

Kapitel in: Brosch, R.; Mader, R. (Hrsg): Sucht - Problematik und Behandlung in Österreich. LexisNexis, Wien, 2004

Suchtprävention

Alfred Uhl & Christine Gruber

1 Einleitung

„Vorbeugen ist besser als Heilen“ ist ein Dogma des Commonsense und das gilt natürlich auch in Zusammenhang mit Sucht und schädlichem Substanzgebrauch – aber: Wie soll man vorbeugen? Welche Maßnahmen sind im Rahmen der Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch von Substanzen sinnvoll? Wie weit gibt es empirische Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen? – Auch nach mehr als 30 Jahren intensiver Forschung zu dieser Thematik und einer Fülle unterschiedlichster Erfahrungen von SuchtprophylaktikerInnen in der ganzen Welt ist eine umfassende, klare und wissenschaftlich fundierte Antwort auf die oben gestellten Fragen nur sehr begrenzt möglich. Immer mehr zeichnet sich ab, dass es keine erfolgversprechenden, auch von Laien breitenwirksam einsetzbaren und mechanistisch anzuwendenden Präventionsprogramme geben kann. Das bedeutet, es gibt keine einfachen, universell einsetzbaren „Kochrezepte“, die zur Umsetzung von suchtpreventiven Aktivitäten taugen.

2 Zur Verwirrung rund um die Begriffe „Sucht“, „Prävention“, „Suchtprävention“ und „Gesundheitsförderung“

„Sucht“, „Prävention“, „Suchtprävention“ und „Gesundheitsförderung“ sind Begriffe mit Definitionsbedarf. Ein zielführender sprachlicher Diskurs setzt voraus, dass sich die am Dialog beteiligten Personen auf eine gemeinsame Sprache einigen und präzise Formulierungen wählen. Wenn zentrale Begriffe in Alltag und Wissenschaft mit vielen, erheblich unterschiedlichen Bedeutungen verwendet werden, so ist es wenig sinnvoll über die wahre Bedeutung der Begriffe zu streiten¹⁾. Es ist auch nur sehr selten möglich eine bestimmte Definition in der Fachwelt durchzusetzen, aber man kann und soll fordern, dass der jeweilige Gebrauch präzisiert wird um klarzustellen, auf welche der in Frage kommenden Bedeutungen jeweils Bezug genommen wird. Im nächsten Kapitel wird ein Überblick über die Bedeutungsmöglichkeiten der o.g. Begriffe gegeben.

1) So lehnt z.B. Popper (1976) das Bestehen auf der „wahren Bedeutung“ vom Ausdrücken als „Essentialismus“ ab und betont, dass Definitionen grundsätzlich Konventionen sind, die weder falsch noch richtig sein können.

2.1 Der Begriff „Sucht“

In Zusammenhang mit Sucht ist es zweckmäßig zwischen

- dem klassischen Suchtbegriff,
- dem umfassenden Suchtbegriff und
- dem erweiterten Suchtbegriff zu unterscheiden.

Lange Zeit wurde der Begriff „Sucht“ vor allem mit „physischer, substanzgebundener Sucht“ gleichgesetzt („klassischer Suchtbegriff“). Zur Abgrenzung dieses klassischen Suchtbegriffs wurden und werden Kriterien wie Toleranzentwicklung, Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome usw. herangezogen, die in der Regel weder in Zusammenhang mit psychischer und sozialer Abhängigkeit noch in Zusammenhang mit nicht-substanzgebundenen Süchten anwendbar sind. Nun wird es allerdings immer üblicher den Begriff „Sucht“ auch auf psychische und soziale Abhängigkeit („umfassender Suchtbegriff“) sowie auf nicht-substanzgebundene Süchte, wie Spielsucht, Fernsehsucht, Fettsucht, Magersucht, Sexsucht usw. („erweiterter Suchtbegriff“) auszudehnen.

Um der Gefahr der Beliebigkeit des Suchtbegriffs entgegenzuwirken ist es allerdings notwendig auch in Zusammenhang mit nicht-substanzgebundenen Süchten eine klare Grenze zu ziehen und darauf zu bestehen, dass „Sucht“ Krankheitscharakter hat. „Sucht“ darf nicht einfach mit „Gewohnheit“, „der natürlichen Abhängigkeit von Nahrungsmitteln, Kleidung, Zuwendung usw.“ und/oder „Problemverhaltensweisen, die (noch) der willentlichen Kontrolle des Subjekts unterliegen“ gleichzusetzen sein. „Nicht-substanzgebundene Süchte“ werden nach ICD-10 (BMSG, 2001) weitgehend unter „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F.63)“ beschrieben und sollten auch nicht mit Zwangsstörungen verwechselt werden, wenngleich die diagnostische Grenze mitunter nicht ganz einfach zu ziehen ist.

2.2 Der Begriff „Suchtprävention“

Im Sinne des vorherrschenden ExpertInnenverständnisses zielt „Suchtprävention“ auf Vorbeugung in Zusammenhang mit

- stoffgebundenen Süchten (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Heroinabhängigkeit usw.),
- nicht-stoffgebundenen Süchten (Esssucht, Magersucht, Fernsehsucht, Arbeitssucht usw.) und
- nicht-süchtigem, schädlichen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen.

Der früher gebräuchliche Begriff „Drogenprävention“ wird von Präventionsfachleuten inzwischen mehrheitlich abgelehnt, weil der Begriff „Drogen“ leicht als „Fokussierung auf die Bekämpfung des illegalen Drogenkonsums“ missverstanden werden kann. Der präzisere Ausdruck „Prävention von Sucht und schädlichem Gebrauch“ hat sich aus Gründen der Tendenz zu sprachlicher Vereinfachung nicht durchgesetzt, auch wenn die Kurzbezeichnung „Suchtprävention“ bei wörtlicher Interpretation den nicht-süchtigen, schädlichen Substanzgebrauch nicht einschließt (Uhl & Springer, 2002).

2.3 Suchtpotential, Suchtaffinität und Suchtpotential der Umgebung

Die abstrakte Gefahr, die von einer bestimmten Substanz („Droge“) oder – im Falle nicht-stoffgebundener Süchte - von einer Tätigkeit ausgeht, wird üblicherweise als „*Suchtpotential*“ bezeichnet und im Falle psychoaktiver Substanzen als pharmakologische Eigenschaft der entsprechenden Substanz interpretiert.

Das Ausmaß, in dem eine bestimmte Person („Set“) gefährdet ist süchtig zu werden, wird mit „*Suchtaffinität*“ umschrieben. In der modernen Suchtprophylaxe wird die Suchtaffinität im nicht-pathologischen Bereich mit „Verletzlichkeit (Vulnerabilität)“ und im pathologischen Bereich mit typischen „psychiatrischen Grunderkrankungen“ in Zusammenhang gebracht, wobei letztere nach Manifestation einer Sucht unter den Begriffen „Komorbidität“ bzw. „Doppeldiagnosen“ diskutiert werden.

Für die Gefährdung, die von bestimmten situativen Rahmenbedingungen („Setting“), wie Ort, Umfeld, Subkultur, Konsumtraditionen usw., determiniert wird, hat sich kein griffiges Schlagwort herausgebildet – man könnte vom „*Suchtgefährdungspotential der Umgebung*“ sprechen.

Die isolierte Betrachtung von „Suchtpotential“, „Suchtaffinität“ und „Gefährdungspotential der Umgebung“ ist allerdings nicht realitätsadäquat. Zinberg (1984), auf den die Unterscheidung in „Droge“ – „Set“ – „Setting“ zurückgeht, betonte, dass bei der Entstehung von Sucht immer alle drei Dimensionen in einem komplexen Wechselspiel miteinander stehen, weswegen eine Terminologie, die die logische Trennbarkeit der Dimensionen suggeriert, das Denken leicht in die Irre führen kann.

2.4 „Prävention im engeren Sinn“ vs. „Prävention im weiteren Sinn“

Das populäre Vier-Säulen-Modell der Suchtpolitik (z.B. Hacker et al., 1999; Schweizer Bundesrat, 2001; Caspers-Merk, 2003) unterscheidet die Bereiche „Prävention“, „Therapie“²⁾, „Schadensbegrenzung“³⁾ und „Repression“ – und den meisten Menschen ist intuitiv sofort klar, was damit gemeint ist. Hier wird Prävention gegen die anderen drei Bereiche abgegrenzt. Das impliziert, dass Prävention im Sinne des Vier-Säulen Modells eine nicht repressive Intervention an Personen ist, bei denen es (noch) keiner therapeutischen Intervention bedarf.

