

Grundlagen Sucht

für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
von Gesundheits- und
Sozialeinrichtungen

Skriptum



**Sucht- und Drogen
Koordination Wien**
Institut für Suchtprävention



Für die
Stadt Wien





Inhalt

1.	Suchtmittelkonsum in Österreich - Wissenswertes zum Einstieg.....	3
2.	Was ist eine Abhängigkeitserkrankung?	5
2.1.	Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung	6
2.2.	Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung	8
2.3.	Substanzgebundene/Verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung	9
3.	Rechtliche Aspekte.....	9
3.1.	Suchtmittelgesetz (SMG)	10
3.1.1.	§ 13 Suchtmittelgesetz	11
3.1.2.	Prinzip „Therapie statt Strafe“	11
3.2.	Neue-Psychoaktive-Substanzen Gesetz (NPSG).....	12
3.3.	Wiener Jugendschutzgesetz (WRJSCHG 2002)	13
4.	Konsumformen - Konsummotive - Wirkungsweise von Suchtmitteln.....	14
4.1.	Konsumformen	14
4.2.	Konsummotive	15
4.3.	Wirkungsweise von Suchtmitteln	17
4.4.	Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie	18
4.5.	Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft	19
5.	Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung	20
5.1.	Ursachenmodell – Suchtdreieck	20
5.2.	Vulnerabilitäts-Stress-Modell	22
5.3.	Abhängigkeit als Prozess	23
5.4.	(Neuro-)Biologische Erklärungsansätze	25
5.5.	Psychologische Erklärungsansätze	26
5.6.	Soziologische Erklärungsansätze	27
5.7.	Trauma und Abhängigkeitserkrankung	28
6.	Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „Der Wiener Weg“	29
7.	Ansätze aus der Suchtarbeit & Suchtprävention	30
7.1.	Universelle/selektive/indizierte Prävention	31
7.2.	Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	32



7.3. Früherkennung/Frühintervention.....	32
7.4. Förderung von Lebenskompetenzen	33
7.5. Förderung von Risikokompetenzen.....	34
7.6. Risiko- und Schutzfaktoren.....	35
7.7. Resilienz	37
7.8. Das „Klaviermodell“ (nach G. Koller)	38
7.9. Bindung und Abhängigkeitserkrankungen	40
7.10. Soziale Integration und Sucht	41
Literaturverzeichnis	43



1. Suchtmittelkonsum in Österreich - Wissenswertes zum Einstieg

Wussten Sie, dass¹ ...

... das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig ist?

.... Suchtmittelkonsum nicht automatisch zu einer Abhängigkeit führt? Das Spektrum reicht von der Abstinenz über den Genuss bis zur Abhängigkeit.

... das legale Suchtmittel Alkohol, gemessen an den Folgen – beispielsweise für die Gesundheit, an einer erhöhten Gewaltbereitschaft, den Unfallgefahren im Straßenverkehr – unverändert das „Suchtmittel Nummer eins“ in unserer Gesellschaft ist. Fast jede Person macht irgendwann einmal Erfahrungen mit Alkohol. Der Alkoholkonsum geht tendenziell zurück (Konsummenge, Problemkonsum, jugendlicher Alkoholkonsum), das Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern gleicht sich immer mehr an

... der tägliche Konsum von mehr als 40 g reinen Alkohols bei Frauen (1 Liter Bier bzw. 0,5 Liter Wein) bzw. mehr als 60 g reinen Alkohols bei Männern (1,5 Liter Bier bzw. 0,75 Liter Wein) laut HEC² als gesundheitsgefährdend gilt? ExpertInnen empfehlen, an mindestens zwei Tagen pro Woche keinen Alkohol zu trinken, um den Körper zu entlasten.

... rund 370.000 ÖsterreicherInnen als alkoholabhängig gelten? 14 Prozent der Bevölkerung trinken in einem problematischen Ausmaß. Den höchsten Anteil an Menschen mit problematischem Alkoholkonsum findet man bei Personen im mittleren Alter (ca. 50 bis 60 Jahre) und nicht – wie in der öffentlichen Berichterstattung manchmal verbreitet wird – bei den Jugendlichen.

... sich ein genereller Rückgang im Rauchverhalten feststellen lässt, jedoch immer noch geschätzte 27 Prozent der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre aktuell rauchen? Rund 21 Prozent rauchen täglich, das sind ca. 1.500.000 Personen. Das Rauchverhalten von Männern und Frauen hat sich in den letzten Jahrzehnten zusehends angeglichen. Frauen rauchen allerdings etwas seltener als Männer und im Durchschnitt weniger Zigaretten pro Tag als Männer.

¹ In diesem Kapitel angeführte Informationen entstammen folgenden Quellen: Bachmayer et al. (2018), Kalke & Wurst (2015), Anzenberger et al. (2020), IFES (2019), Klimont (2020), Strizek & Uhl (2016), Schmutterer (2020)

² HEC: Health Education Council



... schätzungsweise ein Drittel bis die Hälfte der Erwachsenen in Österreich bereits mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert hat, Männer häufiger als Frauen? Der Konsum von Cannabis ist in Österreich unter den illegalen Suchtmitteln am weitesten verbreitet. Meistens beschränken sich die Konsumerfahrungen jedoch auf eine kurze Lebensspanne. Aktive KonsumentInnen sind unter Jugendlichen häufiger anzutreffen als unter Erwachsenen.

... der problematische bzw. risikoreiche Konsum von Opioiden³ in Österreich bei jungen Menschen unter 25 Jahren rückläufig ist? Es gibt weniger EinsteigerInnen. In Österreich gibt es rund 31.000 bis 37.000 Menschen mit risikoreichem/problematischem Opioidkonsumverhalten.

... in Österreich rund 64.000 Personen im Alter von 14 bis 65 Jahren ein problematisches Spielverhalten aufweisen und davon rund 37.000 Personen als pathologische SpielerInnen gelten?

... jede fünfte Person (rund 22 Prozent) in Österreich schon mindestens einmal im Leben Schlaf- und Beruhigungsmittel konsumiert hat, Frauen häufiger als Männer? Die Konsumerfahrungen steigen mit zunehmendem Alter kontinuierlich an.

³ Opiode sind halb- oder vollsynthetisch hergestellte Substanzen, die in ihrer Wirkung dem Opium ähnlich sind. Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das aus Morphin gewonnen wird.



2. Was ist eine Abhängigkeitserkrankung?

„Sucht“ ist der umgangssprachliche Begriff für eine chronische, wiederkehrende Erkrankung, die viele Ursachen und unterschiedliche Verläufe haben kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezeichnet diese Erkrankung im medizinischen Terminus als Abhängigkeitssyndrom – umgangssprachlich „Abhängigkeit“. Dieses Abhängigkeitssyndrom wird durch eine Gruppe von körperlichen, verhaltensbezogenen und kognitiven Symptomen charakterisiert, die sich nach wiederholter Einnahme bzw. wiederholtem Konsum von psychotropen⁴ Substanzen (auch Medikamenten), Alkohol oder Nikotin entwickeln.⁵

Die medizinische Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung kann nur von ausgebildeten Fachkräften aus dem medizinischen und psychologischen Bereich gestellt werden, zum Beispiel von ÄrztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen.

Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht von heute auf morgen, sondern sie entwickelt sich über eine längere Zeit hinweg. Die meisten Menschen, die Suchtmittel konsumieren, entwickeln keine Abhängigkeitserkrankung, sie konsumieren in bestimmten Phasen oder zu bestimmten Zeiten oder hören mit dem Konsum wieder auf.⁶

Eine Abhängigkeitserkrankung ist keine Willensschwäche oder moralische Verfehlung.

Da Sucht keine Willensschwäche ist, ist es meist wenig zielführend, einem suchtkranken Menschen zu sagen, dass sie/er nur „eisernen Willen“ braucht, um abstinent zu werden. Dennoch braucht es – wie bei jeder anderen Krankheit auch – die Motivation, sich behandeln zu lassen beziehungsweise das gesundheitsschädigende Verhalten zu ändern.

⁴ Eine psychotrope/psychoaktive Substanz ist ein Wirkstoff, der die Psyche des Menschen beeinflusst.

⁵ Vgl. World Health Organisation (WHO)

⁶ Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88), Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (2007, Jg. 30, Nr. 1), Klein et al. (2009, S. 3–52)



Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Was bedeutet die Definition von Sucht als Krankheit für die Beratung und Betreuung von suchtkranken Menschen?
- Was bedeutet es für die Praxis, wenn Sucht als chronische und wiederkehrende Erkrankung verstanden wird?
- Inwieweit kann man Krankheiten mit Regeln und Verboten begegnen?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

.....

2.1. Diagnosekriterien einer Abhängigkeitserkrankung

Im österreichischen Gesundheitssystem wird die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung in der Regel anhand der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD-10), eines Diagnoseklassifikationssystems der WHO, gestellt.

Von einer Abhängigkeitserkrankung wird laut ICD-10⁷ gesprochen, wenn „drei oder mehr der folgenden Kriterien (...) zusammen mindestens einen Monat lang bestanden haben. Falls sie nur für eine kürzere Zeit gemeinsam aufgetreten sind, sollten sie innerhalb von zwölf Monaten wiederholt bestanden haben.

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h. über Beginn, Beendigung oder die Menge des Konsums, deutlich daran, dass oft mehr von der Substanz konsumiert wird oder über einen längeren Zeitraum als geplant, oder an dem anhaltenden Wunsch oder an erfolglosen Versuchen, den Substanzkonsum zu verringern oder zu kontrollieren.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom (...), wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird, mit den für die Substanz typischen Entzugssymptomen oder auch nachweisbar durch den Gebrauch derselben oder einer sehr ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz. Für eine Intoxikation oder um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere

⁷ Vgl. Dilling et al. (2006, S. 79–80)



Mengen der Substanz konsumiert werden, oder es treten bei fortgesetztem Konsum derselben Menge deutlich geringere Effekte auf.

5. Einengung auf den Substanzgebrauch, deutlich an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs; oder es wird viel Zeit darauf verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutig schädlicher Folgen (...), deutlich an dem fortgesetzten Gebrauch, obwohl der Betreffende sich über die Art und das Ausmaß des Schadens bewusst ist oder bewusst sein könnte.“

Neben der ICD-10 gilt das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5 der American Psychiatric Association (APA) als ein maßgebliches Klassifikationssystem psychischer Störungen.

Unter dem Begriff „Substanzgebrauchsstörung“ wird nicht zwischen Missbrauch und Abhängigkeit unterschieden, sondern zwischen „leicht, mittel und schwer“.

Das DSM-5 kategorisiert die Substanzgebrauchsstörung anhand von elf Kriterien. Sind innerhalb der vergangenen zwölf Monate mindestens zwei Kriterien erfüllt worden, so liegt eine Störung vor. Abhängig von der Anzahl der zutreffenden Kriterien wird auch der Schweregrad der Störung festgestellt.

