



von Dietmar Seehuber

„Früh übt sich ...“

Und früh lässt sich vorbeugen. Wie Kinder und Jugendliche vor Suchtgefahren geschützt werden können

Der bedeutende Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hatte 2013 das Thema „Von der Therapie zur Prävention“. Die neue Regierungskoalition legte sich rasch auf die Erarbeitung eines neuen Präventionsgesetzes fest. 2012 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation einen neuen „European Action Plan to Reduce Alcohol Related Harm 2012–2020“¹. Doch wie sieht die Umsetzung in der Praxis aus? Wir nehmen uns das wichtige Beispiel Suchterkrankungen vor und fragen: Was ist wünschenswert, was ist erprobt, und wie schützt man vor allen Dingen die Jüngsten unter den Gefährdeten?

ES besteht kein Zweifel: Suchtmittelkonsum ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Krankheit und Leid. Suchterkrankungen sind schwerwiegende chronische Erkrankungen, die das Leben dramatisch verändern und unsere Sozialsysteme stark beanspruchen.² Gleichzeitig erleben wir in den letzten Jahren Veränderungen der Konsummuster bei Jugendlichen im Sinne des episodisch exzessiven Konsums.³ „Saufen, bis der Arzt kommt“ ist die Devise. Aber kommt er auch? Und was sind die Konsequenzen?

ZENTRALE BEGRIFFE

Zunächst eine kurze begriffliche Klärung: Im Bereich der Primärprävention sprechen wir von frühen Interventionen, die das Risiko der Entstehung von Neuerkrankungen verringern sollen. Es geht darum zu handeln, bevor aus einem Risikoverhalten eine Krankheit entstanden ist. Grundsätzlich können wir dabei zwischen universeller präventiver Intervention, selektiver Prävention und indizierter Prävention differenzieren. Was verstehen wir darunter?

Indizierte Prävention versucht, anhand von Risikofaktoren, Risikobedingungen und Frühsymptomen Jugendliche und junge Erwachsene zu identifizieren, die ein höheres Erkrankungsrisiko haben. Schwerpunkt sind Methoden der Früherkennung und Frühintervention bei bereits erkennbarem Risikoverhalten.

Selektive Prävention setzt einen Schritt früher an, dort nämlich, wo bestimmte Risikokonstellationen erkennbar sind, die aber noch nicht zu einem Problemverhalten geführt haben. Sie nimmt Kinder in den Blick, die aus einem suchtbelasteten familiären Umfeld kommen, Kinder mit unsicherer Bindungskonstellation, Kinder, die kaum Entwicklungsräume für Erfolgserlebnisse haben, um nur einige Beispiele zu nennen.

Dagegen setzt die *universelle Prävention* bei den sozialen Kontexten an. Dazu gehört ein breit angelegter Kompetenzerwerb für jedermann im Umgang mit Suchtstoffen und den zugrunde liegenden Konsumbedürfnissen. Dazu gehören Bildungsmaßnahmen in der Schule oder auch massenmediale Aufklärungskampagnen.

ENTWICKLUNGSPSYCHO- (PATHO)LOGISCHER ANSATZ

In meiner Darstellung einer ganzheitlich-komplexen Präventionsstrategie orientiere ich mich an einem entwicklungspsycho(patho)logischen Ansatz, der diese sehr unterschiedlichen Ansätze integriert, indem die Entwicklungsrealität komplex kontextualisiert und gezielt fokussiert wird.⁴ Dazu ist es erforderlich, sich Entwicklung in ihrer biopsychosozialen Vielschichtigkeit vor Augen zu führen:

Ein Kind kommt zur Welt. Es hat bereits eine vorgeburtliche Entwicklung hinter sich, wurde unter bestimmten Bedingungen gezeugt, empfangen, erwartet, die für die spätere Entwicklung weichenstellend und prädisponierend sind. Es wurde versorgt und genährt, teilte Zellen, bildete Organsysteme unter bestimmten Bedingungen aus. Gewachsen und eindrucksvoll gereift, ist es bei der Geburt dennoch unreif, schutzbedürftig, nur in der Abhängigkeit lebensfähig. Es bringt einen genetischen Text mit. In diesem Text sind verschiedene Merkmale eingeschrieben, unter anderem die Fähigkeit der Leber zur Metabolisierung als Grundlage der späteren Verträglichkeit von Substanzen und die zentralnervöse Transmitterfreisetzung als Grundlage der späteren Wirkung. Das ist keine Festlegung einer späteren Suchtentwicklung, jedoch eine Risikokonstellation: Wer als Jugendlicher Alkohol verträgt, →

„Wer spricht es an, wer übernimmt Verantwortung, wer bricht das Schweigen?“

ohne negative Auswirkungen zu spüren, wird eher mehr trinken als jemand, der mit Unverträglichkeit reagiert. Wer eine eher erwünschte Wirkung erlebt (Entängstigung, Enthemmung), wird eher erneut trinken als jemand, der mit einer Sedierung oder mit körperlichen Beschwerden reagiert. Diese biologischen Marker sind uns in die Wiege gelegt, hier bestehen bereits Risikokonstellationen oder auch Schutzfaktoren – zunächst, ohne wirksam zu werden.

DAS RISIKO ERKENNEN

Kinder, deren Eltern suchtkrank sind, bekommen eine erhöhte Vulnerabilität mit auf ihren Lebensweg. Hier bereits kann selektive Prävention ansetzen: Es gilt, Kinder aus belasteten Familien früh zu begleiten und Fehlentwicklungen und Instabilitäten zu erkennen, bevor sie die Entwicklung stören und schädigen. Projekte, wie das Beratungsprojekt des Blauen Kreuzes „Drachenherz“⁵, oder stationäre Mutter-Kind-Behandlungen, zum Beispiel in der Suchtfachklinik Haus Immanuel in Hutsdorf⁶, setzen an dieser Stelle an. Diese Kinder brauchen einen besonderen Beitrag zur Stabilität der Lebensverhältnisse und zur Bindungsentwicklung als Grundlage späterer psychischer Gesundheit. Selektive Prävention würde dann individuelle Antworten auf die folgenden Fragen suchen: Wie können angesichts bestehender Risikokonstellationen Schutzfaktoren gefördert

werden? Wie können Beziehungskompetenzen, emotionale Robustheit (z. B. Frustrationstoleranz) und Sinnhaftigkeit weiterentwickelt werden? Wie können in der frühen Kindheit ungünstige oder schädigende Bedingungen wie Deprivation, Mangelversorgung, Misshandlung, unsichere Bindungen *in statu nascendi* erkannt und handelnd verändert werden? Welche Möglichkeiten gibt es, Sicherheit aufzubauen und die möglichen Hilfsmaßnahmen abgestimmt zu koordinieren? Wir wissen heute, dass wir mit diesen Interventionen erfolgreich sein können, dabei auch den genetischen Text epigenetisch prägen und damit einen nachhaltigen Beitrag zur weiteren Entwicklung leisten können.

PRÄVENTION IN KINDERGARTEN UND SCHULE

Eine besondere Bedeutung kommt Kindergärten und Schulen zu. Die Frage ist, welche Entwicklungsbedingungen wir hier vorfinden und gestalten und wie sich diese konkret auf das sich entwickelnde Kind auswirken. Was für Erwachsene die Arbeitswelt ist mit ihrer strukturierenden und prägenden Gestaltungskraft, sind für Kinder Kindergarten und Schule: Orte der Erfahrung, der Wahrnehmung, des Gelingens und des Scheiterns, des Lernens und des Stagnierens. Können wir hier etwas im Sinne der universellen Prävention leisten? Und wie könnten Entwicklungsräume aussehen, in denen Kinder sich so entwickeln, dass sie später nicht süchtig werden? Drei Aspekte erscheinen mir besonders wichtig: Kinder müssen in ihrer Individualität und ihrem Entwicklungstempo gesehen werden. Entwicklung ist nicht patentierbar monoförmig, sondern zeigt Eigenheiten und Profilierungen, die sein dürfen, ohne dass sie als pathologisch betrachtet werden müssen. Die Variabilität des Normalen ist in dieser Lebensphase breit.