Sprachliche Verwirrung entsteht allerdings, wenn man ins Detail geht und feststellt, dass sowohl Therapie als auch Schadensbegrenzung häufig als „Tertiärprävention“⁴⁾ bezeichnet werden, und dass Repression traditionellerweise in „Generalprävention“⁵⁾ und

2) Therapie kann man in „kurative (heilende) Therapie“ und „palliative (schmerzlindernde/pflegende) Therapie“ unterteilen.

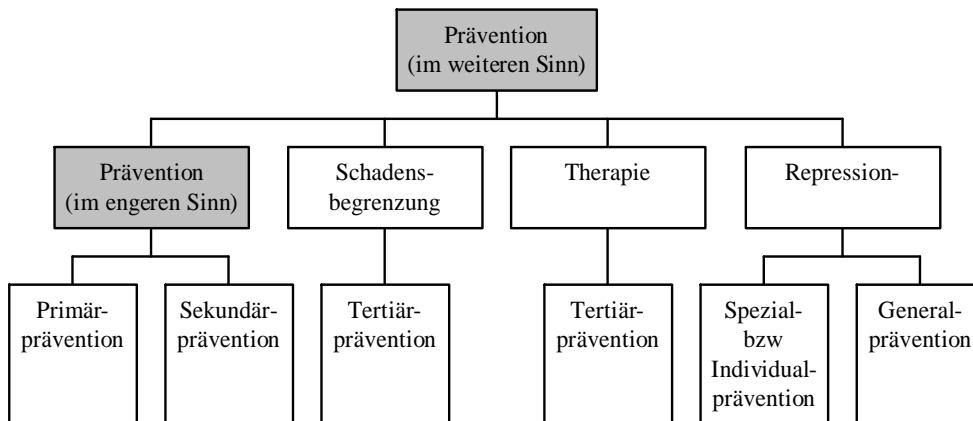
3) Für „Schadensbegrenzung“ sind auch die Begriffe „Schadensminimierung“, „Harmreduktion“ („Harm Reduction“) und „Überlebenshilfe“ gebräuchlich.

4) Diese Begrifflichkeit entspricht der derzeit in der Suchtforschung gebräuchlichsten 3-stufigen Klassifikation in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (vgl. Kap. 2.5).

5) „Generalprävention“ zielt auf die Allgemeinheit. „Negative Generalprävention“ bedeutet Abschreckung der

„Spezial- bzw. Individualprävention“⁶⁾ unterteilt wird⁷⁾, wodurch sowohl „Schadensbegrenzung“ und „Therapie“ als auch „Repression“ mit dem Begriff „Prävention“ assoziiert werden (Abb. 1).

Abb. 1: Einteilung von „Suchtprävention im umfassenden Sinn“



Offensichtlich werden in Abb. 1 zwei ganz unterschiedliche Präventionsbegriffe angesprochen:

- „*Prävention im weiteren Sinn*“ stellt einen Überbegriff über jegliches suchtpolitisches Handeln dar, der Maßnahmen sowohl vor als auch nach Krankheitsmanifestation umfasst.
- „*Prävention im engeren Sinn*“ steht für „nicht repressive Interventionen an Personen, bei denen (noch) keine therapeutischen Interventionen nötig sind“. Ist einfach von „Prävention“ die Rede, so wird darunter durchwegs „Prävention im engeren Sinn“ verstanden.

2.5 Weitgehende Verwirrung um die Begriffe „Primär-“, „Sekundär-“ und „Tertiärprävention“

Die Begriffe „Primär-“, „Sekundär-“ und „Tertiärprävention“ sind weit verbreitet. Da

Öffentlichkeit durch Bestrafung von Tätern. „Positive Generalprävention“ bedeutet Stabilisierung der Strafnorm und Schaffung von Vertrauen in der Öffentlichkeit in die Rechtsordnung.

- 6) Spezial- oder Individualprävention zielt auf den Täter. „Negative Spezialprävention“ bedeutet Unschädlichmachen des Täters durch In-Gewahrsam-Nehmen und durch individuelle Abschreckung. „Positive Spezialprävention“ bedeutet Resozialisierung des Täters.
- 7) Die Assoziation von Repression mit Prävention geht auf das Ende des 19. Jahrhunderts zurück, als der Erziehungsgedanke Einzug in die Reformdiskussion über das Strafrecht hielt und hier vor allem in der Diskussion über den Umgang mit jugendlichen Straftätern das Motto „Erziehung statt Strafe“ Bedeutung gewann. Mit dem Erziehungsgedanken geht der Begriff der Spezial- bzw. Individualprävention einher. Das bedeutet die Schaffung eines täterorientierten Strafrechts im Gegensatz zu einem tatvergeltenden Strafrecht.

der diesbezügliche Sprachgebrauch allerdings enorm vage und inkonsistent ist, führt die Verwendung dieser Begriffe in der Praxis oft zu gravierenden Missverständnissen. Um diese Problematik zu illustrieren folgen hier einige Beispiele:

- (1) Die Commission on Chronic Illness (CCI) schlug 1957 eine 2-stufige Klassifikation vor: *Maßnahmen vor Krankheitsmanifestation* wurden als „Primärprävention“ und *Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation* als „Sekundärprävention“ bezeichnet. Diese Klassifikation ist in der Organmedizin auch heute noch verbreitet (z.B. Windler, 2001), sie nimmt aber kontinuierlich an Bedeutung ab. Die CCI-Klassifikation definiert „Primärprävention“ synonym mit „*Prävention im engeren Sinn*“ und „Sekundärprävention“ mit „*Therapie und/oder Schadensbegrenzung*“. Eigentlich spräche Vieles dafür hier statt der für Laien unverständlichen Dichotomie „Primär-“ vs. „Sekundärprävention“ umgangssprachlich von „Prävention“ vs. „Therapie“ zu sprechen – in diese Richtung argumentiert z.B. Hafen (2003). Dagegen spricht jedoch, dass inzwischen in der Fachwelt die Assoziation des Begriffes „Therapie“ mit dem Begriff „Prävention“ weitgehend vorhanden ist. Diese ist auch inhaltlich gut argumentierbar in dem Sinne, dass Therapie eine weitere Verschlechterung eines Krankheitszustandes verhindert, dazu beiträgt, dass der Patient nicht länger als notwendig mit einer Symptomatik leben muss, dass mit der Behandlung einer Infizierung von Dritten vorgebeugt wird usw.
- (2) Caplan (1964) führte sieben Jahre später eine 3-stufige Klassifikation ein: Maßnahmen um die *Inzidenz (Auftreten) einer Krankheit zu verringern*, bezeichnete er als „Primärprävention“, Maßnahmen um die *Dauer einer Krankheit zu verringern* als „Sekundärprävention“ und Maßnahmen um die *Auswirkungen einer Krankheit zu verringern* als „Tertiärprävention“. Bezüglich der Primärprävention legte er fest, dass hier keine Maßnahmen gemeint sind, die auf das Individuum zielen („*Verhaltensprävention*“) sondern ausschließlich strukturelle Maßnahmen („*Verhältnisprävention*“). Im Sinne Caplans Klassifikation ist „Primärprävention“ synonym mit „*Primordialprävention*“⁸⁾, „Sekundärprävention“ mit „*kurativer Therapie*“²⁾ und „Tertiärprävention“ mit „*palliativer Therapie*“²⁾ und/oder *Schadensbegrenzung*“ zu verstehen.
- (3) Als „*Standardklassifikation*“, die sich vor allem unter PraktikerInnen immer mehr durchzusetzen scheint, kann man derzeit folgende 3-stufige Klassifikation bezeichnen: *Allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen* ist „Primärprävention“, *Prophylaxe an Hochrisikogruppen vor Krankheitsmanifestation* ist „Sekundärprävention“ und *Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation* gelten als „Tertiärprävention“. Für Verwirrung sorgt hier allerdings, dass viele AutorInnen, die eindeutig die Standardklassifikation verwenden, sich auf die CCI-Klassifikation (z.B. NIDA, 1997b) oder auf die Caplan-Klassifikation (z.B. Dadds, 2000) berufen, ohne die Unterschiede zu bemerken.
→ *In diesem Artikel wird, wenn von „Primär-“, „Sekundär-“ und „Tertiärprävention“ die Rede ist, immer auf die „Standardklassifikation“ im Sinne des Punkt 3 Bezug*

8) Der Begriff „primordiale Prävention“ geht auf Strasser (1978) zurück, der dafür alternativ auch den Begriff „Protoprophylaxe“ vorschlug. „Primordialprävention“ bedeutet „Veränderungen von gesellschaftlichen Risikofaktoren, die zu einem erhöhten Krankheitsrisiko beitragen“, d.h. Verhältnisprävention (vgl. Kap. 2.6).

genommen.