„Die Kriterien sind:

1. wiederholter Konsum, sodass wichtige Verpflichtungen in der Arbeit, in der Schule oder zu Hause vernachlässigt werden;
2. wiederholter Konsum in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann;
3. wiederholter Konsum trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme;
4. Toleranzentwicklung, gekennzeichnet durch Dosissteigerung oder verminderte Wirkung;
5. Entzugssymptome oder Substanzkonsum, um Entzugssymptome zu vermeiden;
6. längerer Konsum oder in größerer Menge als geplant (Kontrollverlust);
7. anhaltender Kontrollwunsch oder erfolglose Versuche der Kontrolle;
8. hoher Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von der Wirkung des Konsums zu erholen;
9. Aufgabe oder Reduzierung von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums;
10. fortgesetzter Gebrauch, obwohl körperliche oder psychische Probleme bekannt sind;



11. starkes Verlangen oder Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving)".⁸

Wichtiger Hinweis: Das DSM-5 klassifiziert neben stoffgebundenen Störungen auch eine „Störung durch Glücksspielen“. „Pathologisches Spielen“ wird in der ICD-10 unter Störungen der Impulskontrolle angeführt.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Wie relevant ist eine Diagnose für die Arbeit in unserer Einrichtung?
- Welche Kriterien werden bei der Arbeit in unserer Einrichtung zur Einschätzung der Suchterkrankung herangezogen?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

2.2. Substanzgebundene Abhängigkeitserkrankung

Ist eine Person von einer bestimmten Substanz abhängig, wird dies „substanz- oder stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung“ genannt. Substanzen, die abhängig machen können, sind zum Beispiel:

- Alkohol
- Tabak/Nikotin
- Medikamente
- Cannabis
- Opioide
- Designer- und Partydrogen wie Ecstasy oder Speed
- Kokain
- LSD

⁸ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2016): <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>



2.3. Substanzgebundene/Verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung

Eine übermäßige Nutzung von Handy, Computer oder Internet, problematisches Verhalten in Bezug auf Glücksspiele, zwanghaftes Kaufverhalten, ein übersteigertes Verlangen nach sexueller Befriedigung, zwanghafte Haltungen zu Leistung und Arbeit etc. können Anzeichen einer Abhängigkeitserkrankung haben. Diese Formen eines zwanghaften, nicht kontrollierbaren und problematischen Verhaltens werden als substanzungebundene beziehungsweise verhaltensbezogene Abhängigkeitserkrankung bezeichnet. Aber derzeit sind diese Verhaltensweisen mit Ausnahme des pathologischen Spielens (ICD-10) sowie einer Störung durch Glücksspielen (DSM-5) nicht in den Klassifikationsschemata erfasst und daher gibt es hierfür keine einheitliche und allgemeingültige Definition. Es gibt aber Menschen, die hierbei ein problematisches Verhalten entwickeln und bei denen auch Merkmale ähnlich einer Abhängigkeitserkrankung auftreten. Betroffene Menschen benötigen auf jeden Fall professionelle Beratung und Begleitung.

3. Rechtliche Aspekte

Bestimmte Suchtmittel können in Österreich – unter Berücksichtigung des jeweiligen Landesjugendschutzgesetzes oder Arzneimittelrechts – legal erworben und gebraucht werden. Dazu gehören in erster Linie Alkohol, Tabak und Medikamente.

Substanzen wie Cannabis, Kokain, Heroin, Ecstasy, Speed, LSD gelten in Österreich als illegal; ihr Gebrauch wird im Suchtmittelgesetz geregelt.

Das Potenzial eines Suchtmittels zur gesundheitlichen Gefährdung ist nicht vom rechtlichen Status (legal oder illegal) abhängig.

Nähere Informationen zu den unterschiedlichen Substanzen erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

Nachfolgend wird ein Überblick gegeben, welche Gesetze diesbezüglich in Österreich von Bedeutung sind.



3.1. Suchtmittelgesetz (SMG)

Das „Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe“ (Suchtmittelgesetz – SMG) ist die Hauptrechtsquelle für alle Themen im Zusammenhang mit Suchtmitteln, womit Suchtgifte und psychotrope Substanzen gemeint sind. Zu den Suchtgiften zählen zum Beispiel Cannabis, Heroin, Kokain, Morphin, retardierte Morphine wie Substitol®, Methadon, MDMA = Ecstasy, Methamphetamin („Crystal Meth“), LSD, GHB. Zu den psychotropen Stoffen gehören die meisten bekannten Diazepine (Medikamente mit beruhigenden bzw. schlaffördernden Eigenschaften) wie Flunitrazepam (z. B. Rohypnol®), Oxazepam, Diazepam (z. B. Valium®), Lorazepam, Zolpidem.

Wesentliche Inhalte des Suchtmittelgesetzes sind:

- allgemeine Vorschriften über den Umgang mit Suchtmitteln
- Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch
- Strafbestimmungen bei unrechtmäßigem Umgang
- Strafalternativen/Diversion: Prinzip „Therapie statt Strafe“
- Detailfestlegungen und Liste von Substanzen: Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung

Im Suchtmittelgesetz ist auch festgeschrieben, dass die Verwendung von Suchtmitteln nur zu bestimmten Zwecken zulässig ist, wie zum Beispiel zu medizinischen Zwecken – insbesondere für die Schmerz- oder Substitutionsbehandlung – oder zu wissenschaftlichen Zwecken.

Das Gesetz enthält auch diverse Vorkehrungen zur Verhinderung des unerlaubten Gebrauchs von Suchtmitteln (Missbrauch), wie zum Beispiel strenge Mengenkontrollen, Dokumentations- und Meldepflichten.

Jeder unrechtmäßige Umgang mit Suchtmitteln ist verboten und strafbar. Dazu gehören:

- Erwerb
- Besitz
- Weitergabe, Anbieten, Verschaffen
- Ein-/Ausfuhr, Beförderung
- Anbau

Wichtiger Hinweis: Es gibt keine erlaubte „Eigenbedarfsmenge“; der Besitz jeglicher Menge ist verboten. Nicht unrechtmäßig hingegen ist es, wenn eine Patientin oder ein Patient ein vom Gesetz erfasstes Medikament besitzt, das ihr/ihm von ärztlicher Seite verschrieben worden ist.



Wenn die Polizei davon erfährt, dass jemand unerlaubt mit Suchtmitteln zu tun gehabt hat, muss sie eine Anzeige erstatten (= Einleitung eines Strafverfahrens). Andere öffentliche Dienststellen oder Behörden müssen – statt einer Anzeige bei der Polizei – in diesen Fällen eine Meldung an das Gesundheitsamt erstatten.

Eine polizeiliche Anzeige bedeutet aber nicht, dass es zu einer Bestrafung kommen muss. Näheres dazu weiter unten.

3.1.1. § 13 Suchtmittelgesetz

Das Suchtmittelgesetz enthält in § 13 Abs. 1 eine Bestimmung, die sich ausdrücklich auf den Suchtmittelmissbrauch durch SchülerInnen bezieht. Hierbei steht „Helfen statt Strafen“ im Vordergrund. Es kommt nicht zu einer Strafanzeige, sondern die Schulleitung leitet Maßnahmen nach dem SMG ein.

Für die Praxis bedeutet dies: Wenn sich in der Schule ein begründeter Verdacht ergibt, dass eine Schülerin oder ein Schüler illegale Suchtmittel konsumiert, wird die Schulleitung verständigt. Die Schulleitung ordnet eine schulärztliche Untersuchung unter Einbeziehung der Schulpsychologie an. Bei Schülerinnen oder Schülern unter 18 Jahren informiert die Schulleitung auch die Erziehungsberechtigten.

Wenn die schulärztliche Untersuchung den Verdacht bestätigt und festgestellt wird, dass gesundheitsbezogene Maßnahmen wie eine Beratung/Behandlung notwendig sind, wird die Schülerin oder der Schüler an eine Beratungsstelle vermittelt und zur Bestätigung der Durchführung der gesundheitsbezogenen Maßnahme eine Ambulanzkarte übergeben. Die Schulleitung darf nur darüber Kenntnis erlangen, ob die gesundheitsbezogenen Maßnahmen durchgeführt worden sind. Die Beratungsstelle unterliegt einer Schweigepflicht und darf keine Details über die gesundheitsbezogenen Maßnahmen, Gespräche oder Termine an die Schulleitung weitergeben.

Nur wenn die gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder die schulärztliche Untersuchung verweigert werden, muss die Schulleitung das Gesundheitsamt verständigen.

3.1.2. Prinzip „Therapie statt Strafe“

Für Personen, die illegal Suchtmittel gebrauchen und angezeigt worden sind, gibt es im österreichischen Recht verschiedene Alternativen zur Bestrafung. Das Recht verfolgt bei Suchtkranken den Grundsatz „Therapie statt Strafe“. Das Gesundheitssystem spielt für



KonsumentInnen dabei die Hauptrolle, zu einem Verfahren der Justiz (z. B. Gerichtsverhandlung) kommt es nur in besonderen Fällen.

- Die Staatsanwaltschaft stellt aufgrund einer Anzeige in Fällen eines „erweiterten“ Eigengebrauchs⁹ das Strafverfahren sofort vorläufig für ein Jahr ein. Es erfolgt eine Meldung ans Gesundheitsamt.
- Es kommt zu einer Begutachtung durch die Gesundheitsbehörde: bei Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten, die in den letzten fünf Jahren nicht schon einmal auffällig waren – zum Beispiel durch eine Anzeige oder sonstige Meldung – erfolgt keine standardmäßige Begutachtung.
- Gegebenenfalls werden aufgrund der Begutachtung „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ bei Suchtgiftmissbrauch vorgeschlagen, zum Beispiel Z1 – ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, Z2 – ärztliche Behandlung inkl. Substitutions- oder Entzugsbehandlung, Z3 – klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Z4 – Psychotherapie, Z5 – psychosoziale Beratung und Betreuung.
- Eine Fortsetzung eines Strafverfahrens gibt es nur, wenn das Gesundheitsamt innerhalb des darauffolgenden Jahres meldet, dass die angezeigte Person nicht zur Begutachtung erscheint oder notwendige Maßnahmen nicht nachgewiesen werden; andernfalls wird das Verfahren nach einem Jahr endgültig eingestellt.

Die aktuelle Fassung des österreichischen Suchtmittelgesetzes ist abrufbar unter:
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011040>

3.2. Neue-Psychoaktive-Substanzen Gesetz (NPSG)

Seit 2012 regelt ein eigenes Gesetz neue psychoaktive Substanzen. Es zielt nicht darauf ab, KonsumentInnen zu bestrafen, sondern sie vor uneinschätzbaren Gesundheitsrisiken zu schützen. Es verbietet den Handel mit neuen psychoaktiven Substanzen¹⁰ und die Herstellung mit Gewinnabsicht. Bei einem Verstoß drohen Freiheitsstrafen von bis zu zwei Jahren und mehr.

⁹ Damit sind der Erwerb, der Besitz zum eigenen persönlichen Gebrauch und auch die eventuelle vorteilslose Weitergabe zum persönlichen Gebrauch eines anderen gemeint.

¹⁰ Zu den neuen psychoaktiven Substanzen zählen vor allem Substanzen bzw. chemische Verbindungen, die unter dem Namen Research Chemicals bekannt sind. Sie werden beispielsweise als Badesalze, Räuchermischungen oder Pflanzendünger vermarktet; die Zusammensetzung bzw. die Wirkstoffe ändern sich dabei ständig.