Kinder sollten nicht überfordert werden. Sie sollen an ihren Möglichkeiten wachsen dürfen, ohne über ihre Grenzen hinweg gefordert zu werden. Frühkindliche Förderung setzt bei den individuellen Kompetenzen an und bringt diese so zur Geltung, dass die Persönlichkeit reifen und wachsen kann.

In einer Gesellschaft von so hoher Komplexität und Reizstruktur wie der

unseren kommt dem Aufbau von Handlungsfähigkeit eine besondere Rolle zu. Verhalten muss eingeübt, erprobt und in der sozialen Rückbindung modifiziert werden. Konkret: Kinder brauchen nicht zu wissen, wie man über Enttäuschungen oder Frustrationen hinwegkommt, sie müssen einfach Situationen erleben, in denen sie dies erproben. Dabei brauchen sie Erwachsene, die ihnen beistehen und sie anleiten. Nur so wird Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz und emotionale Kompetenz aufgebaut. Laufen lernen wir durch Aufstehen und Üben, Leben lernen wir durch Erleben. Hier sind wir als Eltern, Großeltern, Paten, Freunde, Erzieher, Lehrer etc. angesprochen. Lange bevor Suchtstoffe ins Spiel kommen, bauen sich die Resilienzen und Kompetenzen, aber eben auch die Vulnerabilitäten auf, die den späteren den Umgang mit ihnen bestimmen werden.

In der Klinik Hohe Mark führen wir seit vielen Jahren Präventionstage für Schulen durch. Wir laden Schulklassen in die Klinik ein. Hier bekommen die Schüler, die 12 bis 14 Jahre alt sind, nach einer Einführung die Möglichkeit, mit einzelnen Patienten der Station für Suchtmedizin zu sprechen. Dabei wird der Weg in die Suchtentwicklung nachgezeichnet, und natürlich werden die Fragen der Schüler stets ernst genommen. In diesen Gesprächsrunden ist es häufig besonders still, die Aufmerksamkeit ist groß, die Patienten, die sich freiwillig melden, nehmen diese Aufgabe sehr ernst. Das Drama der Suchtentstehung kommt klar zum Vorschein, ohne dass mit erhobenem Zeigefinger gewarnt würde. Was hätte anders laufen können im Leben und was hat sich durch die Suchtentwicklung in der Lebensbilanz verändert? Diese Fragen und die Antwortskizzen alleine genügen schon als pädagogischer Impetus.

DAS JUGENDALTER

Gehen wir einen Entwicklungsschritt weiter: Der erste Konsum von Suchtstoffen (Alkohol, Nikotin, Cannabis) findet in der Regel im frühen Jugendalter statt. Hier trifft eine psychotrope Substanz auf ein Nervensystem im Stadium einer Neustrukturierung, genauer: Das Belohnungssystem im Mittelhirn, der Ort, an

„Es besteht heute kein Zweifel daran, dass hohe Verfügbarkeit, ein positives Image des Suchtstoffes und eine gesellschaftliche Toleranz zu höherem Konsum führen.“