- (4) Ein interessanter Versuch die „Standardklassifikation“ sprachlich eindeutiger zu formulieren geht auf Gordon (1983) zurück und wird z.B. von NIDA (1997a) verwendet. Ansätze, die auf die Allgemeinheit zielen (Primärprävention im Sinne letzterer Klassifikation), werden als „*universelle Ansätze*“, solche, die auf Risikogruppen zielen (Sekundärprävention im Sinne letzterer Klassifikation), werden als „*selektive Ansätze*“ und solche, die auf Personen mit manifesten Problemen zielen (Tertiärprävention im Sinne letzterer Klassifikation), werden als „*indizierte Ansätze*“ bezeichnet.
- (5) Eine internationale COST-A6-ExpertInnengruppe (Uhl, 1998) sprach sich ebenfalls für die unter (3) beschriebene 3-stufige „Standardklassifikation“ aus, schlug aber vor, dem zunehmenden Stellenwert der Rückfallsprophylaxe insofern Rechnung zu tragen, als die Kategorie „Tertiärprävention“ in zwei Kategorien unterteilt wird: Für kurative Therapie wurde „*Tertiärprävention, Typ A*“ und für Rückfallsprophylaxe „*Tertiärprävention, Typ B*“ bzw. „*Quartärprävention*“ vorgeschlagen.
- (6) Die Aufzählung der gebräuchlichen Definitionskonzepte ist aber noch keinesfalls vollständig. So definiert z.B. das internet-basierte Münchner Informationssystem „MIDAMES“ (<http://midames.netzwerk-psychosozial.de>) zwar die Begriffe „Primär-“ und „Sekundärprävention“ analog zur „Standardklassifikation“, bezeichnet im Gegensatz dazu aber Tertiärprävention im Sinne der „Standardklassifikation“ als „Therapie“ und setzt den Ausdruck „Tertiärprävention“ synonym mit Rückfallsprophylaxe.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Unterscheidung in „Primär-“, „Sekundär-“ und „Tertiärprävention“ ganz eindeutig keine Taxonomie⁹⁾ mit scharfen Grenzen darstellt, sondern als idealtypische gedankliche Orientierungshilfe dient und als solche durchaus sinnvoll ist, sofern erwähnt wird, auf welche Definitionen man sich bezieht. In der Anwendung konkreter Präventionsmaßnahmen und -programmen kommen oft „primär-“, „sekundär-“ und „tertiärpräventive“ Elemente gemeinsam zum Einsatz, was eine eindeutige Zuordnung der jeweiligen Maßnahme oder des konkreten Programms zu den drei Kategorien verunmöglicht. Dieser Umstand stellt aber nicht die Sinnhaftigkeit dieser Klassifikation in Frage; vergleichbar damit, dass ja auch kaum jemand die Nützlichkeit der Begriffspaare „kalt vs. heiß“ oder „schwer vs. leicht“ in Frage stellt, nur weil es keine allgemein verbindlichen Regeln gibt, wo man im konkreten Einzelfall die Grenze zu ziehen hat.

2.6 Weitere wichtige Möglichkeiten der Klassifikation von Prävention

Eine weit verbreitete Klassifikation unterscheidet danach, ob die eigentlichen Zielpersonen direkt angesprochen werden, oder ob mit einer Maßnahme auf die die Zielpersonen umgebenden Strukturen abgezielt wird. Für die sich daraus ergebenden Kategorien sind unterschiedliche Bezeichnungen gebräuchlich: Für Maßnahmen, die auf die Strukturen um die eigentliche Zielperson abzielen, wurden die weitgehend synonym verwendeten Begriffe „*umgebungsorientierte Prävention*“ bzw. „*Verhältnisprävention*“ bzw. „*strukturelle Prä-*

9) Eine Taxonomie ist ein Kategoriensystem, das eine eindeutige und vollständige Zuordnung von Objekten zu Kategorien ermöglicht.

vention“ geprägt, für Maßnahmen, die auf die eigentlichen Zielpersonen gerichtet sind, die Begriffe „*personenorientierte Prävention*“ bzw. „*Verhaltensprävention*“ bzw. „*kommunikative Prävention*“.

Eine weitere für die Praxis nützliche Unterscheidung bezeichnet als „*direkte Maßnahmen*“, wenn ProphylaktikerInnen mit den eigentlichen Zielpersonen arbeiten und als „*indirekte Maßnahmen*“ solche, die auf Schlüsselpersonen, MediatorInnen und MultiplikatorInnen¹⁰⁾ abzielen (vgl. Uhl & Springer, 2002).

Von weiterer großer praktischer Bedeutung ist auch die Dichotomie „*Angebotsreduktion*“ vs. „*Nachfragereduktion*“. Angebotsreduktion bedeutet den Zugang der Zielpersonen zu Problemsubstanzen zu erschweren und zielt letztlich auf ErzeugerInnen und HändlerInnen (in Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen), Nachfragereduktion versucht das Interesse der Zielpersonen an Problemsubstanzen zu verringern und zielt auf KonsumentInnen bzw. potentielle KonsumentInnen. „*Angebotsreduktion*“ und „*Nachfragereduktion*“ werden oft als einander ausschließende Kategorien behandelt – in der EU Drogenbeobachtungsstelle in Lissabon (EBDD) erfolgt beispielsweise eine Unterteilung der Aufgabenbereiche nach dieser Klassifikation. Die beiden Kategorien stehen aber in keinem grundsätzlichen Widerspruch. Anhand der ökonomischen Theorie, dass die Nachfrage vom Angebot und das Angebot von der Nachfrage bestimmt wird, ist eine völlig unabhängige Behandlung dieser Größen ausgeschlossen. Setzt man diese Dichotomie in Relation zum Vier-Säulen-Modell (Abb. 1), so dominiert bei der Angebotsreduktion die Repression und bei der Nachfragereduktion die Prävention im engeren Sinn, die Therapie und die Schadensbegrenzung.

Eine weitere relevante Einteilung unterteilt nach „*Abstinenzorientierung*“ vs. „*Problemorientierung*“. Abstinenzorientierung zielt auf Konsumreduktion und kann über Angebots- und/oder über Nachfragereduktion erfolgen. Hier wird Konsumverringering – quasi als Selbstzweck – angestrebt, während Problemorientierung auf eine Verringerung der mit dem Konsum zusammenhängenden Probleme zielt. Die implizite Annahme vieler Menschen, dass der kompromisslose Kampf gegen jeglichen Substanzkonsum zwangsläufig auch Probleme in Zusammenhang mit diesem Phänomen minimiert, entspricht nicht der Realität und wurde durch die Geschichte laufend widerlegt. „*Konsumreduktion*“ und „*Problemreduktion*“ stehen aber nicht immer in einem Widerspruch. Dort wo ein sinnvolles Engagement für weniger Konsum tatsächlich weniger Schaden für die Beteiligten nach sich zieht, ist das Ziel „*Konsumreduktion*“ auch aus einer Problemreduktionsperspektive zweckmäßig und umgekehrt. In letzteren Fällen hat die Unterscheidung zwischen *Abstinenzorientierung* vs. *Problemorientierung* wenig praktische Relevanz. Von zentraler Bedeutung wird die Unterscheidung dort, wo das rigide Beharren auf Konsumreduktion zu einer Problemzunahme für die Beteiligten führt.

Ein besonders skurriles Beispiel für „*Abstinenzorientierung*“ als Selbstzweck war die in Österreich lange Zeit gehandhabte Praxis sterbenden KrebspatientInnen Opiate zur Schmerzlinderung zu verweigern. Man war der Meinung, dass man es nicht riskieren könne die PatientInnen – in den letzten Tagen ihres Lebens – süchtig zu machen. Diese Reduktion

10) Schlüsselpersonen sind „Bezugspersonen mit besonderem Einfluss auf das System“, MediatorInnen sind „unmittelbare Bezugspersonen“, MultiplikatorInnen „mittelbare Bezugspersonen“.

der Opiatverabreichung blieb ohne irgendeinen positiven Effekt, die Verabreichung einer schmerzlindernden Dosis, dem Bedarf und Bedürfnissen dieser Menschen angepasst, hätte deren Leid jedoch beträchtlich reduzieren können. In der Schmerztherapie wurde inzwischen jedoch glücklicherweise eine weitgehende Umkehr von der „Abstinenzorientierung“ in Richtung „Problemorientierung“ vollzogen.