Die aktuelle Fassung ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20007605>

3.3. Wiener Jugendschutzgesetz (WRJSCHG 2002)

Im Wiener Jugendschutzgesetz von 2002 wird für junge Menschen bis 18 Jahre neben Aspekten wie zum Beispiel Ausgehen und Altersnachweis auch der Umgang mit Alkohol, Tabakwaren, jugendgefährdenden Medien, Datenträgern, Gegenständen, Glücksspielen sowie Wetten recht genau geregelt. Auch Eltern, Erziehungsberechtigte, Lokalbesitzerinnen und Lokalbesitzer oder Veranstalterinnen und Veranstalter haben die Pflicht, die Bestimmungen des Jugendschutzgesetzes einzuhalten. Jugendschutz fällt in die Zuständigkeit der Bundesländer, und daher gibt es in Österreich neun Jugendschutzgesetze, die sich zum Beispiel bei den Ausgehzeiten und den Regelungen in Bezug auf Alkohol und Tabak in einigen Punkten unterscheiden.

Die aktuelle Fassung für Wien ist abrufbar unter:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrW&Gesetzesnummer=20000267>



4. Konsumformen - Konsummotive - Wirkungsweise von Suchtmitteln

4.1. Konsumformen

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein dynamischer Prozess und verläuft nicht linear. Experimentierverhalten oder Konsum führen nicht zwangsläufig in eine Abhängigkeit. Innerhalb des Spektrums von Abstinenz, Genuss und Abhängigkeit gibt es verschiedene Ausprägungen und fließende Übergänge.¹¹

Gängige Begriffe, um die Konsumformen zu beschreiben, sind zum Beispiel:

- **Abstinenz**
- **Probierkonsum:** einmaliges oder sporadisches Probieren
- **Experimentierkonsum:** Neugierde und Sensationslust sind bestimmend; unregelmäßiger Konsum, der zu bestimmten Zeitpunkten, z. B. an Wochenenden, intensiver ist
- **regelmäßiger Konsum:** Gewöhnung ohne zwangsläufige Abhängigkeit
- **Risikokonsum:** Durch die Art des Konsums bestehen erhöhte Risiken für schädliche Konsequenzen, z. B. Unfallgefahr, Probleme in der Schule oder am Arbeitsplatz
- **schädlicher und problematischer Konsum:** ein Konsummuster, das körperliche und/oder psychische Schäden zur Folge hat. Die Betroffenen können den Konsum oder suchtfördernde Verhaltensweisen auch dann nicht einstellen, wenn sie sich der damit verbundenen Gefährdung und Schädigung bewusst sind.
- **Abhängigkeit** (süchtiger Gebrauch)

Der Prozess einer Abhängigkeitserkrankung kann mehrere Jahre dauern und unterschiedliche Phasen durchlaufen. Grundsätzlich besteht in jeder Phase die Möglichkeit, dass ein Fortschreiten in Richtung Abhängigkeit stattfindet. Aber auch eine Umkehr ist möglich. Abhängigkeit ist nur eine mögliche Folge von Konsum.¹²

¹¹ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 66)

¹² Vgl. Degkwitz (2005, S. 63–88)



Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Der Konsum eines Suchtmittels ist nicht mit einer Abhängigkeitserkrankung gleichzusetzen. Inwiefern findet dieser Aspekt in unserer Einrichtung Beachtung, bzw. wird diesbezüglich der Konsum von Alkohol anders bewertet als der Konsum von illegalen Substanzen?
- Auch wenn keine Abhängigkeitserkrankung vorliegt, kann der Konsum eines Suchtmittels schädigende Folgen haben. Welche Folgen fallen mir dazu ein?
- Ist die Abhängigkeitserkrankung immer die gefährlichste Folge des Konsums von Suchtmitteln?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.2. Konsummotive

Jeder Mensch hat unterschiedliche Beweggründe, wenn er zu Suchtmitteln greift. Dabei stehen „normale“ menschliche Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Zugehörigkeit, Entspannung, Leistungsfähigkeit etc. im Vordergrund. Zentrale Motive sind:

- **Verbesserungsmotive:** Genuss, Steigerung des Wohlbefindens, Glückssuche, Bewusstseinsveränderung, Wunsch nach Ekstase, Leistungssteigerung, Steigerung der Konzentration, Wunsch nach Geborgenheit, Experimentieren mit Suchtmitteln, Konsum aus Langeweile, Wunsch nach Abwechslung, Austesten von Grenzen/Verboten, Wunsch nach intensiven Gefühlen, Verstärkung der Stimmung/des Erlebens, Zugehörigkeit oder Abgrenzung, Wunsch nach Anerkennung, Erleben von Gruppendynamik, Spaß, Positionierung innerhalb der Gruppe
- **Verringerungs- und Fluchtmotive:** Verringerung von Ängsten und Missempfinden, Flucht aus der Realität, Stressbewältigung, Selbstmedikation¹³, Entspannung, Betäubung, Verdrängen von negativen Gefühlen¹⁴

¹³ Selbstmedikation = Eigenbehandlung ohne ärztliche Rücksprache bzw. Verordnung, um bestimmte Beschwerden zu lindern

¹⁴ vgl. Klein (2015)



Problematisch wird es dann, wenn der Konsum als einzige Möglichkeit gesehen wird, um einen bestimmten Zustand zu erreichen – wenn man zum Beispiel, um zu entspannen, Cannabis konsumiert, anstatt Musik zu hören.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Welche Beweggründe Suchtmittel zu konsumieren sind für meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen von Bedeutung?
- Inwiefern ist es für meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen möglich, menschliche Grundbedürfnisse (ohne Suchtmittel) zu befriedigen?
- Spielen persönliche Konsummotive in der Beratung und Betreuung eine Rolle?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.3. Wirkungsweise von Suchtmitteln

Mit dem Konsum von Suchtmitteln werden bestimmte Wirkungsweisen angestrebt und dementsprechend unterschiedliche Substanzen eingesetzt. Substanzen haben sehr oft mehrfache Wirkungsweisen – sie können zum Beispiel beruhigend und/oder aktivierend sein. Die Wirkweisen von Suchtmittel können je nach Person, abhängig von der jeweiligen Situation beziehungsweise auch von der Verabreichungsform und Dosierung, stark variieren. Nachfolgend finden Sie typische Wirkungsweisen, wobei eine Zuordnung bestimmter Substanzen zu bestimmten Wirkungsweisen in der Regel nicht eindeutig möglich ist:

- Beruhigend: z. B. Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin
- Aktivierend: z. B. Nikotin, Alkohol, Speed, Kokain, Crystal Meth
- Euphorisierend¹⁵: z. B. Heroin, Ecstasy, Cannabis, Alkohol
- Halluzinogen¹⁶: z. B. Pilze, Lachgas, Ketamin¹⁷, Cannabis, LSD

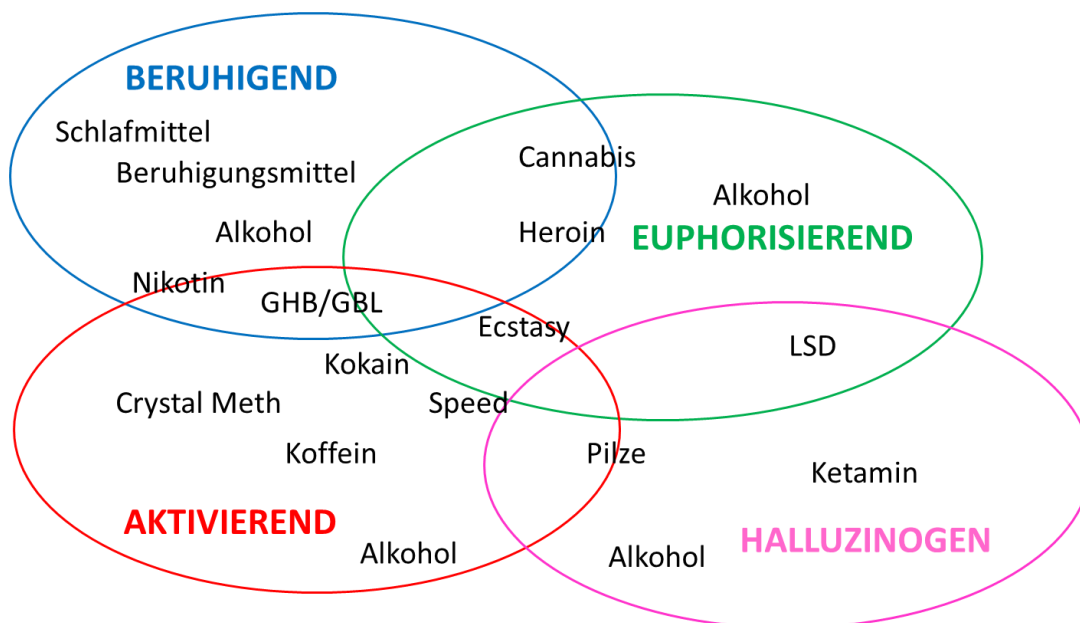


Abb.1: Wirkungsweise von Suchtmitteln

Einen guten Überblick über unterschiedliche Substanzen und deren Wirkungsweise erhalten Sie zum Beispiel unter www.checkyourdrugs.at.

¹⁵ Euphorisierend = intensives gutes Gefühl, Hochgefühl, Glücksgefühl auslösend

¹⁶ Halluzinogen = Wahrnehmungen (z. B. im Denken, Fühlen, Sehen) hervorrufend, die nicht der Realität entsprechen

¹⁷ Ketamin ist ein Arzneistoff, der insbesondere in der Anästhesie und zur Behandlung von Schmerzen eingesetzt wird.



4.4. Mischkonsum, Mehrfachkonsum oder Polytoxikomanie

Mischkonsum bezeichnet den gleichzeitigen oder zeitnahen Konsum mehrerer Suchtmittel. Damit überlappen sich die einzelnen Wirkungsweisen. Je nach Substanz potenzieren oder verstärken sich die jeweiligen Effekte und werden noch unkalkulierbarer als beim Konsum einer einzigen Substanz. Die gesundheitlichen Risiken erhöhen sich durch Mischkonsum und es kommt zu einer extremen Belastung für den Körper.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Inwieweit kann man aufgrund des Wissens über die Substanz(en), die eine Person konsumiert, Rückschlüsse auf die persönlichen Konsummotive ziehen?
- Wie eine Substanz bei einer Person subjektiv erlebt wird und warum sie genommen wird, ist individuell. Was bedeutet das für die Beratung und Betreuung?
- Wie relevant ist das Wissen über die Wirkung von Substanzen für die Arbeit in unserer Einrichtung?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



4.5. Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft kann vor allem die Gesundheit des Kindes gefährden. Sowohl illegale als auch legale Suchtmittel können zu Schwangerschaftskomplikationen, Fehlgeburten, Fehlbildungen an den Organen, motorischen Defiziten, Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen sowie zum Teil irreparablen Folgeschäden für das Kind führen. Am risikoreichsten ist es, wenn mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden.