dem die Wirkung aller Suchtstoffe ansetzt, ist in dieser Entwicklungsphase besonders ansprechbar, während das Großhirn als Steuerungs- und Vernunftinstanz in der Reifung gleichsam hinterherhinkt. Jetzt kommt es zu ersten Erfahrungen und Erlebnissen, die Spuren im Gehirn hinterlassen. Welchen Verstärkereffekt können Suchtstoffe bei einem jungen Menschen auslösen, wie stark ist die Belohnung, der Reiz, wie stark eine aversive Reaktion? Wie verhält sich die Peergroup, wie verhalten sich Eltern und andere Bezugspersonen? Wie wird Initiation gestaltet (z.B. der erste Konsum bei der Konfirmation etc.)? Das Verhalten findet stets in Verhältnissen statt. Wie wird der Suchtmittelkonsum gesellschaftlich konnotiert, beworben, nahegelegt? Wie steht es mit der Verfügbarkeit und der Bezahlbarkeit? Es besteht heute kein Zweifel daran, dass hohe Verfügbarkeit, ein positives Image des Suchtstoffes und eine gesellschaftliche Toleranz zu höherem Konsum führen.⁷ Wir haben dies eindrucksvoll gesehen, als der Umgang mit Zigarettenrauchern per Gesetz neu reglementiert wurde. Als Ergebnis werden wir in einigen Jahren und Jahrzehnten deutlich niedrigere Prävalenzzahlen bei Nikotinabhängigkeit sehen. Die Aufgabe von Verhältnisprävention besteht darin, das gesellschaftliche Klima bezüglich Verfügbarkeit und Akzeptanz zu verstehen und kritisch zu hinterfragen. Gibt es suchtfördernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen, deren Gestaltung in den öffentlichen Diskurs zu stellen ist? Welche Art von Öffentlichkeitsarbeit und medialer Präsenz ist dafür erforderlich? Und letztlich die Frage an mich persönlich: Welches ist mein persönlicher Beitrag zu diesem gesellschaftlichen Klima? Wie oft wird weggesehen, bagatellisiert, überspielt, anstatt auf entstehende oder gravierende Probleme hinzuweisen? In →

einer freien Gesellschaft sollte auch diese Freiheit gepflegt werden: auf Fehlentwicklungen hinzuweisen.

WEICHENSTELLUNGEN

Zurück zu den Jugendlichen und ihren Bedürfnissen: Die Frage, ob Konsummuster die Entwicklung und Lebensführung beeinträchtigen oder nicht, wird in dieser Entwicklungsphase virulent. Hier können aus latenten Risikokonstellationen echte Verhaltensrisiken werden. Exzessive Konsummuster, polyvalenter Konsum, Einengung des Verhaltens, Wirkungstrinken als Kompensationsversuch – hier können Frühinterventionen und Beratung zum Tragen kommen. Der Einbezug des Umfeldes (Eltern, Freunde) ist dabei von besonderer Bedeutung. Dabei geht es weniger um Gespräche mit erhobenem Zeigefinger, sondern eher um motivationsentwickelnde Begegnungen, in denen aus Verständnis heraus Veränderung und Entwicklung angestrebt wird. Spätestens in dieser Entwicklungsphase sollte von indizierter Prävention gesprochen werden, denn wer riskanten oder gar schädigenden Alkoholkonsum in seiner Jugend betreibt, ist ein echter Risikokandidat für eine spätere Suchtentwicklung. Solche Erkrankungswege verlaufen nicht selten unterschwellig und unerkannt, obwohl es genügend Anzeichen gab, die man hätte bemerken können. Wer allerdings spricht es an, wer übernimmt Verantwortung, wer bricht das Schweigen? Eltern, Freunde, Lehrer, Berater etc. sind involviert, sie brauchen aber Kompetenz und Unterstützung. Eltern fühlen sich häufig hilflos und handlungsunfähig und brauchen Anleitung. Oder sie agieren im Sinne einer Co-Abhängigkeit, dann brauchen sie Hilfen zur Verhaltensänderung. Wie kann ich eine gute Balance entwickeln, indem ich Grenzen setze und doch Autonomie akzeptiere, fürsorglich bin und mich doch

