit berichtet. Mit der Zeit sind aber häufig auch ein verminderter Antrieb und Passivität die Folge. Sinnestäuschungen bis hin zu echten Halluzinationen, Veränderungen des Zeitgefühles sowie Denkstörungen können weitere Folgen der Einnahme sein. Hierdurch steigt die Unfallgefahr, es kommt gelegentlich zu Angst- und Panikreaktionen. Als Langzeitwirkungen sind Leistungsprobleme, Teilnahmslosigkeit und Aktivitätsverlust bekannt. Konzentrations- und Antriebsverlust, Depressionen, Verwirrheitszustände sowie Persönlichkeitsabbau werden bei intensivem Missbrauch beobachtet. Im Vergleich zu anderen Drogen kann es gehäuft zu Psychosen („Flash-backs“) kommen. Körperliche Folgen sind häufig Erkrankungen der Atemwege und eine Beeinträchtigung des Immunsystems.

#### **4.4 Sonstige Drogen**

Es wird den einen oder anderen Leser verwundern, dass hier nicht speziell auf die in den Medien häufig verteuflte Droge „Heroin“ eingegangen wird. Heroin ist eine höchst gefährliche Droge, wird aber in so geringem Maße in Deutschland verwendet, dass sie zum Thema „Suchtgefährdung bei Kinder und Jugendlichen“ nur sekundär ist. Pro Jahr rechnen wir in Deutschland mit ca. 1.000 Drogentoten, eine leider immer noch sehr hohe, aber im Vergleich zu den oben genannten Zahlen zu vernachlässigende Zahl. Auch die Anzahl der Drogenmissbraucher (ca. 275.000) und der Drogenabhängigen (ca. 175.000) sind eher gering, insbesondere wenn man bedenkt, dass hier alle illegalen harten Drogen zusammengefasst sind.

Auf eine Droge bzw. Stoffgruppe sei aber noch kurz hingewiesen, da sie in bestimmten Jugendkreisen sehr präsent ist. Amphetamine (Speed) und Ecstasy sind synthetische Drogen und führen zu starker psychischer Abhängigkeit. Es handelt sich um aufputschende Drogen. Da sie synthetisch hergestellt sind, birgt die Zusammensetzung ein hohes gesundheitliches Risiko. Auch sind gerade durch Ecstasykonsum massive Spätfolgen (Störungen der kognitiven Hirnfunktionen etc.) bekannt. Eine weit aus größere Rolle würden an dieser Stelle die psychotropen Medikamente spielen. Immerhin haben wir in Deutschland geschätzte 1,3 Mio. Medikamentenabhängige. Medikamente sind aber meist nur dann gefährlich, wenn die behandelnden Ärzte ihrer Aufsichtspflicht nicht nachkommen und „wild“ verschreiben. Für Jugendlichen sind sie eher uninteressant.

## 5. Suchtprävention und Hilfesysteme

Die wirkungsvollste Methode des Umgangs mit Suchtproblemen stellt immer noch die Prävention dar. Bevor Präventionsmodelle und -projekte vorgestellt werden, sollen einige grundsätzliche Gedanken zur Prävention vorausgeschickt werden. Die Ziele der Suchtprävention kann man mit einer Passage aus dem „Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2000, 28 f) am besten zusammenfassen:

*„Die Maßnahmen der Suchtprävention zielen darauf ab, Menschen zu einem befriedigenden, möglichst suchtmittelfreien Lebensstil zu motivieren, und sie zu befähigen, die hinter dem Suchtmittelgebrauch stehenden bewussten und unbewussten Erwartungen und Erfahrungen auf andere, nicht gesundheitsschädliche Weise zu realisieren bzw. zu verarbeiten. Eine wesentliche Aufgabe von Suchtprävention ist es, Einstellung, Fähigkeit und Verhaltensweisen zu fördern, die die Persönlichkeit stärken und somit die Gefahr verringern, süchtig zu werden. Im Vordergrund stehen dabei die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Lebenskompetenz, die Vermittlung eines positiven Gesundheitsbegriffes, Förderung einer kritischen Einstellung zu Suchtmitteln. Nein zu Drogen zu sagen, ist eine Fähigkeit, die es zu fördern gilt.“*