Was den Konsum von Alkohol betrifft, gibt es in der Schwangerschaft keinen Konsum ohne Risiko. Alkohol gelangt durch die Plazenta direkt in den Blutkreislauf des werdenden Kindes. Das ungeborene Kind kann den Alkohol nicht abbauen und bleibt somit länger den schädigenden Wirkungen ausgesetzt. Diese pränatale Alkoholexposition kann die geistige und körperliche Entwicklung des ungeborenen Kindes beeinträchtigen.

Schon geringe Mengen Alkohol können Auswirkungen auf das spätere Leben des Kindes haben. Unter dem Begriff FASD¹⁸ werden Symptome wie beispielsweise geringes Geburtsgewicht, kleiner Kopfumfang und Störungen der Exekutivfunktionen¹⁹ zusammengefasst.

Auch Rauchen und Passivrauchen in der Schwangerschaft sind schädlich. Mit dem Zigarettenrauch wird von der Mutter und auch vom ungeborenen Kind Kohlenmonoxyd aufgenommen. Die Sauerstoffversorgung der Organe des Kindes ist nicht vollständig gewährleistet; die Inhaltsstoffe einer Zigarette haben eine schädigende Wirkung auf das Nervensystem und den Kreislauf des Kindes.

Das Kind kann beispielsweise bei der Geburt ein niedrigeres Geburtsgewicht, eine geringere Größe oder eine Schwächung der Lungenfunktion aufweisen.

Während einer Schwangerschaft ist es das Beste für die Gesundheit des Kindes und der Mutter, ganz auf den Konsum von Suchtmitteln zu verzichten. Der Partner/die Partnerin ist hierbei im optimalen Fall eine wesentliche Unterstützung.

Jedoch für opioidabhängige Schwangere ist die Opioid-Substitutions-Therapie (OST) die Behandlung der Wahl. Patientinnen, die bislang nicht in einer OST waren, ist diese dringend zu empfehlen. Die Betreuung sollte in einer spezialisierten Einrichtung oder in einer Kooperation des/der substituierenden ÄrztIn mit einer Beratungsstelle erfolgen,

¹⁸ FASD = Fetal Alcohol Spectrum Disorder, fetale Alkoholspektrumstörung

¹⁹ Unter Exekutivfunktion versteht man eine Tätigkeit, wofür das Gehirn im Alltag herangezogen wird. Das betrifft z. B. Orientierung, Rechnen, Planen, Impulskontrolle.



um ein zusätzliches psychosoziales Angebot zu gewährleisten. Ein Therapieabbruch bedeutet eine reale Gefahr für die werdende Mutter und das ungeborene Kind.²⁰

5. Ursachen und Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung

5.1. Ursachenmodell – Suchtdreieck

Bei Entstehung und Verlauf einer Abhängigkeitserkrankung wirken viele Einflussfaktoren in unterschiedlicher Stärke und aus verschiedenen Bereichen zusammen. Es handelt sich um einen komplexen, phasenhaft verlaufenden Prozess. Die Dynamik dieses Prozesses wird durch das Verhältnis und die Gewichtung von Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt.

Das Suchtdreieck berücksichtigt als biopsychosoziales Modell die Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung auf Ebene der Person, des Suchtmittels bzw. des Verhaltens und des Umfelds. Die eigene Persönlichkeit, Erfahrungen und Prädisposition, das soziale Umfeld, die gesellschaftlichen bzw. kulturellen Bedingungen und die Eigenschaften des jeweiligen Suchtmittels spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen

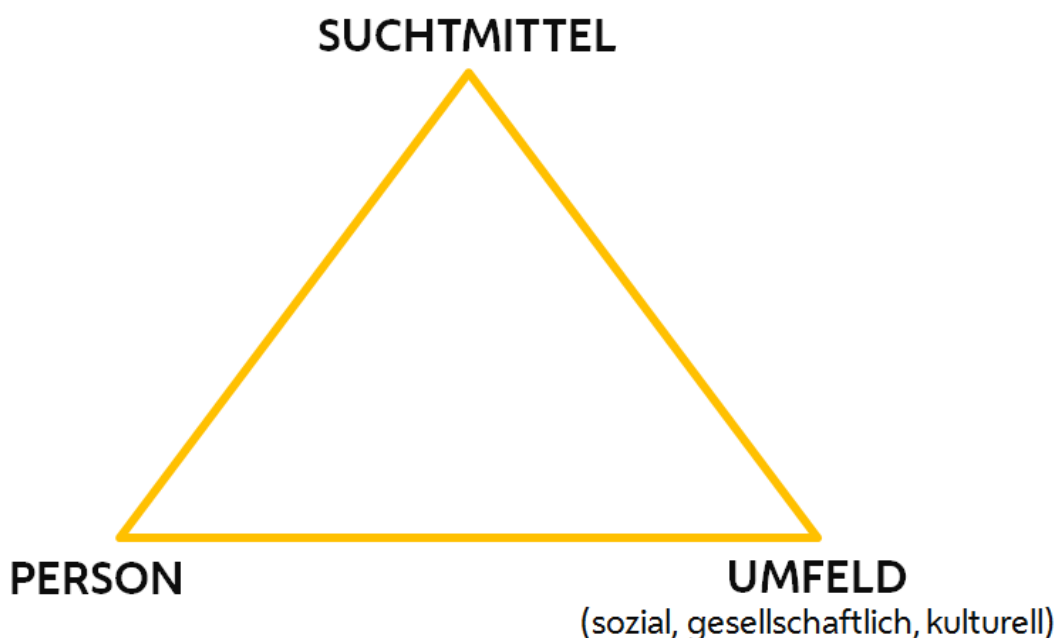


Abb.2: Ursachenmodell – Suchtdreieck

²⁰ Vgl. ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, & ÖGPP (2017):

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie---Qualitätsstandards-für-die-Opioid-Substitutionstherapie.html>



- **Person:**

Psyche: Die persönliche Lebensgeschichte, die Persönlichkeitsentwicklung und dementsprechend die individuellen Ressourcen für eine Krisenbewältigung und für die Veränderung innerer und äußerer Umstände sowie die gerade aktuell verfügbaren persönlichen Möglichkeiten – etwa begründet im jeweiligen Lebensabschnitt – bilden grundlegende Risiko- oder Schutzfaktoren.

Körper: Auch wenn Abhängigkeitserkrankungen nicht als vererbbar angesehen werden, weist dennoch einiges auf epigenetische Faktoren hin, die bei der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung eine Rolle spielen. Neben neurobiologischen Faktoren sind hierbei zum Beispiel auch Toleranzbildung gegenüber Substanzen, Abbaukapazitäten, Geschlecht, Alter und Körpergewicht zu berücksichtigen.

- **Suchtmittel oder Verhaltensweise:**

Unterschiedliche Suchtmittel beziehungsweise abhängigkeitsfördernde Verhaltensweisen haben jeweils unterschiedliche Abhängigkeitspotenziale. Neben der pharmakologischen Wirkung der Suchtmittel spielen hierbei auch die Verfügbarkeit, die Art der Einnahme, die Beschaffenheit der Substanz etc. eine Rolle. Bei abhängigkeits-fördernden Verhaltensweisen hat sich beispielsweise das Spielen an Automaten als problematischer erwiesen als andere Spielformen. Entscheidend sind – ähnlich wie bei legalen oder illegalen Substanzen – auch die Verfügbarkeit der Möglichkeiten abhängigkeitsfördernden Verhaltens, zum Beispiel die Verfügbarkeit von Spiel-automaten, sowie die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung eines bestimmten Verhaltens.

- **Umfeld:**

Soziales Umfeld: Das Risiko, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, aber auch die Chancen, eine bestehende Abhängigkeitserkrankung zu überwinden, stehen in engem Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen, in denen jemand lebt. Die familiäre Situation, der Freundeskreis und die beruflichen Möglichkeiten haben beispielsweise eine große Bedeutung.

Gesellschaftliche bzw. kulturelle Bedingungen: An Risikofaktoren sind hier soziale Perspektivenlosigkeit, Ausgrenzung, Armut sowie insbesondere Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit zu nennen. Soziale Integration, Teilhabe – insbesondere auch an Bildung – und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten sind wesentliche Faktoren, die vor der Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung schützen können oder dabei hilfreich sein können, eine Abhängigkeitserkrankung zu überwinden.

5.2. Vulnerabilitäts-Stress-Modell

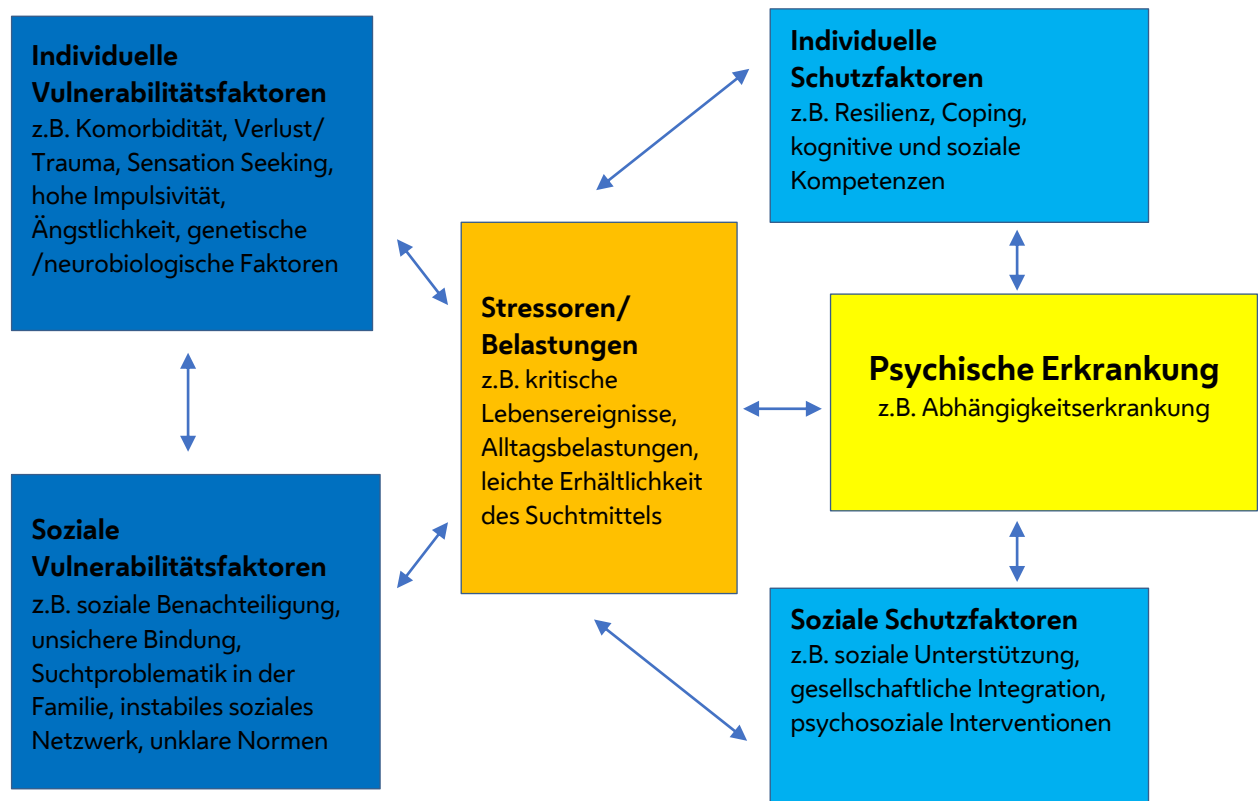


Abb. 3: Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Eigene modifizierte Darstellung nach Wittchen & Hoyer (2011).