abgrenze? Eltern, die aufgeben, helfen genauso wenig wie Eltern, die indirekt schädlichen Suchtmittelkonsum akzeptieren oder unterstützen. Patentrezepte gibt es dabei nicht. An einer individualisierten Betrachtung und Lösungsskizze führt kein Weg vorbei. Auch für die indizierte Prävention gibt es genügend Projekte, deren Wirksamkeit in der Praxis bereits empirisch belegt werden konnte, z. B. das bekannte Projekt HaLT.⁸ Solche Programme sind zielgruppenspezifisch ausgerichtet und orientieren sich in ihren Interventionen an den individuellen Motivlagen der auffällig gewordenen Jugendlichen. Dadurch werden sie effektiv wirksam, weil sie vom Verstehen der Motivationslage her Veränderung anstreben und nicht rein vom Verhalten her erzieherisch ansetzen.

EINE SCHLUSSBEMERKUNG

Eine Lehrerin, die mit ihrer Klasse bei einem Präventionstag in der Klinik Hohe Mark war, schrieb uns folgende Zeilen: „Die gesamte Veranstaltung hat bei der Klasse eine sehr tiefe und nachhaltige Wirkung gehabt und wurde auch in späteren Jahren immer mal wieder erwähnt. (...) Schüler in diesem Alter (13 bis 14 Jahre) suchen Vorbilder und die persönliche Begegnung. Das theoretische Wissen über die Gefahren bestimmter Drogen lässt die abenteuerlustigen und intelligenten Schüler ziemlich kalt. Sie werden trotzdem experimentieren. Haben sie aber von authentischen Menschen selbst gehört, wie leicht manchmal doch der Weg in die Sucht ist, werden sie wach und vorsichtig in der Selbstbeobachtung und vor allem untereinander.“

Ich habe Ideen einer Primärprävention dargelegt, die vielfach in der Praxis zur Anwendung kommen. Welche Nachhaltigkeit sie entwickeln, bedarf eingehender wissenschaftlicher Evaluation. Es sind aber nicht nur die Fachleute, die hier gefragt sind. Wir alle gestalten die Verhältnisse mit, in denen Suchtentwicklungen entstehen. Als Konsumenten, als Vorbilder, als Freunde, Kollegen, Partner, Seelsorger, Therapeuten etc. Und manchmal ist es auch bei der Suchtprävention so, wie Albert Schweitzer es formulierte: „Wir müssen aus dem Schlafe erwachen und unsere Verantwortung sehen.“ ←

¹ www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

² Majid Ezzati/Alan D. Lopez/Anthony Rodgers/Stephen Vander Hoorn/Christopher J. L. Murray: Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease, in: The Comparative Risk Assessment Collaborating Group, The Lancet, 2. November 2002, Vol. 360, Issue 9343, S. 1347-1360.

³ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2011. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2012.

⁴ Beate Herpertz-Dahlmann/Franz Resch/Michael Schulte-Markwort/Andreas Warnke (Hg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, Stuttgart 2003.

⁵ www.suchtberatung-blaues-kreuz-marburg.de/drachenherz

⁶ www.hausimmanuel.de/fileadmin/user_upload/Dateien_Hausimmanuel/downloads/informationen/HAUS_IMMANUEL_Therapiekonz_KINDERHAUS_2013.pdf

⁷ G. Edwards / P. Anderson / T. F. Babor / S. Casswell / R. Ferrence / N. Giesbrecht / C. Godfrey / H. D. Holder / P. Lemmens / K. Mäkelä / L. T. Midanik / Norström / E. Österberg / A. Romelsjö / R. Room / J. Simpson / O.-J. Skog: Alcohol Policy and the Public Good, Oxford University Press, Oxford 1994.

⁸ „Hart am Limit“; www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/Abschlussbericht_MotivbasierteInterventionFin.pdf



Dr. med. Dietmar Seehuber, geb. 1957, ist Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie und Chefarzt der Abteilung Sozialpsychiatrie und Suchtmedizin der Klinik Hohe Mark, Oberursel.