Eine für die moderne Suchtprävention ganz besonders bedeutsame Unterscheidung ist die zwischen dem *pathogenetischen* und dem *salutogenetischen Ansatz* – eine Unterscheidung, die auf Antonovsky (1987) zurückgeht. Pathogenese entspricht dem *medizinischen Krankheitsmodell* in dem Sinne, dass *Risikofaktoren* verringert werden und Salutogenese entspricht dem *Gesundheitsförderungsansatz* der WHO in dem Sinne, dass *Schutzfaktoren* (protektive Faktoren) gestärkt werden. Zur Veranschaulichung der nicht ganz einfach nachvollziehbaren Unterscheidung zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren kann folgendes Beispiel aus der Immunologie dienen: Im Sinne dieses Konzepts ist „erfolgter Impfschutz“ ein protektiver Faktor, der sich logischerweise nur dann auswirken kann, wenn der entsprechende Risikofaktor „Kontakt mit einer infizierten Person“ auftritt. Es ist in diesem Sinne unzulässig „mangelnden Impfschutz“ als „Risikofaktor“ oder „keinen Kontakt zu infizierten Personen“ als „protektiven Faktor“ zu bezeichnen. In der Praxis ist diese, im Rahmen der Impfmeterapher leicht nachvollziehbare Unterscheidung aber meist nicht einfach zu treffen, da die Identifikation von Risikofaktoren und protektiven Faktoren üblicherweise rein empirisch über Korrelationszusammenhänge erfolgt – was eine differenzierte Reflexion zur Art des Zusammenhangs kaum zulässt (vgl. Uhl, 2002a).

Hinter dem Gesundheitsförderungsansatz verbirgt sich ein *demokratisch-emanzipatorisches Menschenbild*, das klar im Widerspruch zum – vielen traditionellen Präventionszugängen zugrunde liegenden – *autoritär-paternalistischen Menschenbild* steht, wie im folgenden Kapitel näher ausgeführt wird.

3 Die Entwicklung der modernen Suchtprävention

Als illegale Drogen Ende der 60er Jahre unter dem Begriff „Rauschgift“ unter kräftigem Zutun der Massenmedien zu einem stark emotionalisierten Thema wurden, lag der Schwerpunkt der präventiven Aktivitäten auf *Abschreckung* und *normativer Beeinflussung*¹¹⁾. Der Umgang mit diesem neuen Phänomen war anfangs hauptsächlich von *manipulativen* und *repressiven Maßnahmen* bestimmt, zu deren Umsetzung *ergebnisorientierte, technokratische* Strategien konzipiert wurden, die auf eine *Fremdbestimmung* der Zielgruppe durch Vorgaben und Verbote abzielten. Dieser „autoritär-paternalistische Ansatz“ fußt auf der Überzeugung, dass die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen später nur dann in der Lage sein werden richtige Entscheidungen zu treffen, wenn sie eine Erziehung erfahren, bei der sie einer strikten Kontrolle in Bezug auf psychoaktiven Substanzkonsum unterliegen, wo

11) Die besonders in den USA populären normativen Ansätze der Drogenprävention versuchen in der Zielgruppe eine Änderung der Normen und Verhaltensausrichtung zu bewirken. Solche Ansätze sind z.B. „Goal Setting“, eine Technik um die Zielgruppe zur Annahme eines leistungsmotivierten Weltbilds zu bewegen, „Norm Setting“, eine Technik um der Zielgruppe anhand von Umfrageergebnissen aufzuzeigen, dass Drogen gesellschaftlich weit weniger verbreitet sind als vermutet, oder „Pledge“, eine Technik um die Zielgruppe dazu zu bewegen sich offen gegen Drogenkonsum zu deklarieren.

„gefährliche Informationen“ zensuriert werden und wo Bevormundung in dem Sinne passiert, dass Lustverzicht und Enthaltbarkeit zum Zweck der Risikoverringung verlangt werden. Ganz im Sinne dieses Zugangs wurde z.B. 1973 in Österreich eine von öffentlicher Seite initiierte groß angelegte Medienkampagne unter dem Titel „Halt, Rauschgift ist Selbstmord“ gestartet. Als anschauliches Motiv für diese Kampagne diente der Kopf einer jungen Frau, der halbseitig skelettiert war. Der Entwurf wurde in der Folge sogar auf eine Sondermarke geprägt (Uhl, 2002b).

Seit damals hat sich aber sehr viel verändert. Die anfangs auch weitgehend unkoordinierten Präventionsmaßnahmen mündeten in die Etablierung einer eigenen Disziplin „Drogen- und Suchtprävention“, die sich in den letzten Jahren zusehends fachlich professionalisierte.

Infolge der durchwegs negativen Erfahrungen mit den anfangs sehr populären Abschreckungsmaßnahmen und den ebenfalls nicht sehr erfolgreichen normativen Beeinflussungsversuchen kam es in der Folge in der Suchtpräventionspolitik vieler Industriestaaten zu einer inhaltlichen Verschiebung der Schwerpunkte in Richtung *Lebenskompetenzsteigerung* und *sachliche Informationsvermittlung*. Der professionelle Umgang mit den Phänomenen Missbrauch und Sucht hat sich nun schon über viele Jahre hinweg kontinuierlich in Richtung Gesundheitsförderung entwickelt. Der Gesundheitsförderungsansatz betrachtet die Zielpersonen nicht als zu *bevormundende Objekte*, sondern als *mündige Subjekte*, die in der Lage sind sich eine eigene Meinung zu bilden und ihr entsprechend zu handeln. Die Ottawa Charta der WHO (1986), in der der Begriff „Gesundheitsförderung“ definiert wird, legt ganz klar fest, dass dieser Deklaration ein „*demokratisch-emanzipatorisches Menschenbild*“ zugrunde liegt. Die Ottawa Charta baut auf ein Verständnis des Begriffs „Gesundheit“ auf, wie er sich in der 1946 erstellten WHO-Verfassung findet, d.h. „Gesundheit“ als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Die *persönliche Autonomie* der Zielpersonen in ihrer konkreten Lebenslage wird akzeptiert. D.h. sie werden als InteraktionspartnerInnen betrachtet, die darin unterstützt werden sollen sich Fähigkeiten anzueignen, die sie in die Lage versetzen ihre Lebensbedingungen selbst aktiv zu gestalten bzw. zu verbessern, um folglich die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung in Richtung problematischen Substanzkonsums bzw. anderer selbstzerstörerischer Verhaltensweisen – mangels adäquater Problemlösungsstrategien – zu verringern. Schlagworte für diesen gegenwärtig sehr populären Ansatz sind „Empowerment“, „Partizipation“ oder „Risikokompetenz“ (Koller et al., 2003). Ein deklariert demokratisch-emanzipatorisches Grundverständnis im oben beschriebenen Sinne liegt ausdrücklich auch den für das österreichische Schulsystem verbindlichen dreizehn Unterrichtsprinzipien zugrunde (Uhl, 2002b).

Auch wenn der *autoritär-paternalistische Ansatz* zur Zeit in der professionellen österreichischen Suchtprävention keine relevante Rolle mehr spielt, sollte man sich dennoch bewusst sein, dass dieser Zugang, aus internationaler Perspektive betrachtet, noch keinesfalls überwunden ist. Sogar die WHO, die vielerorts vehement für den Gesundheitsförderungsansatz eintritt, unterstützt in Zusammenhang mit Alkohol und Nikotin (z.B. Edwards, 1997) viele Sichtweisen, die dem *demokratisch-emanzipatorischen* Gesundheitsförderungsansatz diametral entgegenstehen. Interessant ist dabei, dass dieser eklatante Widerspruch in der Grundorientierung der WHO von ExpertInnen kaum registriert bzw. offen diskutiert wird.

Eine Entscheidung zu treffen zwischen dem „*demokratisch-emanzipatorischen*“ vs. „*autoritär-paternalistischen*“ Menschenbild ist auch von eminenter demokratiepolitischer Bedeutung. Wer davon ausgeht, dass die Mehrheit der Bevölkerung gar nicht in der Lage ist nach ausreichender Förderung und Information selbstbewusst eigene richtige Entscheidungen zu treffen, negiert den zentralen Grundgedanken der Demokratie und sympathisiert – unter Umständen ohne sich dessen bewusst zu sein – mit einer Pseudodemokratie, in der Eliten die Bevölkerungsmehrheit durch subtile Kontrolle und Zensur in eine gewünschte Richtung manipulieren.