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell geht davon aus, dass sich psychische Erkrankungen aus dem Zusammenspiel einer im Individuum vorhandenen Anfälligkeit für eine Erkrankung (Vulnerabilität/Diathese) und Belastungen bzw. Stress sowie in Abhängigkeit der jeweils zur Verfügung stehenden Bewältigungskompetenzen und -ressourcen entwickeln.²¹

Eine hohe individuelle Vulnerabilität, sehr starke Belastungen und bzw. oder geringe Ressourcen gehen mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko einher. Der Krankheitsprozess beginnt, wenn die Belastungen größer sind als die Belastbarkeit.²²

„Vulnerabilität“ bezeichnet eine individuell erworbene bzw. erlernte oder angeborene Anfälligkeit, die im Zusammenhang mit bestimmten Situationen und Ereignissen zu einer höheren Verletzlichkeit führt.²³ Vulnerabilität wird als Prädisposition für eine Erkrankung verstanden, die die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Erkrankung auftritt.²⁴

²¹ vgl. Davison et al. (2016, S. 53); Wittchen & Hoyer (2011, S. 21)

²² vgl. Bäuml & Pitschel-Walz (2008, S. 190-192)

²³ vgl. Wittchen & Hoyer (2011, S. 22)

²⁴ vgl. Margraf (1996, zitiert nach Wagner & Bräunig, 2006, S. 51)



Mögliche Vulnerabilitätsfaktoren im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen können beispielsweise traumatische Erlebnisse im Kindesalter, eine Suchtproblematik in der Familie, komorbide psychische Erkrankungen, eine hohe Impulsivität, Sensation Seeking²⁵, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, eine genetische Prädisposition oder nachteilige Entwicklungs- und Lebensbedingungen sein.²⁶

Eine bestimmte Vulnerabilität erhöht zwar das Risiko für eine Erkrankung, die Erkrankung muss jedoch nicht auftreten.²⁷ Erst im Zusammenspiel mit Belastungen und bei nicht ausreichend vorhandenen Bewältigungskompetenzen und Ressourcen, kann bei gegebener Vulnerabilität eine psychische Krankheit entstehen.²⁸

5.3. Abhängigkeit als Prozess

Es gibt viele Formen des Konsums. Peter Degkwitz (2005) schlägt daher zur Beschreibung von Konsumformen bzw. Sucht ein „Korridormodell“ vor. Demnach ist ein Sucht- bzw. ein Konsumprozess wie ein „langer Flur“, der durch verschiedene Türen betreten und verlassen werden kann und bei dem Abhängigkeit nur ein mögliches Ende darstellt.

Wesentlich ist: Eine Abhängigkeitserkrankung entsteht nicht eindimensional und verläuft auch nicht linear, sondern prozesshaft.

Die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist ein komplexer Prozess. Es gibt keinen universell gültigen Ansatz, der diese Erkrankung vollständig erklärt. Deshalb werden die einzelnen Ansätze aus unterschiedlichen fachlichen Richtungen meist verknüpft, mehrere Faktoren in Zusammenhang gestellt und die Dynamik im Zusammenspiel der multifaktoriellen Ursachen zueinander berücksichtigt.

Die verschiedenen Erklärungsansätze, die im Folgenden kurz beschrieben werden, beziehen sich – im Sinne des Suchtdreiecks als Ursachenmodell²⁹ – immer auf Teilaspekte beziehungsweise bestimmte Schwerpunkte einer Abhängigkeitsentwicklung und sollten daher im Zusammenhang mit den unterschiedlichsten Faktoren der Ursachen einer Abhängigkeitserkrankung gesehen werden.

²⁵ „Sensation Seeking“ beschreibt ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal, das durch die Suche nach intensiven und neuen Reizen auch unter dem Eingehen von Risiken gekennzeichnet ist (vgl. Hensch & Strobel, 2011, S. 180).

²⁶ u. a. Bühler et al. (2020, S. 58-59); FINDER Akademie (2019, S. 43)

²⁷ vgl. Davison et al. (2016, S. 54)

²⁸ vgl. Wittchen & Hoyer (2011, S. 22)

²⁹ Siehe Seite 21



Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Es gibt nicht die eine Ursache, sondern Suchterkrankungen entstehen in einem Zusammenspiel vieler Faktoren und verlaufen prozesshaft. Was bedeutet das für die Beratung und Betreuung?
- Welche Faktoren scheinen mir in meiner Arbeit mit meinen KlientInnen/PatientInnen/ KundInnen am wichtigsten?
- In welchem Bereich kann ich meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen unterstützen und in welchen Bereichen ist dies Aufgabe von anderen Einrichtungen?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

.....



5.4. (Neuro-)Biologische Erklärungsansätze

Der (neuro-)biologische Theorieansatz führt stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen auf (neuro-)biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurück. Die unterschiedlichen Substanzen greifen in verschiedene Stoffwechselprozesse des Gehirns ein und bewirken dort Veränderungen. Heute wird davon ausgegangen, dass eine psychoaktive Substanz zum Konsum verleiten kann, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl – im Belohnungssystem des Zentralnervensystems – erzeugt.

Das Belohnungssystem im Gehirn wird üblicherweise durch die Befriedigung von Bedürfnissen und Trieben – durch Essen, Trinken, Arbeiten, Sexualleben – aktiviert. Dabei werden unter anderem die Botenstoffe Dopamin und Endorphin freigesetzt, diese docken dann an den Rezeptoren im Belohnungssystem an und Erregungssignale werden an andere Gehirnstrukturen ausgesendet³⁰. Die Folge sind Gefühle von Zufriedenheit und Freude. Dinge die als belohnend erlebt werden, wird in der Zukunft in ähnlichen Situationen häufiger nachgegangen.

Die (neuro-)biologischen Theorien führen die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung vor allem auf Stoffwechselvorgänge im Gehirn zurück.

Eine weitere Schlüsselrolle in neurobiologischen Erklärungsansätzen ist das Stresskonzept. Intensiven Stressbelastungen (Trauma oder lang anhaltender Stress) gehen oft einher mit negativen Gefühlszuständen. Da negative Gefühlszustände nur schwer ertragen werden, motivieren sie zur baldigen Auflösung. Hier werden oft räumlich und zeitlich nähere Belohnungen vorgezogen, da sie eine schnelle Lösung versprechen. Die Folge kann sein, dass vermehrt Substanzen konsumiert oder Tätigkeiten ausgeführt werden, um das Belohnungssystem im Gehirn anzusprechen.

³⁰ Man kann sich das so vorstellen: Eine Gehirnzelle, ein sogenanntes Neuron, empfängt eine Nachricht durch zum Beispiel unsere Sinneswahrnehmung. Diese Nachricht soll zur weiteren Verarbeitung an andere Neuronen kommuniziert werden. Dabei kann die Zelle Informationen über elektrische Signale an nahe Nachbarn weiterleiten, für breitflächige Kommunikation bietet sich jedoch ein chemisches Signal an. Das Neuron sendet dabei einen chemischen Botenstoff aus, der sich wie ein Duft im Gehirn verbreitet. Um ein wahlloses Verschicken der Nachricht an alle Neuronen zu verhindern, benötigt jedes Empfänger-Neuron eine spezielle Empfangsstelle, den sogenannten Rezeptor. Nur wenn ein Neuron einen Rezeptor für den versendeten Botenstoff besitzt kann es auch die Nachricht zur weiteren Verarbeitung erhalten. Anders gesagt: ein Schlüssel (der Botenstoff) kann nur das passende Schloss (den passenden Rezeptor) öffnen.



Eine weitere Rolle spielt der Bereich der Epigenetik. Unter Epigenetik versteht man jenen Teil der Genetik, der sich damit befasst, wie Umwelteinflüsse (Stressbelastung, Suchterkrankung etc.) einen Einfluss auf die Gene haben: darauf, welche aktiviert und welche deaktiviert sind. Der entscheidende Unterschied zur Genetik ist, dass Veränderungen, die aufgrund von Umwelteinflüssen geschehen sind, zum Beispiel durch starke positive Erlebnisse oder förderliche Lebensumstände wieder rückgängig gemacht werden können.

5.5. Psychologische Erklärungsansätze

Psychologische Erklärungsansätze suchen die Ursache des Suchtmittelgebrauchs und einer Abhängigkeit beim einzelnen Menschen. Die wichtigsten Ansätze hierzu sind:

- psychoanalytischer Ansatz
- lerntheoretischer Ansatz
- bindungstheoretischer Ansatz
- systemischer Ansatz

Nach dem psychoanalytischen Ansatz wird die Ursache einer Abhängigkeit in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung gesehen.

Im lerntheoretischen Ansatz wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen der jeweiligen Person. Eine Abhängigkeit gilt als erlerntes Verhalten.

Im bindungstheoretischen Ansatz wird eine sichere Bindung als Basis aller Schutzfaktoren betrachtet. Sie stellt somit einen wichtigen Schutzfaktor gegen späteren problematischen oder risikoreichen Suchtmittelgebrauch dar, eine unsichere Bindung hingegen einen Risikofaktor. Ein Zusammenhang zwischen Bindung und einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich besonders dann sehr oft feststellen, wenn die frühen Bindungserfahrungen einer Person von einem Zustand der Entbehrung und des Mangels – z. B. fehlende (elterliche) Zuwendung – und Trauma geprägt waren.

Im systemischen Ansatz stehen die Dynamik und die Beziehung zwischen den Mitgliedern eines Systems (zum Beispiel Familienmitglieder) im Mittelpunkt. Es geht weniger um die Entstehungsgeschichte einer Abhängigkeit, sondern um die Frage, welche Mechanismen das abhängige Verhalten zum gegenwärtigen Zeitpunkt aufrechterhalten bzw. verändern.



5.6. Soziologische Erklärungsansätze

Soziologische Theorien versuchen anhand gesellschaftlicher und lebensweltlicher Einflüsse die Ursachen für ein bestimmtes Konsumverhalten, den Gebrauch von Suchtmitteln und eine Abhängigkeitserkrankung zu erklären.