Die WHO hat den Präventionsbegriff je nach Betroffenheitsgrad der jeweiligen Zielgruppe in drei Handlungsfelder differenziert. Im Sinne der Gesundheitsförderung und als Vorbeugung von Suchtgefährdung richtet sich die **Primärprävention** an alle in der Jugendhilfe Tätige, jedoch insbesondere an alle Eltern, Kinder und Jugendliche, um sie durch gezielte Information, durch die Förderung von psychosozialen Kompetenzen gegenüber der Suchtgefährdung zu stärken und zu „immunisieren“. Diesen Bereich mit seinen Aufgaben hat das Kinder- und Jugendhilferecht insbesondere in § 14 SGB VIII, dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz geregelt und ist im Gesamtkonzept „Präventiver Kinder- und Jugendschutz“ ausgeführt. Hiervon grenzt die **Sekundärprävention** ihre Zielgruppe auf diejenigen ein, die aufgrund ihres Konsumverhaltens und aufgrund besonderer biographischer Risiken einem erhöhtem Suchtrisiko ausgesetzt sind und Anspruch auf individuelle Hilfe haben, um diese Gefährdung zu überwinden und um ein Abgleiten in die Sucht zu verhindern. Im Rahmen des KJHG begründet sich dieser Anspruch explizit durch § 35a SGB VIII, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte bzw. von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche. Die **Tertiärprävention** hat schließlich die Aufgabe, Abhängige durch das Angebot adäquater Therapien und Nachbetreuung bei ihrer Rehabilitation und Reintegration zu unterstützen. Für dieses Handlungsfeld ist das Leistungssystem der Suchthilfe zuständig.

Grundsätzlich fängt die Hilfe für Jugendliche, was den Konsum von Suchtmitteln angeht, also schon sehr früh in der Erziehung an. Hier ist jeder gefragt, der Einfluss auf die Erziehung nehmen kann. Bereits im Zusammenhang mit den Entstehungsmustern der Suchterkrankung wurde hierzu eine Reihe an Denkanstößen (z. B. Eigenkonsum) gegeben. Ist ein Jugendlicher suchtgefährdet oder steht er gar kurz vor einer Abhängigkeit, so ist in der Regel professionelle Hilfe angesagt. Hierfür gibt es in Deutschland zwei Hilfesysteme, die Suchtkrankenhilfe und die Kinder- und Jugendhilfe, die (leider) teilweise noch unabhängig voneinander ihre Angebote machen. Allerdings finden in den letzten Jahren eine Reihe von Bemühungen statt, diese beiden sehr effektiven Hilfesysteme zusammenzuführen und zu koordinieren (z.B. Barth, 2000). In den Abbildungen 2 und 3, die vom Bayerischen Landesjugendamt stammen, ist das mögliche Zusammenwirken der Hilfesysteme in den beiden Varianten außerhalb und innerhalb der „Hilfe zur Erziehung“ (als Jugendhilfemaßnahme) dargestellt.

Nachfolgend seien noch kurz einige Präventionsmodelle aus Drogen- und Suchtbericht 2006 (Bundesministerium für Gesundheit, 2006) skizziert. Die Liste hat weder Anspruch auf Vollständigkeit, noch will sie eine Bewertung solcher Modelle darstellen.

## **5.1 Primärprävention**

Alle im Folgenden aufgeführten Projekte wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entwickelt und durchgeführt.

### ***Kampagne „Kinder stark machen“***

Es handelt sich um eine Kampagne zur frühen Suchtvorbeugung. Grundgedanke und Ziel ist es, das Selbstvertrauen von Kindern und Jugendlichen zu stärken und ihre Konfliktfähigkeit zu stärken. Es wird sich primär an alle Erwachsenen gewandt, die Verantwortung für Kinder tragen. Sportverein, Schule und Elternhaus sollen einbezogen werden.

### ***Mitmacherparcours „KlarSicht“ zur Tabak- und Alkoholprävention***

Dieses interaktive und spielerisch angelegte Aufklärungsangebot thematisiert die beiden legalen Suchstoffe Tabak und Alkohol. Der Mitmachparcours ist ein persönnalkommunikatives, dezentral und bundesweit eingesetztes Element. Es sollte in allen Schulformen eingesetzt werden.

### ***Mobilausstellung „SehnSucht“***

Diese Ausstellung wird eingesetzt, um Jugendliche, Erwachsene und Multiplikatoren für die Vielschichtigkeit von Sucht- und Abhängigkeitsverhalten zu sensibilisieren. Die Ausstellung will dabei helfen, durch spielerische Informationsvermittlung, persönliche Gesprächsangebote und interaktive Stationen die Selbstverantwortung für ein möglichst suchtfreies Leben zu fördern.