In letzter Zeit lassen sich in der Suchtprävention innerhalb des demokratisch-emanzipatorischen Ansatzes zwei Tendenzen feststellen, die nicht unerwähnt bleiben sollen:

- (1) Die über längere Zeit gängige Vorgangsweise suchtpreventive Aktivitäten schwerpunktmäßig nach dem drogen- und suchtspezifischen Gesundheitsförderungsansatz anzulegen rückt nunmehr zugunsten eines stärker auf die Themen „Drogen“ und „Sucht“ fokussierenden, kombinierten Ansatzes zusehends in den Hintergrund.
- (2) Nachdem lange Zeit viel Energie in die Primärprävention investiert worden war, ist nun zunehmend festzustellen, dass das Interesse an Sekundärprävention kontinuierlich zunimmt. In diesem Trend spiegelt sich einerseits die Enttäuschung der ProphylaktikerInnen und ForscherInnen wieder, dass sich Erfolge über primärpräventive Maßnahmen aus methodologischen Gründen kaum wissenschaftlich nachweisen lassen. Andererseits erscheint es infolge zusehends begrenzterer öffentlicher Mittel immer mehr ProphylaktikerInnen zweckmäßig die vorhandenen Mittel auf jene gefährdeten Personengruppen zu konzentrieren, von denen man annimmt, dass diese von den Maßnahmen am meisten profitieren können, und wo es auch möglich ist die Effekte empirisch zu belegen.

3.1 Warum scheiterte die Methode der Abschreckung in der Suchtprävention?

Angsterzeugung scheitert längerfristig kläglich, wenn zu diesem Zweck gegebene Informationen später aufgrund von Erfahrungen als bewusste Irreführung bzw. als Ausdruck von Ahnungslosigkeit entlarvt werden können. Genau das war bei der frühen, auf Abschreckung basierenden Form der Drogenprävention aber in hohem Maße der Fall. Bei kurzfristigen Evaluationen traten dabei durchaus beeindruckende Effekte auf, die dadurch zustande kamen, dass die jungen Zielpersonen, die keine oder nur wenig Erfahrung mit der Thematik haben konnten, im Sinne des „*Papageieffekts*“ verbal durchwegs in die erwünschte Richtung reagierten. Der Begriff „*Papageieffekt*“ drückt aus, dass Kinder und Jugendliche, die noch keine Erfahrungen vor allem mit illegalen Drogen gemacht haben und auch generell wenig Bezug zum Thema „Drogen“ haben, „Gefährlichkeitsaussagen über Drogen“ als Worthülsen – wie viele andere Lerninhalte auch – unkritisch aufnehmen und bei anschließenden Befragungen als „gelernten Inhalte“ unverändert wiedergeben, diese Aussagen jedoch ohne Bedeutung für das spätere Verhalten sind. Zu glauben, dass das bloße Wiedergeben-Können von Informationen bereits einen protektiven Effekt habe, ist hochgradig naiv; so wie man auch nicht erwarten sollte, dass ein Papagei, dem man die Worte „Ich

hasse Bananen“ beibringt, in Zukunft keine Bananen mehr fressen wird.

Hand in Hand mit dem „Papageieffekt“ geht ein „Bumerangeffekt“. Dieser betrifft jene Personen, die sich der Missinformation schuldig gemacht haben. Wenn Kinder und Jugendliche mit überzeichneten Gefahreninhalten konfrontiert wurden, die sich schon bei der ersten Auseinandersetzung mit der Realität als offensichtlich falsch erwiesen haben, wird die Autorität der Informationsquelle nachhaltig untergraben. „Wer einmal lügt, dem glaubt man nicht ...“, formuliert der Volksmund, und das ist auch beim Thema „Drogen“ nicht anders. Die als unzuverlässig entlarvte Informationsquelle beraubt sich unnötigerweise der Möglichkeit in kritischen Situationen als kompetente/r PartnerIn und RatgeberIn einbezogen zu werden und dadurch angemessen intervenieren zu können. Die Verbreitung überzeichneter Gefahreninhalte unter (noch) Drogenunerfahrenen wird hier zum Risikofaktor, weil man so den drogenerfahrenen Gleichaltrigen mutwillig die oft alleinige ExpertInnenfunktion für konsumcliquen-nahestehende Jugendliche überlässt. Diesen Umstand beachtend führt das Team des Projekts „ChEckiT“ seine Beratungen durch und macht durchwegs die Erfahrung, dass dieses Beratungsangebot mit sachlicher Information und ohne Übertreibung gut angenommen wird. Die Zielgruppe sind dabei BesucherInnen von Raves, die durchwegs Erfahrungen mit Konsum von illegalen psychoaktiven Substanzen haben. Die Akzeptanz des Beratungsteams durch die Zielgruppe wird auch durch dessen primäres Angebot des „pill-testing“¹²⁾ unterstützt, das den betroffenen Personen im Sinne einer „Problemorientierung“ und „Schadensbegrenzung“ konkrete Hilfestellung bietet (Kriener et al., 1999).

„Papageieffekt“ und „Bumerangeffekt“ machen klar, warum es möglich ist, dass SchülerInnen, denen man im Rahmen von abschreckenden Präventionskampagnen und -programmen ohne weiteres den Satz „Illegale Drogen sind tödlich, und ich werde diese nie anrühren!“ beibringen konnte, sich später nicht im geringsten daran gehindert fühlten mit Haschisch oder auch mit anderen illegalen Drogen zu experimentieren, und warum sie diesbezüglich den offiziellen Quellen generell misstrauten. Um die quantitativen Dimensionen in diesem Zusammenhang ins rechte Licht zu rücken: Derzeit kann man davon ausgehen, dass in Europa zwischen einem Drittel und der Hälfte der Jugendlichen bis zum 20 Lebensjahr Erfahrungen mit illegalen Drogen machen – in den USA sogar zwischen der Hälfte und zwei Drittel.

3.2 Reine Informationsvermittlung als Suchtpräventionsstrategie

Der Ansatz Drogen- und Suchtprävention ausschließlich durch sachlich ausgewogene Informationsvermittlung über psychoaktive Substanzen und Suchtmechanismen zu betreiben wird gegenwärtig in der Fachwelt meist ähnlich negativ beurteilt wie der Abschreckungsansatz. Wie zuvor erwähnt, gewinnt fachlich richtige und ausgewogene Drogen- und Suchtinformation in Verbindung mit Lebenskompetenzsteigerungsansätzen und der Bekämpfung von Risikofaktoren in letzter Zeit in der Suchtprävention zusehends an Bedeu-

12) Unter Pill-Testing wird die Möglichkeit für Ecstasy-Konsumierende verstanden, sich über die chemische Zusammensetzung der Ecstasy-Tabletten in einem Beratungs-Setting zu informieren. Ziel ist die Aufklärung über die Inhaltsstoffe der Tabletten und die Beeinflussung der Konsummuster durch Information und Beratung im Sinne der Senkung von Gesundheitsrisiken.

tung. Der Unterschied zu früher ist hier allerdings teilweise nicht so groß, wie man meinen könnte, da damals wie heute de facto sehr viele Ressourcen in die Erstellung von Informationsmaterialien gingen und gehen, die dann oft losgelöst von jeglichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen verteilt wurden und werden. Generell lässt sich jedoch beobachten, dass die Disziplin der Suchtprävention einer bewussten Kombination von sachlicher Informationsvermittlung mit Gesundheitsförderungsaktivitäten und weg von einem unkoordinierten Nebeneinander dieser Ansätze entgegensteuert.

3.3 Das Dilemma der SuchtprophylaktikerInnen

Man kann Phänomene wie den Gebrauch psychoaktiver Substanzen und Sucht nur dann umfassend verstehen, wenn man entweder aus eigenen Erfahrungen schöpfen kann oder sich mit einer akzeptanzorientierten, aufgeschlossenen und selbstkritischen Haltung auf die Erfahrungen anderer einlässt. Da man einen echten Zugang zu anderen Menschen nur findet, wenn diese sich auch verstanden fühlen, und man nur ernst genommen wird, wenn man einen kompetenten Eindruck macht, ist diese Grundhaltung gleichzeitig auch Voraussetzung für die erfolgreiche Arbeit bei ProphylaktikerInnen, TherapeutInnen und ForscherInnen, die mit dem Phänomen konfrontiert sind.