Aus soziologischer Sicht können beispielhaft folgende Risikofaktoren angeführt werden:

- allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Gesellschaft zurechtzufinden, in der soziale Risiken, wie etwa arbeitslos zu werden, zunehmend individualisiert werden;
- mangelnde Zukunftsperspektiven und Zukunftsängste vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich;
- massive Verführung zu Suchtmittelkonsum durch entsprechende Leitbilder und Werbung für Suchtmittel oder Schönheitsideale;
- zunehmende Erlebnis- und Konsumorientierung;
- psychosoziale Belastungen in Ausbildung, Arbeit, Freizeit;
- „Peergroup-Effekt“: Der erste Suchtmittelkonsum vollzieht sich in der Regel nicht isoliert, sondern innerhalb einer Gruppe von Gleichaltrigen;
- familiäre Einflüsse: fehlerhafte Erziehungsstile (z. B. zu viele oder zu wenige Grenzen, mangelnde Konsequenz), Vorbildverhalten, Beziehungskrisen.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Welchen Ansatz/welche Ansätze verfolgen wir in unserer Einrichtung bei der Arbeit mit suchtkranken Menschen?
- Inwiefern helfen mir die dargestellten Ansätze bei meiner Arbeit mit meinen KlientInnen/ PatientInnen/KundInnen?
- Inwieweit treffen die oben beschriebenen Risikofaktoren auf meine KlientInnen/ PatientInnen/KundInnen zu?
- Eigene Überlegungen:
.....
.....
.....
.....



5.7. Trauma und Abhängigkeitserkrankung

Nach Fischer und Riedesser³¹ ist Trauma ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

Durch traumatische Erfahrungen kann die gesamte Persönlichkeit erschüttert werden. Wenn die von außen einwirkenden Kräfte so enorm sind, dass die Verarbeitungsmechanismen lahmgelegt werden, dann wird aus einer Stress-Situation eine traumatische Situation mit dem Erleben von Todesangst. Die wiederum führt zu einer maximalen Erregung des Organismus.

Um eine traumatische Erfahrung zu verarbeiten, reagiert der menschliche Organismus mit:³²

- **Hyperarousal:** einem Zustand gesteigerter geistiger und körperlicher Erregung;
- **Intrusion:** dem Bedürfnis, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, darüber zu sprechen; dem Phänomen, dass man davon träumt, es immer wieder - unbewusst ausgelöst - erinnert;
- **Konstriktion:** dem Bedürfnis, sich zurückzuziehen und in Ruhe gelassen zu werden.

Gelingt der Prozess einer Traumaverarbeitung aus unterschiedlichen Gründen nicht, kann dies zur Entstehung der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder) führen.

Es besteht ein starker Zusammenhang von PTSD und Suchtmittelkonsum: Der Konsum von Alkohol, Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen tritt 1,5- bis zweimal häufiger bei Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) auf.

Psychoaktive Substanzen werden in diesem Zusammenhang unter anderem konsumiert, da sie schmerzstillend wirken und als Hilfsmittel zur Stress- und Gefühlsregulation dienen. Der Suchtmittelkonsum steht somit hier vor allem in Verbindung mit einer sogenannten **Selbstmedikation**, um die als unerträglich erlebten PTSD-Symptome in den Griff zu bekommen. Der Vorteil besteht meist in einer relativ verlässlichen und raschen Wirkung, wobei als Nachteil die unterschiedlichen Nebenwirkungen bis hin zu einer Suchtentwicklung zu beachten sind.

Darüber hinaus gibt es viele Hinweise darauf, dass der Gebrauch von Suchtmitteln ein Hochrisikoverhalten ist, das die Wahrscheinlichkeit erhöht, traumatisiert zu werden. Und es wird vermutet, dass Konsumentinnen und Konsumenten von Suchtmitteln eine höhere

³¹ Vgl. Fischer & Riedesser (1998)

³² Vgl. van der Kolk et al. (2000)



Empfindlichkeit haben und nach traumatischen Erlebnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit eine PTSD entwickeln.³³

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Inwiefern trägt das Wissen über den Zusammenhang von Trauma und Sucht dazu bei, das Verhalten meiner KlientInnen/PatientInnen/KundInnen besser zu verstehen?
- Welche Bedeutung hat „traumasensible“ Arbeit in ihrer Einrichtung?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

6. Wiener Sucht- und Drogenstrategie – „Der Wiener Weg“

In der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 ist, orientiert an der Grundsatzerklärung der Weltgesundheitsorganisation, folgendes Gesamtziel formuliert: *Das Ziel ist ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden aller Menschen in Wien.*³⁴

Demzufolge ist der chronischen Erkrankung einer Abhängigkeit mit individuellen Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungszielen, die physische, psychische und soziale Faktoren berücksichtigen, zu begegnen.

Eine ausschließliche Orientierung an Heilung, die meist als Abstinenz verstanden wird, entspricht nicht der Realität von Suchtkranken. Viele Menschen können sich ein Leben ohne den Konsum von Suchtmittel gar nicht vorstellen; für andere ist das Ziel der Abstinenz oft trotz vielfacher Versuche nicht erreichbar.

Die klassische Zielpyramide in der Suchtarbeit beschreibt die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung in Zufriedenheit als grundsätzliches Ziel. Die Basis dafür bildet das Überleben. Darauf aufbauend gibt es unterschiedliche Ziele, die sich an den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen der suchtkranken Menschen orientieren.

Zunehmend setzt sich das Verständnis durch, dass Abstinenz oder auch der kontrollierte Konsum, also der Verzicht beziehungsweise die Reduktion, nicht für sich selbst als Ziel stehen können. Es sind Wege, um eine Verbesserung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens bzw. der Lebensqualität und Lebensbewältigung zu erreichen.

³³ Vgl. Schwichtenberg (2012)

³⁴ Vgl. Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013, S. 78)



Abstinenz, kontrollierter Konsum wie auch Substitutionsbehandlung werden dabei als Methoden zur Zielerreichung gesehen.



Abb. 4: Zielpyramide in Kombination mit Behandlungsmethoden nach Meili³⁵

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Welche Ziele verfolge ich in der Arbeit mit suchtkranken Menschen und welche Ziele verfolgen meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen?
- Welches Ziel ist für meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen realistisch?
- Können wir in unserer Einrichtung einen Beitrag zum Ziel „Wohlbefinden“ bzw. „Lebensqualität und -bewältigung“ bei suchtkranken Menschen leisten?
- Und wenn ja, wie?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Ansätze aus der Suchtarbeit & Suchtprävention

Suchtprävention verfolgt die generelle Zielsetzung, die Gesundheit von Menschen zu fördern und die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung zu verhindern. Dafür ist es erforderlich, Gefahren, die zu einer Abhängigkeit führen können, möglichst früh zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren.

³⁵ Vgl. Meili (2004)



Suchtprävention zielt in erster Linie darauf ab, dass so wenig Menschen wie möglich überhaupt zu Suchtmitteln greifen, dass Menschen so spät wie möglich mit dem Konsum von Suchtmitteln beginnen und dass ihr Konsumverhalten keine problematischen bzw. gesundheitsschädlichen Auswirkungen hat beziehungsweise dass es nicht zu einer Abhängigkeitserkrankung führt. Um diese Zielsetzungen zu erreichen, gibt es verschiedene Möglichkeiten und Herangehensweisen in der Suchtpräventionsarbeit.

7.1. Universelle/selektive/indizierte Prävention

Zeitgemäße Suchtprävention ermöglicht in Anlehnung an die von Mrazek und Haggerty vom amerikanischen Institute of Medicine (1994)³⁶ entworfene Einteilung eine inhaltliche Präzisierung in Bezug auf die Zielgruppe:

- **Universelle Prävention:** richtet sich an die allgemeine Bevölkerung bzw. an Bevölkerungssegmente ohne erkennbare Risikomerkmale. Dazu gehören zum Beispiel massenmediale Kampagnen, die Arbeit mit Kindergartengruppen oder mit Schulklassen.
- **Selektive Prävention:** richtet sich an definierte Gruppen. In der Regel sind diese Personen gesund und unauffällig. Die Wahrscheinlichkeit, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, ist bei ihnen jedoch aufgrund empirisch bestätigter Risikofaktoren erhöht (zum Beispiel Kinder aus suchtbelasteten Familien, Jugendliche mit Schulproblemen, Migrantinnen und Migranten, armutsgefährdete Jugendliche, erwachsene Menschen in (psychisch) belastenden Situationen, Lebensphasen bzw. Arbeitsverhältnissen).
- **Indizierte Prävention:** richtet sich an Personen mit bereits manifestem Risikoverhalten, die aber noch nicht die diagnostischen Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung erfüllen (zum Beispiel Personen, die an Wochenenden exzessiv Alkohol trinken).

Eine mögliche Erweiterung der oben angeführten Ansätze ist die **umwelt- oder gemeindebezogene Suchtprävention (EU)**. Das sind Maßnahmen, die auf Gemeinden oder größere Umwelten (zum Beispiel regionale Bezirke) zugeschnitten sind.

³⁶ Vgl. Mrazek & Haggerty (1994)



7.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Diese Einteilung unterscheidet danach, ob sich Präventionsmaßnahmen an die Person oder die Umwelt der Person richten.

- **Verhaltensprävention:** zielt auf eine Verhaltensänderung der eigentlichen Zielpersonen bzw. Personengruppen ab. Sie sollen bestimmte Kenntnisse, neue Erfahrungen oder spezifische Ressourcen vermittelt bekommen, eine Veränderung des Verhaltens soll bewirkt werden.
- **Verhältnisprävention:** zielt auf eine Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen wie zum Beispiel Lebens- bzw. Arbeitsbedingungen oder gesetzliche Bestimmungen ab. Mit den entsprechenden Maßnahmen wird bei den Umweltbedingungen und Strukturen oder Gesetzen angesetzt.

Am effizientesten bzw. nachhaltigsten ist es, wenn Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention kombiniert werden, da damit die besten Effekte erzielt werden können.

7.3. Früherkennung/Frühintervention

Früherkennung bedeutet das frühzeitige Wahrnehmen von Auffälligkeiten und problematischen Verhaltensweisen wie zum Beispiel psychosozialen Auffälligkeiten oder problematischem Konsum von Suchtmitteln und deren richtige Deutung.³⁷

Frühinterventionen sind zielgruppenspezifische Interventionen. Sie umfassen konkrete unterstützende Maßnahmen für diejenigen Personen, die als gefährdet erkannt worden sind, sowie für ihre Bezugspersonen. Maßnahmen der Frühintervention sind an der Schwelle vom riskanten zum problematischen Konsum angesiedelt, wenn noch keine Abhängigkeitsmerkmale sichtbar sind. Unterstützungsmaßnahmen können beispielsweise Beratung, Betreuung und frühzeitige Behandlung sein.³⁸

³⁷ Vgl. Schroers (2007)

³⁸ Vgl. Schroers (2007)



7.4. Förderung von Lebenskompetenzen

Der aus der Suchtprävention kommende Lebenskompetenzansatz entspricht weitgehend auch dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und -bewältigung.

Es ist nachgewiesen, dass Maßnahmen und Programme zur Förderung und Stärkung der Lebenskompetenz gewalt- und suchtpreventive Wirkungen haben können.

Unter dem Lebenskompetenzansatz versteht man die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Menschen befähigen, mit altersadäquaten Herausforderungen und Aufgaben des täglichen Lebens erfolgreich umzugehen.

Der Lebenskompetenzansatz beinhaltet beispielsweise Wissensvermittlung, die Förderung von sozialen und personalen Kompetenzen und die Beeinflussung der Normbildung.