### ***Jugendkampagne „Bist Du stärker als Alkohol?“***

Auf der Basis des „peer-education“-Ansatzes informieren junge geschulte Kräfte in typischen Feriensituationen oder bei Freizeitveranstaltungen über gesundheitliche Fakten zum Thema Alkohol.

### ***„rauchfrei“-Jugendkampagne***

Die Maßnahme, die das Nichtrauchen bei Jugendlichen fördern will, konzentriert sich auf die Zielgruppe der 12- bis 18-Jährigen. Hierbei sollen Jugendliche in ihrer Ablehnung des Tabakkonsums bestärkt werden. Probier- und Gelegenheitsraucher sollen zu einer bewussten Entscheidung für das Nichtrauchen und Raucher zum Ausstieg motiviert werden.

## **5.2 Sekundärprävention**

Als erstes Beispiel der Etablierung suchtpreventiver Strukturen in der Gemeinde und der Sensibilisierung der Verantwortlichkeit der Gemeindemitglieder sowie der Information an und Diskussion mit den Bürgern sei auf das von der EU geförderte luxemburgische Pilotprojekt **„Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention“** (Fischer/Krieger, 1998) verwiesen. Hier sollen neben suchtmittelspezifischen Einstellungs- und Verhaltensänderungen vor allem das Erkennen und Verändern risikoreicher und schützender Bedingungen im Umfeld der Familie, Schule und Gemeinde einbezogen werden.

### ***Bundesmodellprojekt „HaLT“***

Hierbei wird regional begrenzt versucht, die Zahl der alkoholvergifteten Kinder und Jugendlichen messbar zu senken. Der „Reaktive Baustein“ des Projektes zielt dar-

auf ab, Kinder und Jugendliche mit riskantem Alkoholkonsummuster frühzeitig in niederschwellige Angebote zur Reflexion der Konsumgewohnheiten zu bringen. Der „Proaktive Baustein“ bedeutet eine Sensibilisierung von Jugendlichen und Erwachsenen und ihre Orientierung für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol sowie die konsequente Umsetzung des Jugendschutzgesetzes in Gaststätten, im Einzelhandel und bei öffentlichen Veranstaltungen.

***Projekt „Brücken bauen“ – Junge Suchtkranke und Selbsthilfe***

Das zentrale Anliegen des Projektes ist es, junge suchtkranke und –gefährdete Menschen von der Suchtselbsthilfe her zu erreichen, sie zu integrieren und speziell auf sie abgerichtete Angebote zu erarbeiten.