Das Grunddilemma ist hier, dass Akzeptanzorientierung und Aufgeschlossenheit in Zusammenhang mit Suchtphänomenen von vielen als Parteilichkeit für die Personengruppe der Substanzabhängigen ausgelegt wird, was in der Folge Misstrauen bei KollegInnen begründet, die bewusst oder unbewusst keinem emanzipatorisch-demokratischen Menschbild anhängen. Selbst gut fundierte und logisch einwandfreie wissenschaftliche Ausführungen, werden von Personen, die von einem dämonisierend übertriebenen Bild der Sucht- und Drogenproblematik geprägt sind, oft als Verharmlosung von Drogenproblemen erlebt. In diesem Zusammenhang ist es auch für alle in der Öffentlichkeit stehenden ExpertInnen sehr ratsam, sich genau zu überlegen, was sie wo über vor allem illegale Substanzen formulieren. Man kann leicht unter heftigen Beschuss geraten, wenn man wissenschaftliche Fakten erwähnt, die die gängige Meinung der Öffentlichkeit in Bezug auf die Drogenproblematik relativieren.

Konkret heißt das, wer von kompetenten – also über Drogen Bescheid wissenden – ZuhörerInnen als Forscher, Prophylaktiker bzw. Therapeut ernst genommen werden will, muss zeigen, dass er am aktuellen Wissenstand ist und sich ganz klar gegen Vorurteile und Mythen abgrenzt. Wer aber keine Schwierigkeiten haben will, sollte sich hüten, das offen zu tun, wenn Laien bzw. ideologisch Andersdenkende anwesend sind. Für Lehrer heißt das z.B., dass sie einerseits in Anbetracht von in Drogenfragen kompetenten Schülern diesen gegenüber ganz deutlich signalisieren müssen, dass sie wissen, wovon sie reden, und andererseits sich davor hüten sollten, das Gleiche offen vor drogenunerfahrenen Schülern zu tun, weil ihnen ihre Haltung sonst leicht als Verharmlosung ausgelegt werden könnte. Um in diesem Spannungsfeld existieren zu können, haben sich in der Fachwelt drei Strategien herausgebildet.

Um in diesem Spannungsfeld existieren zu können, haben sich in der Fachwelt drei Strategien herausgebildet.

- (1) Eine Strategie, die als „*ausschließlich substanz- und suchtspezifischen Gesundheitsförderungszugang*“ bereits erwähnt wurde, ist inhaltliche Aussagen über Drogen und Sucht kategorisch zu vermeiden, spezifische Fragen möglichst nicht zu beantworten, und alle suchtpreventiven Aktivitäten ausschließlich nach dem drogen- und suchtspezifischen Gesundheitsförderungsansatz anzulegen; ein Zugang, der in dieser Radikalität bei den Zielpersonen allerdings oft auf Widerspruch stößt, weil diese, wenn es um Drogen- und Suchtprevention geht, von ExpertInnen meist auch das wörtliche Thema explizit einfordern. Das völlige Aussparen von drogen- und suchtspezifischen Inhalten in der Schule wird außerdem dem Anspruch nicht gerecht, SchülerInnen zu informierten BürgerInnen zu erziehen, die später kompetente Entscheidungen für sich und Andere treffen können sollen. Außerdem überlässt man so das Feld, ohne Einflussmöglichkeiten wahrzunehmen, den oft recht einseitigen und mit bedenklichen Inhalten gefüllten Informationen durch Gleichaltrige (Peers), dem Internet und den Massenmedien, was sicherlich recht kritisch zu interpretieren ist.
- (2) Die zweite Strategie besteht in der Wahl einer *bewusst vagen und mehrdeutigen Kommunikationsform*, die kompetenten ZuhörerInnen einerseits ganz deutlich vermittelt, dass man genau weiß, wovon man spricht, und dass man über die gängigen Inhalte und Kontroversen im Feld gut informiert ist, die andererseits aber für die solide in Vorurteilen, Missverständnissen und Tabus verwurzelten anderen ZuhörerInnen alles so verklausuliert, dass diese den Widerspruch gar nicht bemerken können. Man spricht z.B. von „Ich bin gegen Prohibition!“ um die völlig äquivalente, für Laien aber weit besser verständliche Formulierung „Ich bin für eine Legalisierung!“ nicht aussprechen zu müssen usw. Viele ExpertInnen haben es in dieser Form der dualen Kommunikation zu einer unglaublichen Perfektion gebracht. Angesichts des Umstandes, dass die Sprache im Drogen- und Suchtbereich auch ohne gezielte Verwirrungsstrategien bereits eine enorme Herausforderung an alle ForscherInnen, ProphylaktikerInnen und TherapeutInnen darstellt, sollte man eher mutig Tendenzen zur Präzisierung und Vereinheitlichung verstärken, als mutwillig Mehrdeutigkeit und Vagheit zu fördern.
- (3) Die dritte und einzige *nicht opportunistische Strategie* besteht darin sich situationsunabhängig klar gegen Vorurteile, Mythen und Einseitigkeiten abzugrenzen, offen zu wissenschaftlichen Fakten und Logik zu stehen und auch kontroverse Themen nicht auszuspüren. Nur die letztgenannte Strategie bietet der Öffentlichkeit eine klare Orientierungshilfe, fördert die Entstehung von Sachkompetenz und kann Grundlage für einen offenen und mutigen Dialog über den adäquaten gesellschaftlichen Umgang mit Drogen und Sucht bieten. Infolge der zuvor beschriebenen Versachlichung und Entemotionalisierung des Drogenthemas wird diese letztere Strategie auch immer gangbarer und ungefährlicher.

4 Die Grenzen der Präventionsforschung

Nachdem sich die Suchtprevention als Institution in der Gesellschaft inzwischen relativ etabliert und gefestigt hatte und man sich intern immer mehr mit kritischen Inhalten und den grundsätzlichen Möglichkeiten der Suchtprevention auseinander zu setzen begann, wuchs das Bewusstsein, dass die Schere zwischen Erfolgserwartung und dem tatsächlich Machbaren immer weiter auseinander klappte. Vor dem Hintergrund abnehmender öffentli-

cher Ressourcen sowie angesichts eines in allen Bereichen wachsenden Erfolgs- und Evaluationsdrucks wich die anfängliche Begeisterung über die rasche Etablierung von Suchtprävention zur eigenen Branche dem bangen Bewusstsein, dass eine kritische Auseinandersetzung mit den realen Möglichkeiten der Suchtprävention und deren Evaluation – mit all ihren nicht hinterfragten impliziten Hintergrundannahmen, mit unklaren Zielvorstellungen und mit unausgesprochenen handlungsleitenden Theorien – immer notwendiger wurde um den Bestand der neuen Profession längerfristig gewährleisten zu können.

Der unbedingt notwendige nächste, sozusagen letzte Schritt in dieser dreiphasigen Entwicklung – von „unkoordinierten Maßnahmen“ über die „Etablierung als eigene Disziplin“ hin zur „Professionalisierung“ – ist eine offene, systematische und kritische Auseinandersetzung mit den Grundlagen präventiven Handelns. Nur so können Zukunft und Reputation der inzwischen etablierten Suchtpräventionsbranche längerfristig gesichert werden. Das Ziel in diesem Zusammenhang ist zu empirisch überprüfen, in der Fachwelt anerkannten, handlungsrelevanten Theorien zu gelangen.

Es gibt zwar, wie z.B. Röhrle (1999) betont, inzwischen eine Vielzahl von Modellen und Theorien zur Begründung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, und darunter befinden sich ohne Frage interessante Ansatzpunkte für Forschung und Praxis. Man muss jedoch gleichzeitig auch festhalten, dass der stichhaltige empirische Erfolgsnachweis für Maßnahmen, die auf diese Grundlagen aufbauen, – zumindest in Zusammenhang mit Primärprävention von Sucht und Substanzmissbrauch – bis heute keinesfalls so überzeugend gelungen ist, wie viele ExpertInnen implizieren. Vieles spricht dafür, dass in diesem Forschungsfeld eindeutige Erfolgsbelege, wie sie z.B. in der Pharmakologie und in der „evidence-based medicine“ durchwegs gefordert und teilweise auch realisiert werden, oft gar nicht möglich sind, und dass man aus dieser Erkenntnis Konsequenzen ziehen muss. Viele relevante und interessante Fragestellungen liegen nahe an bzw. jenseits der ontologischen, technischen und ökonomischen Forschungsgrenzen, und zahlreiche populäre Versuche diese Forschungshindernisse zu überwinden, können einer kritischen Analyse nicht standhalten (Uhl, 2002a).