Unter personalen und sozialen Kompetenzen versteht man z. B. die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung sowie Einfühlungsvermögen, konstruktiven Umgang mit Stress und negativen Emotionen, Kommunikationsfertigkeiten, Selbstbehauptung und Standfestigkeit, kreatives Denken, Kritik- und Problemlösungsfähigkeit.

Lebenskompetent ist nach Definition der WHO (1994) eine Person, die³⁹:

- sich selbst kennt und mag (Selbstwahrnehmung),
- empathisch ist,
- kritisch denkt,
- kreativ denkt,
- kommunizieren kann,
- Beziehungen knüpfen und aufrechterhalten kann,
- durchdachte Entscheidungen trifft,
- erfolgreich Probleme löst,
- Gefühle bewältigen kann,
- Stress bewältigen kann.

Die Förderung dieser Lebenskompetenzen sollte so früh wie möglich – am besten also von Kindesalter an – erfolgen und in der Arbeit mit von Sucht betroffenen Personen ist das (Wieder-)Erlangen von Lebenskompetenzen von zentraler Bedeutung.

³⁹ Vgl. Bühler & Kröger (2006, S. 23-24)



Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Können wir in unserer Einrichtung einen Beitrag zur Förderung von Lebenskompetenzen leisten?
- Inwieweit ist eine Problemorientierung auf das Thema Sucht für meine KlientInnen/ PatientInnen/KundInnen hilfreich?
- Welche der zehn Lebenskompetenzen sind meiner Ansicht nach für meine KlientInnen/ PatientInnen/KundInnen am wichtigsten?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

7.5. Förderung von Risikokompetenzen

Risikoverhalten beschreibt das Verhalten in Situationen, die ein gewisses Risiko bergen und in denen mehrere Handlungsalternativen vorhanden sind. Entsprechend der gewählten Handlungsalternative ist das Risiko, dem man sich aussetzt, höher oder geringer.

Der Ansatz der Risikokompetenz fokussiert auf Kompetenzen, die es ermöglichen sollen, Risikoverhalten in seinen positiven Aspekten auszuleben und dabei eventuelle Nachteile auf ein Minimum zu reduzieren.

Wesentliche Aspekte der Förderung von Risikokompetenzen in der Suchtarbeit finden ihren Niederschlag in Drugchecking-Programmen und Safer-Use Maßnahmen.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- In welchen Situationen bräuchten meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen mehr Risikokompetenz?
- Bei welchen meiner KlientInnen/PatientInnen/KundInnen sollte verstärkt auf Risiko-kompetenz geachtet werden?
- Wie können wir in unserer Einrichtung Risikokompetenz fördern?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....



7.6. Risiko- und Schutzfaktoren

Das Wissen um Risiko- und Schutzfaktoren einer speziellen Zielgruppe ist eine wichtige Voraussetzung in der Suchtarbeit. Suchtarbeit zielt auf die Stärkung von Schutzfaktoren und auf die Reduktion von Risikofaktoren ab.

Schutzfaktoren sind all jene Bedingungen, die zur Verbesserung und zum Erhalt von Wohlbefinden, Gesundheit und Lebensqualität beitragen, indem sie zum Beispiel die Wirkung von Risikofaktoren vermindern und das Risiko senken, später einen Suchtmittelkonsum bis hin zu einer Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Sie wirken sozusagen wie ein Puffer.

Risikofaktoren sind all jene Bedingungen, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Personen in ihrer psychischen und physischen Entwicklung geschwächt werden und deren Gesundheit nachhaltig negativ beeinflusst wird.

Das Konzept der Risiko- und Schutzfaktoren geht davon aus, dass die gesunde Entwicklung eines Menschen sowie die Entwicklung von Problemverhalten, psychiatrischen und substanzbezogenen Störungen wesentlich durch das Vorhandensein und Zusammenwirken von bestimmten Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt wird. Diese Faktoren finden sich jeweils auf individueller, sozialer und gesellschaftlicher Ebene.⁴⁰

Zu beachten ist jedoch, dass Risiko- und Schutzfaktoren keine allgemeingültige Aussagekraft besitzen und keine eindeutige Wirksamkeit aufweisen. Sie sind immer auch individuell, situationsspezifisch und je nach Lebensphase zu betrachten. Die Aufhebung eines Risikofaktors bewirkt nicht automatisch, dass dieser Faktor damit zu einem Schutzfaktor wird. Durch das Fehlen eines Risikofaktors wirkt ein Schutzfaktor nicht automatisch besonders intensiv. Was für eine Person als Schutzfaktor gesehen wird, kann für eine andere Person eher einen Risikofaktor darstellen.

In der Tabelle 1 auf der nächsten Seite finden sich einige Beispiele für Risiko- und Schutzfaktoren, die insbesondere in Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln und die Entwicklung von substanzbezogenen Störungen von Bedeutung sind.

⁴⁰ Vgl. Jordan & Sack (2009, S. 127ff.)



SCHUTZFAKTOREN		
Individuum	Soziales Umfeld	Gesellschaft
Hohes Selbstbewusstsein	Wertschätzender und ermutigender Erziehungsstil	Möglichkeit an Teilhabe und Integration in Gesellschaft/ Gemeinde
Hohe Selbstwirksamkeitserwartung	Stabile Bezugsperson(en)	Positive Werte und Normen
Hohe Bewältigungskompetenzen (soziale und emotionale Kompetenz)	Sichere Bindung	Gesetzliche Bestimmungen wie z. B. Altersgrenzen, Verkaufsbeschränkungen
Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Humor	Positives Familien- oder Schulklima	Gute sozioökonomische Bedingungen wie z. B. geringe Arbeitslosenrate, gute Infrastruktur der Wohn-umgebung
RISIKOFAKTOREN		
Individuum	Soziales Umfeld	Gesellschaft
Geringes Selbstbewusstsein	Ungünstige soziale Ausgangslage, wie z. B. Suchtproblematik in der Familie, delinquenter Freundeskreis	Soziale Benachteiligung/ Ausgrenzung
Verhaltensauffälligkeiten	Unbeständige/unsichere Bindung	Geringer sozialer Zusammenhalt
Mangelnde soziale, kognitive, emotionale Kompetenzen	Überforderung, Krankheit, häufiger Wohnungswechsel	Leichte Erhältlichkeit von Suchtmitteln
Persönlichkeitseigenschaften wie z. B. Ängstlichkeit, starkes Bedürfnis nach intensiver Stimulation (Sensation-Seeking)	Keine ausreichend stabilen Sozialkontakte/FreundInnen	Unklare Normen

Tabelle 1: Risiko- und Schutzfaktoren



Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Welche Risiko- bzw. Schutzfaktoren liegen bei meinen KlientInnen/PatientInnen/KundInnen vor?
- Wie können wir in unserer Einrichtung Risikofaktoren verringern bzw. Schutzfaktoren verbessern?
- Welche Auswirkung erwarte ich mir von der Reduktion von Risikofaktoren bzw. Steigerung der Schutzfaktoren bei meinen KlientInnen/PatientInnen/KundInnen?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

7.7. Resilienz

Es gibt Menschen, die sich trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund entwickeln. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung gesehen, an die sich bestimmte Menschen gut und flexibel anpassen können bzw. angepasst haben. Diese Menschen verfügen über bestimmte Resilienzen ⁴¹

Resilienz bezeichnet allgemein die Fähigkeit einer Person, mit den Folgen belasteter Lebensumstände relativ unbeschadet umzugehen und Bewältigungsfähigkeiten entwickeln zu können. Resilienz ist damit auch ein wichtiger Schutzfaktor.

Forscher haben folgende sieben intrapsychische Resilienzfaktoren identifiziert, die vor den Folgen der belastenden (Familien-)Umwelt schützen können:⁴²

- **Einsicht/Wissen:** z. B. dass mit dem alkoholabhängigen Elternteil etwas nicht stimmt
- **Unabhängigkeit:** z. B. sich nicht ausschließlich von den Meinungen der Peergroup beeinflussen zu lassen
- **Beziehungsfähigkeit:** z. B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
- **Initiative:** z. B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten
- **Kreativität:** z. B. in Form von künstlerischem Ausdruck
- **Humor:** z. B. in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung
- **Moral:** z. B. in Form eines von den Eltern unabhängigen, stabilen Wertesystems

⁴¹ Der Begriff der Resilienz leitet sich vom englischen Wort „resilience“ ab und bedeutet Spannkraft, Elastizität, Widerstandskraft.

⁴² Vgl. Klein (2009, S. 162)



Resiliente Menschen haben das Gefühl, dass sie eine persönliche Kontrolle über ihre Umwelt haben, sie verfügen damit über eine positive Selbstwirksamkeitserwartung. Bei vielen anderen betroffenen Menschen herrschen vor allem Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit vor.

Daher ist es eine sehr wichtige Aufgabe der Suchtarbeit, Resilienzen bei den betroffenen Menschen gezielt zu fördern.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Wie können wir in unserer Einrichtung dazu beitragen, dass Resilienz gefördert wird?
- Welche Auswirkung erwarte ich mir von einer gesteigerten Resilienz meiner KlientInnen/PatientInnen/KundInnen?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

7.8. Das „Klaviermodell“ (nach G. Koller)



Abb.5 : Klaviermodell nach G. Koller

Jeder Mensch hat unterschiedliche und individuelle Strategien um mit Stress, persönlichen Krisen, Ängsten aber auch mit freudigen Erlebnissen und Lust umzugehen. Die Ressourcen und Skills, die ein Mensch dafür zur Verfügung hat, werden in diesem Modell symbolisch als Tasten eines Klaviers verstanden. Solche Ressourcen und Skills zur Bewältigung können z.B. sportliche Aktivitäten, Freunde treffen, Spazieren gehen, seinen Hobbys nachgehen, Fernsehen, Naturerlebnisse, gut Essen, Meditation, Lesen, sich eine angenehme Badewanne machen etc. sein. Aber hier spielen auch der Konsum von Substanzen (wie z.B.: Zigaretten, Alkohol oder auch illegale Substanzen) oder anderen suchtfördernde Verhaltensweisen eine Rolle.



Eine der Strategien der Suchtprävention bzw. der Rückfallprophylaxe ist es, eine möglichst große Breite von Bewältigungsstrategien für unterschiedliche Lebenssituationen zu entwickeln bzw. wiederzuentdecken. Bildhaft gesprochen bedeutet dies, die vielfältigen Möglichkeiten eines Klaviers zur Gestaltung einer Lebensmelodie zu verwenden.