## Leistungen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe im Rahmen von sekundärer Suchtprävention

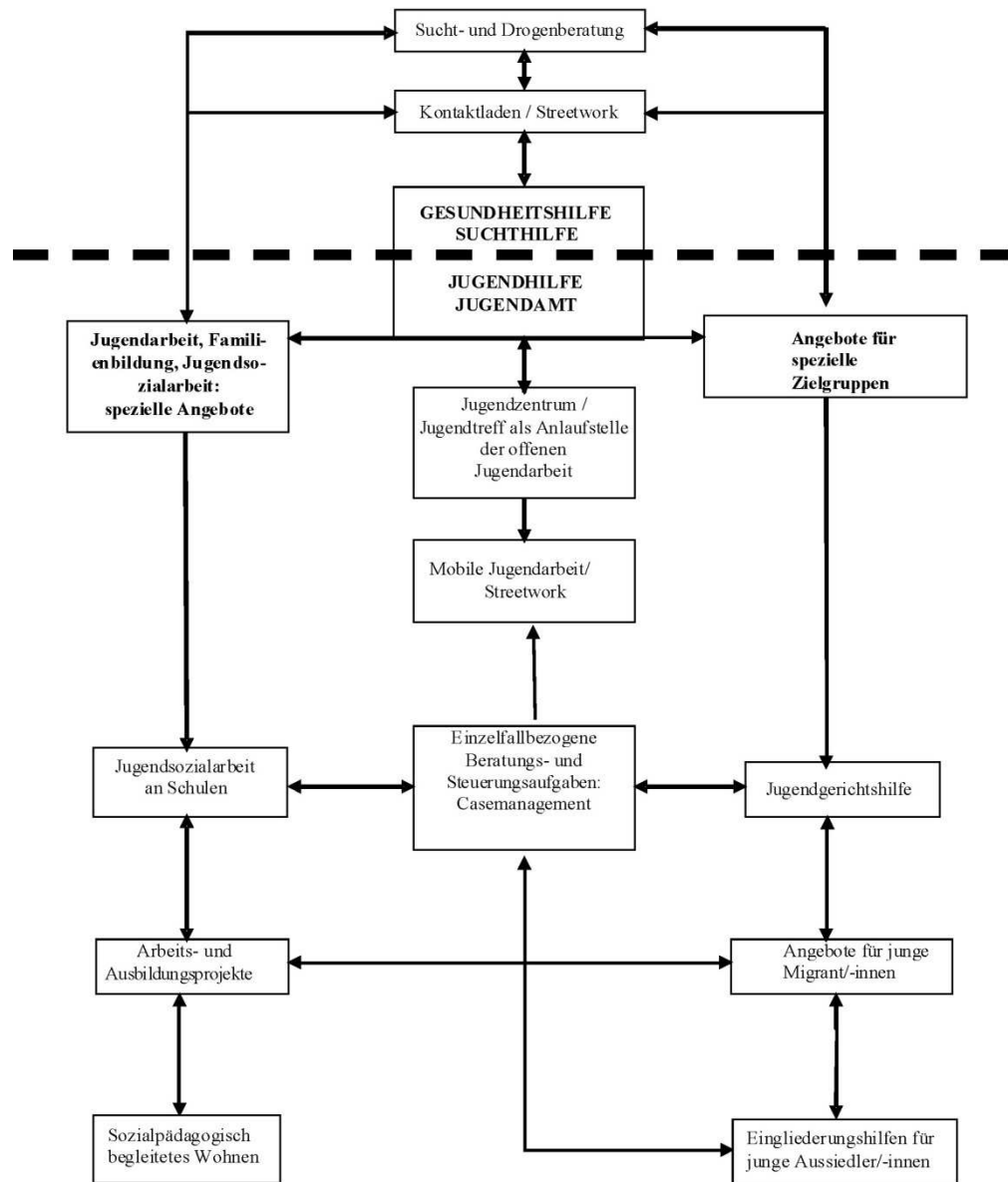


Abbildung 2: Leistungen für suchtgefährdete Jugendliche außerhalb der Hilfe zur Erziehung