In einem Forschungsfeld wie der Primärprävention, wo es nicht – oder zumindest noch nicht – möglich ist ein umfassendes, konsistentes und empirisch gut fundiertes Modell als Grundlage für präventive Handlungsstrategien zu entwerfen, ist es zweckmäßig existierende wissenschaftliche Befunde kritisch auf Stichhaltigkeit zu prüfen und diese wie Puzzlesteine zu einem Gesamtbild zusammenzufügen. Wenn man in diesem Sinne vorgeht wie KriminalistInnen, die einen komplexen Fall zu bearbeiten haben, ergeben sich naturgemäß laufend logische Widersprüche, Situationen also, die mehrere plausible Interpretationen zulassen und fehlende Puzzlesteine, die vorläufig durch Erfahrungswerte, Commonsense und Analogieschlüsse ergänzt werden müssen. Selbstredend, dass dieser beschriebene Prozess zeitaufwändig ist und viele Fragen offen lässt. Darin liegt jedoch die Möglichkeit sich langsam einem realitätstreueren Bild der Situation anzunähern und immer besser in der Lage zu sein adäquatere Handlungskonzepte formulieren zu können. Die einzelnen Forschungsschritte führen allerdings nur selten zu ganz eindeutigen Ergebnissen. Häufig erhält man vorerst statt Antworten nur neue Fragen, die mit weiteren hypothesengeleiteten Forschungsschritten aufgehellt werden müssen.

Diese Situation erzeugt sowohl für ForscherInnen als auch für PraktikerInnen, von de-

nen erwartet wird, dass ihr Handeln auf Forschungsergebnisse aufbaut – sie also auf „Neudeutsch“ ausgedrückt „evidence-based“ vorgehen – ein ziemliches Dilemma. AuftraggeberInnen für Forschungsprojekte gewähren in der Regel nur einen begrenzten Zeitrahmen und bieten nur von vorne herein festgelegte, begrenzte Mittel zur Beantwortung von wissenschaftlichen Fragen an, erwarten jedoch nach Projektabschluss durchwegs klare und eindeutige Aussagen und nicht weitere offene Fragen. Daraus folgt, dass, wer bei Projekteinreichungen unrealistische Machbarkeitserwartungen nährt ohne „nach Rechts und Links zu schauen“, den etablierten Forschungs-, Auswertungs- und Interpretations-Trampelpfad des „State of the Art“ folgt und es vermeidet sein Handeln kritisch zu hinterfragen, gegenüber jenen KollegInnen, die sich kritisch mit den methodologischen Grundlagen und begrenzten Möglichkeiten der empirischen Forschung quälen, einen enormen Wettbewerbsvorteil hat – zumindest solange sie/er nicht auf Widerstand bei den PraktikerInnen bzw. KollegInnen aus Evaluation und Forschung stößt, die wagen, Ergebnisse kritisch zu hinterfragen. Einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Wissens über Suchtprävention entgegen steht heute einerseits die allgemeine Forderung alles wissenschaftlich zu evaluieren ohne zu hinterfragen, ob das im konkreten Fall überhaupt inhaltlich sinnvoll und/oder realisierbar ist, und andererseits der Umstand, dass die für Evaluation bereit gestellten Mittel meist in einer Art und Weise begrenzt sind, dass echter Erkenntnisgewinn gar nicht möglich ist, also eine pathologisch anmutende Evaluationspraxis, die anderenorts (Uhl, 2000b) unter dem Begriff „*Evalopathie*“ beschrieben ist.

Derzeit ist die Chance für ForscherInnen im Feld der Prävention mit gravierenden Mängeln in ihren Forschungsansätzen durchzukommen allerdings recht gut. Ob Forschungsergebnisse und -interpretationen stichhaltig sind, spielt nach Abschluss des Projekts in der Regel kaum noch eine Rolle, weil auch bei offensichtlichen Fehlschlüssen sich nur selten fundierte und konsequente Kritik unter ForscherkollegInnen entwickelt. Wer selbst im Glashauss sitzt und sich dessen bewusst ist, vermeidet es mit Steinen zu werfen, und wer sich dieses Umstands nicht bewusst ist, kann insofern nicht gezielt mit Steinen werfen, als sie/er nicht weiß, wohin sie/er zielen könnte. In diesem Sinne befindet sich die empirische Forschung oft in einem *Spannungsfeld* zwischen „*zynischem Opportunismus*“ und „*bewusst gewählter Ignoranz*“ (Uhl, 2000a).

Um diese gewagten kritischen Töne in Bezug auf die Forschungspraxis zu untermauern folgen hier einige illustrative Beispiele:

Nehmen wir an, wir hätten ein sehr gutes Präventionsprogramm zur Verfügung, das Probleme in Zusammenhang mit illegalen Drogen in der Zielgruppe relativ zur Vergleichsgruppe um 20% verringern kann. Nehmen wir weiter an, dass unter durchschnittlichen Jugendlichen im Laufe von 10 Jahren rund 1% Probleme mit illegalen Drogen entwickelt. Nehmen wir weiter an, dass die Kontrollerhebung zur Messung des Programmeffekts ein Jahr nach der Intervention erfolgt und dass bei der Erfassung keine Mess-, Kodierungs- oder sonstige Fehler passieren. Gehen wir ferner von einem Signifikanzniveau von 5% aus und fordern wir, dass der Erfolg der Maßnahme mit 80% Wahrscheinlichkeit nachweisbar sein muss („statistische Macht“). Unter diesen Rahmenbedingungen errechnet sich ein minimaler Gesamtstichprobenumfang von 360.000 Versuchspersonen. Wenn wir den Erfolg des Programms mit höherer Wahrscheinlichkeit nachweisen möchten, oder wenn wir realistischerweise annehmen, dass man Drogenprobleme nicht völlig fehlerfrei erfassen

kann, dann benötigt man noch weit größere Stichprobenumfänge (Uhl, 2002a). Dass Stichprobenumfänge von mehreren 100.000 Personen in der Forschungspraxis kaum realisierbar sind, bedarf wohl keiner näheren Erörterung.

Ein realistischer Ausweg aus diesem Dilemma besteht darin, im Sinne der Sekundärprävention, auf Risikogruppen zu fokussieren, wo die zu erwartende Auftretensrate von Suchtproblemen im Zusammenhang mit illegalen Substanzen erheblich größer ist und sich Effekte daher mit viel geringerem Stichprobenumfang zufallskritisch absichern lassen. Auf die damit einhergehende Verschiebung des Schwerpunktes von Primärprävention hin zu Sekundärprävention wurde in Kap. 3 bereits hingewiesen. Es gibt aber auch viele Versuche das Problem zu umgehen, die aus methodologischen Gründen abzulehnen sind.

Eine beliebte Strategie, das Dilemma der *ungenügenden „statistischen Macht“* in methodologisch unzulässiger Weise zu umgehen ist es viele kleine Studien mit vielen unabhängigen Zielvariablen durchzuführen und auszuwerten. In diesem Fall aggregiert man in der Regel bloß irrelevante Zufallssignifikanzen (*„Fischen nach Signifikanzen“*) und, da ja bevorzugt signifikante Forschungsergebnisse publiziert werden, kann man auch noch auf den *„Publikations-Bias“* vertrauen, der bewirkt, dass in der veröffentlichten Literatur Effekte von Maßnahmen systematisch überschätzt werden.

Eine weitere zu kritisierende Strategie besteht darin Veränderungen von *„Surrogatvariablen“* zu erfassen, die in einem Zusammenhang zum *eigentlichen Zielkriterium* „problematischer Drogenkonsum“ stehen. Hier stehen wir vor dem Problem, dass *beliebte Surrogatvariablen* wie „Drogenabwehrhaltung“ oder „Probierkonsum“ sich aus logischen Gründen zur Erfassung des eigentlichen Zielkriteriums nicht eignen, in der Forschungspraxis aber sehr beliebt sind, weil sich in diesen Surrogatdimensionen oft statistisch gesicherte Veränderungen abzeichnen, die dann als gesicherte Erfolge bezüglich des eigentlichen Zielkriteriums (fehl)interpretiert werden können.