In Krisenzeiten oder Zeiten der Veränderung aber auch bei freudigen Ereignissen kann man auf unterschiedliche Ressourcen und Skills zurückgreifen und haben wir eine Vielfalt an Strategien und Möglichkeiten zur Verfügung, um diese Schwierigkeiten zu bewältigen (vergl. mit den Tasten eines Klaviers). Diese Tastatur kann als individuelles Lebensklavier angesehen werden. Je mehr Tasten ich habe, desto vielfältiger ist meine Lebensmelodie. Umgekehrt gilt genauso: Je weniger Tasten ich habe, desto eintöniger (monotoner) wird meine Lebensmelodie. Nach diesem Modell entsteht eine Suchtdynamik, wenn als Bewältigungsstrategie nur mehr wenige bzw. eine Taste bespielbar ist.⁴³

Kritisch anzumerken ist zu diesem Modell, dass es fast ausschließlich auf die Person fokussiert ist und das Umfeld und das Suchtmittel nahezu ausblendet. Darüber hinaus ist der Prozess der Suchtentstehung meist nicht linear wie es dieses Modell suggeriert.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Welche „Tasten“ haben meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen zur Verfügung?
- Wie können wir in unserer Einrichtung dazu beitragen, dass viele „Tasten“ erhalten bleiben, eventuell unbenutzte „Tasten“ wieder reaktiviert werden oder vielleicht auch neue „Tasten“ gefunden werden?
- Was bedeutet es im Sinne des Klaviermodells, wenn KlientInnen/PatientInnen/KundInnen nur mehr als suchtkrank (als Alkoholiker, „Junkie“ etc.) wahrgenommen werden?
- Was bedeutet es für Menschen, die nur mehr wenige „Tasten“ zur Verfügung haben, auch noch diese aufzugeben?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....

⁴³ vgl.: <http://www.risflecting.at/konzept#chapter-6>



7.9. Bindung und Abhängigkeitserkrankungen

Eine sichere Bindung kann als Basis aller Schutzfaktoren betrachtet werden. Sie stellt somit einen wichtigen Schutzfaktor gegen späteren problematischen oder risikoreichen Suchtmittelgebrauch dar, eine unsichere Bindung hingegen einen Risikofaktor.

Eine sichere Bindung⁴⁴ ist eine enge emotionale Beziehung zwischen dem Kleinkind und seinen Eltern/Erziehungsberechtigten oder anderen relevanten Bezugspersonen. Sie geht einher mit einer großen Zuversicht des Kindes, dass die Bindungsperson tatsächlich zur Verfügung steht, wenn es Hilfe benötigt, beispielsweise wenn das Kind aufgrund von Angst oder Stress überfordert ist.

Neben den ersten Lebensjahren eines Kindes gilt auch der Zeitraum der Adoleszenz mit der Ablösung von den Eltern und Erziehungsberechtigten aus bindungstheoretischer Sicht als wichtige Phase. Hier entsteht eine Trennungssituation, die das Bindungssystem aktiviert.

Der Übergang zu mehr Autonomie gelingt umso besser, je mehr Bezugspersonen bei Bedarf noch als sichere Basis und auch als Reibungsfläche zur Verfügung stehen.

Ein Zusammenhang zwischen Bindung und einer Abhängigkeitserkrankung lässt sich besonders dann sehr oft feststellen, wenn die frühen Bindungserfahrungen einer Person von einem Zustand der Entbehrung und des Mangels (z. B. fehlende elterliche Zuwendung) und oder traumatischen Erfahrungen geprägt waren. In diesen Fällen können Kinder bereits sehr früh lernen, als Ersatz für eine Bindungsperson auf suchtartige Verhaltensweisen und Suchtmittel zurück zu greifen.

Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Inwieweit war bzw. ist es für KlientInnen/PatientInnen/KundInnen unserer Einrichtung möglich, sichere Beziehungen aufzubauen?
- Inwiefern trägt die Bindungstheorie dazu bei, das Verhalten meiner KlientInnen/PatientInnen/KundInnen besser zu verstehen?
- Eigene Überlegungen:
.....
.....
.....
.....

⁴⁴ Vgl. Brisch (2013, S. 7-31)



7.10. Soziale Integration und Sucht

Man kann die oben genannten Bindungstheoretischen Überlegungen durchaus auch in Verbindung mit Ansätzen der Rollentheorie bringen. Identität entsteht durch die Realisierung unterschiedlicher Rollen eines Menschen. Ähnlich wie im Klaviermodell beschrieben, ist es auch hier so, je mehr Rollen eine Person hat und je besser sie auch spontan neue Rollen entwickeln kann, desto widerstandfähiger ist sie. Suchtkranke Menschen verfügen oft nur über wenige Rollen, die meist mit einer Fixierung auf ihr Suchtverhalten und dem entsprechenden Umfeld verbunden sind.

Es fällt ihnen im Laufe der Zeit schwer, mit Nicht-Süchtigen zu kommunizieren, sodass sie dazu tendieren, in die „süchtige Umwelt“ wie auf eine Bühne, auf der sie die bewährte Rolle spielen können, zurückkehren.⁴⁵

Der Mensch braucht unterschiedliche, aber vor allem auch sichere Beziehungen um seine Rollen und somit auch seine Identität positiv zu entwickeln. Dazu braucht es soziale Netzwerke und somit soziale Integration. Einige Bevölkerungsgruppen haben aber weniger Möglichkeiten Kontakte zu knüpfen und tragfähige Beziehungen zu entwickeln. Besonders davon betroffen sind alte Menschen, wenn ihre Freunde und Bekannten versterben aber auch für alleinerziehende Mütter, psychisch Kranke, suchtkranke Menschen und generell armutsgefährdete bzw. arme Menschen ist die Entwicklung sozialer Netzwerke besonders schwierig.

Sowohl suchtpreventiv wie auch in der Arbeit mit Suchtkranken ist es daher wichtig, soziale Beziehungen und die Entwicklung von sozialer Integration zu fördern. Die Erhaltung bzw. das Wiedererlangen von sozialen Rollen, die in diesem Zusammenhang auch sinnstiftend sind und der eigenen Identität Bedeutung geben, tragen daher maßgeblich zu „sozialer Gesundheit“ bei.

⁴⁵ Wetschka C. (2013)



Überlegungen und Fragen für die Praxis:

- Welche verschiedenen Rollen sind für meine KlientInnen/PatientInnen/KundInnen möglich bzw. auch entwickelbar und welchen Beitrag können wir in unserer Einrichtung dazu leisten?
- Wie wichtig sind der Aufbau von sozialen Netzwerken und die soziale Integration in meiner Arbeit mit meinen KlientInnen/PatientInnen/KundInnen?
- Welche Zuschreibungen und Stigmatisierungen erleben suchtkranke Menschen, die gegebenenfalls auch zu einer Fixierung der Rolle als „AlkoholikerIn“ oder „Junkie“ führen könnten?
- Eigene Überlegungen:

.....

.....

.....

.....



Literaturverzeichnis

Anzenberger, J., Busch, M., Gaiswinkler, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T., & Stritzek, J..(2020): Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Bachmayer, S., Strizek, J. & Uhl, A. (2018): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen, 7. Aufl.; Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Brisch, K.-H. (Hg.) (2013): Bindung und Sucht. Stuttgart. Klett-Cotta

Bäumel, J., & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“* (2., erw. aktualisierte Aufl). Stuttgart: Schattauer.

Bühler, A., Thrul, J., & Gomes de Matos, E. (2020). *Expertise zur Suchtprävention 2020 - Aktualisierte Neuauflage der „Expertise zur Suchtprävention 2013“*. Bd. 52. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln.

Davison, G. C., Neale, J. M., & Hautzinger, M. (2016): Klinische Psychologie: Ein Lehrbuch (M. Baur, Übers.; 8., neu ausgestattete Auflage). Beltz, Weinheim.

Degkwitz, P. (2005). „Sucht“ in einer „praxeologischen“ Sicht – Überlegungen zum Potential des soziologischen Ansatzes Bourdieus. In Dollinger, Bernd & Schneider, Wolfgang. Sucht als Prozess. Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, S.63-88

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Substanzgebrauchsstörung: Diagnosekriterien gemäß DSM-V. <http://www.medikamente-und-sucht.de/behandler-und-berater/medikamentensicherheit/missbrauch-und-abhaengigkeit/substanzgebrauchsstoerung-diagnosekriterien.html>. (Zuletzt zugegriffen am 03.02.2021 um 11:00 Uhr)

Dilling, H. et al. (Hg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. überarbeitete Auflage. Verlag Hans Huber, Bern



FINDER Akademie. (2019): Europäisches Präventionscurriculum: Handbuch zur wissenschaftsbasierten Prävention für Entscheidungsträger, Meinungsbildner und Politiker. Edition Psychoaktive Substanzen, Berlin.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, München/Basel

IFES (2019): Suchtmittelmonitoring 2019. Bevölkerungsbefragung Wien, Wien

Jordan, S. & Sack P.-M. (2009): Schutz- und Risikofaktoren. In: Thomasius, R. et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Verlag Schattauer, Stuttgart

Kalke J. & Wurst M. F. (2015): Glücksspiel und Glücksspielprobleme in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD), Hamburg

Klein, M. (2009): Kinder in suchtblasteten Familien. In: Thomasius, R. et al. (Hg.): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Verlag Schattauer, Stuttgart

Klein, M. (2015): Vom (Irr-)Sinn der Sucht – Ein modernes Konzept für ein archaisches Verhalten, Fachtagung (Neue) Süchte – Neue Wege in der Wohnungslosenhilfe?!; 20.04.2015 – 21.04.2015

Klimont, J. (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien.

Meili, D. et al. (2004): Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele der Suchttherapie; in Suchttherapie Ausgabe 1; März 2004; Verlag: Thieme, Stuttgart; S.2-9

Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (1994): Reducing Risks for Mental Disorders. In: Frontiers for Preventive Intervention Research. National Academy Press: Washington, D.C.

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP), Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP). (2017) Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage, 2017



Schmutterer, I. (2020): Tabak- und verwandte Erzeugnisse: Zahlen und Fakten 2020. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Schwichtenberg N., (2012) Trauma und Sucht – Zusammenhänge und therapeutische Möglichkeiten – Bachelor – Thesis, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Wirtschaft und Soziales – Department Soziale Arbeit, Hamburg

Schroers, A. (2007): Früh erkennen – rechtzeitig intervenieren. Frühinterventionen im Verständnis eines integrativen Ansatzes zielgruppenorientierter Suchtprävention. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, Jg. 30 2007 Nr. 1, S. 7-21.

Strizek, J. & Uhl, A. (2016): Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015. Band 1. Forschungsbericht, Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2013): Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, Wien

van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (Hg.) (2000): Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York – London: Guilford Press

Verein reflecting Pool - Europäisches Netzwerk zur Rausch- und Risikobalance, <http://www.risreflecting.at/konzept#chapter-6> (zuletzt zugegriffen am 06.04.2017 um 11:30 Uhr)

Wagner, P., & Bräunig, P. (2006). *Psychoedukation bei bipolaren Störungen: Ein Therapiemanual für Gruppen* (1., unveränd. Nachdr). Stuttgart: Schattauer.

Wetschka C.; Leben in Gemeinschaft: Missing Link zwischen Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe; in Gestalt Theory, Vol. 35; Nr.3; 2013

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011): Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 3–25). Berlin/Heidelberg: Springer.

World Health Organisation (WHO): Management of substance abuse, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/ (zuletzt zugegriffen am 03.02.2021 um 11:00 Uhr)



© Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)
Dieses Skriptum ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte bleiben auch bei nur auszugsweiser Verwertung der SDW/dem ISP vorbehalten.

Herausgegeben von:

Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Modecenterstraße 14/B/2. OG

1030 Wien

Stand: März 2021