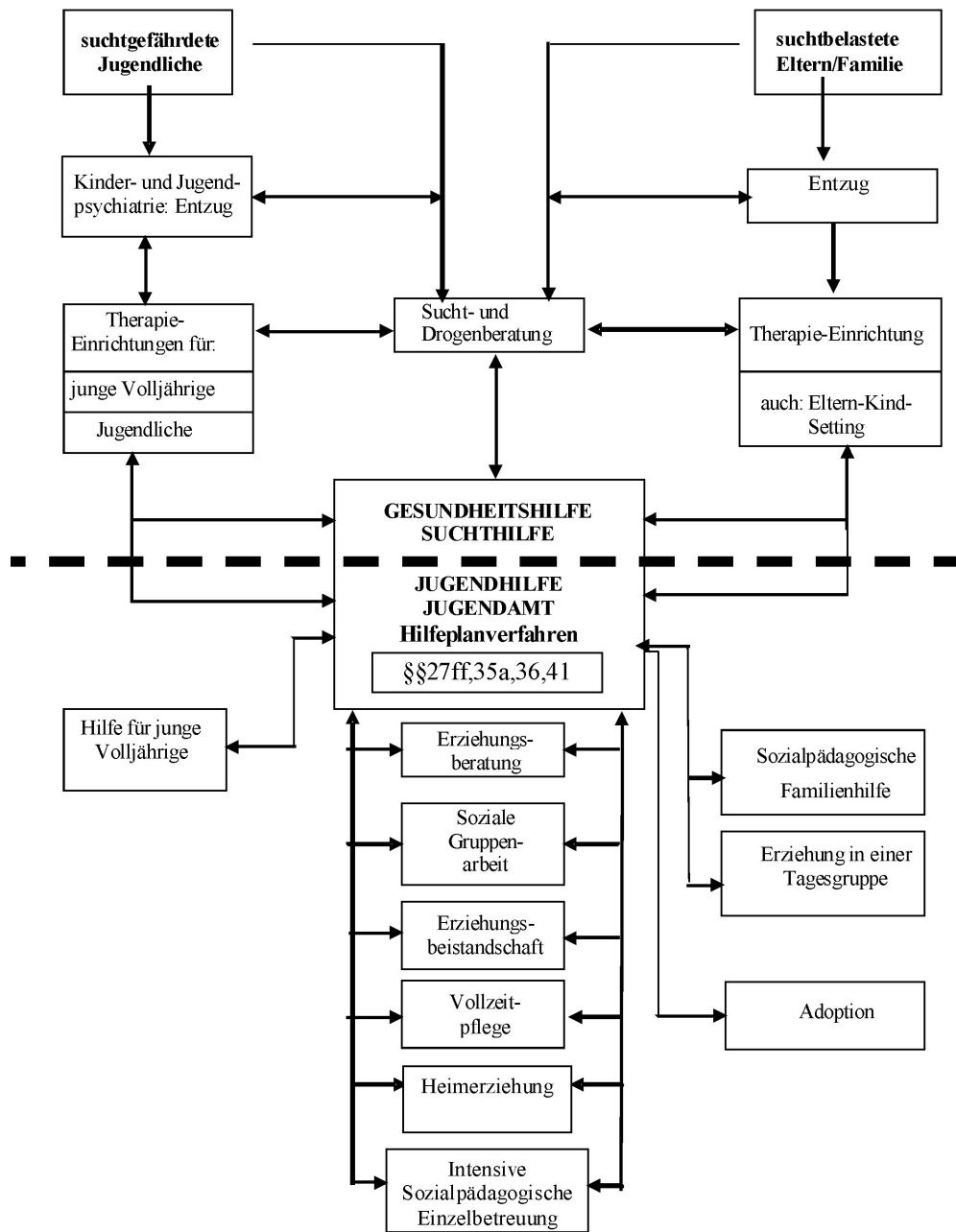


Abbildung 3: Leistungen und Aufgaben im Rahmen der Hilfe zur Erziehung, der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und der Hilfe für junge Volljährige



## Literatur

- Assfalg, R. (1990): Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit, Geest-hacht
- Assfalg, R. (1992): Sehnsucht nach einem glücklichen Leben – Suchterkrankung überwinden, Geesthacht
- Barth, V. (1998): Wege in die Unabhängigkeit, Band 1: Das Rahmenkonzept der Fachklinik Schlehreit, Wegscheid
- Barth, V. (2000): Wege in die Unabhängigkeit, Band 2: Das Rahmenkonzept des Jugendbauernhofes Freedom, Wegscheid
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000): Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006): Drogen- und Suchtbericht 2006, Bonn
- Bundschuh, K. (2007): Förderdiagnostik konkret, Bad Heilbrunn
- Deisler, Ph./Barth, V. (1993): Therapie suchtkranker Frauen und Mütter mit Kindern, Fredeburg
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2009): Jahrbuch Sucht 09, Geest-hacht
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2002): Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, Bramsche
- Fischer, U. Ch./Krieger, W. ( 1998 ): Suchtprävention an der Gemeng – Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Modells zur gemeindeorientierten Suchtprävention, Koblenz
- Gross, W. (1992): Was ist das Süchtige an der Sucht? Geesthacht
- Hurrelmann, K. (2000): Legale und Illegale Drogen – Wie kann ihr Missbrauch verhindert werden? In: Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Köln (Hrsg.) (2000): Auf den Punkt gebracht – Versorgungsbedarf bei früher Suchtgefährdung (VERSO) – Sekundärprävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im kommunalen Raum, Köln
- Keup, W. (Hrsg.) (1980): Folgen der Sucht, Stuttgart
- Löcherbach, P. (1992): Der Mythos Suchtprävention – Erfolge sind nicht auszuschließen, Koblenz
- Rohde-Dachser, Ch. (1986): Das Borderline-Syndrom, Bern
- Seifert, Th. (2002): Zur Problematik und Begründung des Suchtmittelkonsums im Jugendalter, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2002): Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, Bramsche
- Schneider, R. (2001): Die Suchtfibel – Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten, Baltmannsweiler
- Tretter, F. (1998): Ökologie der Sucht – Das Beziehungsgefüge Mensch-Umwelt-Droge, Göttingen
- Tretter, F. (2008): Suchtmedizin kompakt, Stuttgart