Gegen die Verwendung der Surrogatvariable „Drogenabwehrhaltung“ spricht der *Papageieffekt*, den wir in Kap. 3.1 bereits erläutert haben. Gegen die Verwendung der Surrogatvariable „Probierkonsum“ spricht das *„mäßiger Konsum – Problemkonsum – Paradoxon“* (Uhl, 2000c). Dieses Paradoxon folgt aus dem Umstand, dass in Subkulturen, in denen der Umgang mit der entsprechenden Substanz zum Alltag gehört (in unserer Gesellschaft z.B. Alkohol), sowohl völlige Abstinenz als auch exzessiver, die subkulturelle Norm sprengender Konsum als Problemindikator (*„erhöhte Vulnerabilität“*) zu interpretieren sind. Sollte man nun im Sinne erfolgreicher Gesundheitsförderung durch Empowerment eine deutliche Reduktion der Problembelastung von Individuen erzielen, so sollte das den Hypothesen entsprechend einerseits mit einer Reduktion des Problemkonsums und andererseits mit einer Zunahme des Experimentierkonsums sowie mäßigen Konsums einhergehen (Uhl, 2002a). Wer die Zunahme des mäßigen Konsums oder eine Abnahme des Probierkonsums als Hinweis für mehr Problemkonsum interpretiert, geht dieser relativ leicht nachvollziehbaren Paradoxie auf den Leim.

Eine weitere, bei näherer Analyse logisch schwer nachvollziehbare, für die Präventionsdiskussion aber nach wie vor sehr relevante Theorie ist die *„Einstiegsdrogentheorie“*. Hier wird aus dem Umstand, dass der Konsum von zwei funktional mehr oder weniger äquivalenten Substanzen korreliert, geschlossen, dass man den Konsum der einen Substanz

(meist Heroin oder Kokain) langfristig vermindern kann, indem man den Konsum der anderen (meist Nikotin, Alkohol und/oder Cannabis) entschieden bekämpft. Die Drogengeschichte lehrt uns aber genau das Gegenteil, nämlich dass Drogen, die plötzlich weniger verfügbar sind, langfristig durch andere substituiert werden. Verschiebungen von Kaffee zu Tee im asiatischen Raum im 17. und 18. Jhd. (vgl. Maritsch & Uhl, 1989) oder die gegenwärtige dramatische Zunahme des Stimulanzienkonsums in Australien in der Folge eines plötzlichen Heroinengpasses sind dafür recht eindrucksvolle Beispiele. Pointiert formuliert: Wenn Obstliebhaber gerne Äpfel und Birnen essen, kann man annehmen, dass der Apfel- und Birnenkonsum deutlich korreliert. Es wäre aber wohl widersinnig zu erwarten, dass ein hungriger Obstliebhaber, der zunächst eine Birne und einen Apfel vor sich zur Auswahl liegen hat, auch auf die Birne verzichtet, wenn man ihm den Apfel wegnimmt – im Gegenteil, die Chance, dass er zur Birne greift, steigt.

Es ist eine allgegenwärtige Erwartung in der Prävention, dass man späteren Problemkonsum verhindern kann, indem man den Einstieg möglichst weit hinaus schiebt. Geschlossen wird das meist aus dem Umstand, dass früher Einstieg mit späterem Problemkonsum nachgewiesenermaßen hoch korreliert. Diese Interpretation ist aber methodologisch deswegen unzulässig, weil der Zusammenhang im Wesentlichen über die Drittvariable „Problem Anfälligkeit“ der betreffenden Personen erklärbar ist. Es ist nämlich seit langem bekannt, dass Problemverhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen miteinander korrelieren (vgl. „Problem Behaviour Theory“ von Jessor & Jessor, 1983). „Früher Alkoholkonsum“ als Problemverhalten korreliert, wie immer wieder empirisch festgestellt wurde, mit einer Fülle von anderen Problemverhaltensweisen wie Aggressivität, frühzeitige Sexualität, Kriminalität, Suchtgefahr und vielem mehr. Wenn „früher Alkoholkonsum“ sich als Indikator für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für andere Problemverhaltensweisen eignet, so bedeutet das noch lange nicht, dass eine spontane oder durch Intervention verursachte Veränderung des Alkoholeinstiegsalters eine gleichsinnige Veränderung in den anderen Problemverhaltensweisen hervorrufen muss. Kausalität manifestiert sich zwar meist in Korrelationen, und Zusammenhänge können eine Grundlage sein um Kausalität zu vermuten, aber von einem Zusammenhang zwingend auf Kausalität zu schließen ist logisch unzulässig („*Cum Hoc Fehlschluss*“). Derzeit beginnen Jugendliche akzelerationsbedingt immer früher gleichwertig am Leben der Erwachsenen – und damit auch an deren Konsumgewohnheiten – teilzunehmen und gleichzeitig sinkt in Österreich und Deutschland der Alkoholkonsum sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch bei jungen Erwachsenen (Uhl, 2003; BZgA, 2001; Kraus et al., 2003). Würde der Zusammenhang zwischen frühem Einstieg und späterem Problemkonsum in der postulierten Form zutreffen, müsste der durchschnittliche Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen konsequent ansteigen, was aber ganz offensichtlich nicht der Fall ist. Es ist aus diesem Grunde durchaus angezeigt zu vermuten, dass man spätere Problemverhaltensweisen nicht dadurch verringern kann, dass man eines der *Symptome* mit Zwangsmaßnahmen oder anderen Interventionen verändert, sondern indem man bei den *eigentlichen Ursachen des Problems* ansetzt – so wie man eine fiebrige Infektion ja auch nicht bekämpfen kann, indem man die Körpertemperatur künstlich reduziert, sondern nur indem man die Abwehrkraft stärkt und/oder medikamentös gegen Keime ankämpft. Die Vorstellung, dass man in der Prävention vor allem den frühen Einstieg kompromisslos bekämpfen muss, lässt sich daher leicht als „*Early Onset Mythos*“ darstellen. Dass erfolgreiche Präventionsmaßnahmen in vielen Szenarien zu einem Anstieg des Einstiegsalters

führen, steht dennoch nicht im Widerspruch zum eben Gesagten – da dies an und für sich als erstrebenswertes Präventionsziel erachtet werden kann –, Ein Rückschluss auf zu erwartende Verringerung späteren Problemkonsums ist aber unzulässig. Es fällt offensichtlich selbst im Umgang mit Forschungsfragen erfahrenen Personen schwer sich der menschlichen Neigung zur Gleichsetzung von „Zusammenhängen“ mit „Ursachen“ zu entziehen.

Einer der gebräuchlichen *Indikatoren zur Erfolgsmessung* von Prävention in einer Gesellschaft ist die *Zahl der Drogenopfer*, wobei in vielen europäischen Ländern sowohl die direkten Drogenopfer (Überdosierungen und Unfälle) als auch die indirekten Drogenopfer (durch drogenbedingte Krankheiten) gezählt und interpretiert werden. Diese Interpretation geht aber an der dynamischen Natur des Phänomens völlig vorbei. Da Drogen nicht unsterblich machen, sterben alle Drogenabhängigen – wie auch alle anderen Menschen – früher oder später. Die Todesrate ist auch bei Drogenabhängigen langfristig immer 100%. Wenn nun präventionsbedingt die Neueinsteigsrate in den Drogenmissbrauch dramatisch abnimmt, und man die Zahl der direkten Drogenopfer durch geeignete medizinische und soziale Maßnahmen verringern kann, muss es infolge der natürlichen Alterung der Szene noch über Jahre hinaus zu einer steigenden Zahl an indirekten Drogenopfern kommen. Gelingt es die Zahl der Drogentoten durch eine optimale Drogenpolitik kurzfristig zu verringern, so erzeugt man einen „*Rückstau*“, der sich auch bei Beibehaltung der guten Politik in wenigen Jahren durch einen *überproportionalen Anstieg der Todesfälle* unter (ehemaligen) DrogenkonsumentInnen ausgleichen muss (Uhl, 2002c).

In diesem Kapitel wurden einige Mythen und Probleme in Zusammenhang mit Prävention und deren wissenschaftlicher Fundierung angesprochen, die deutlich machen sollten, dass die wissenschaftliche Forschung zur Prävention mit großen Problemen konfrontiert ist, die in der Praxis oft nicht überwunden, sondern häufig einer Pseudolösung zugeführt werden. Viele sogenannte „wissenschaftliche Erkenntnisse“ die Prävention betreffend sind keineswegs so hieb- und stichfest, wie uns deren AutorInnen glauben machen möchten.

5 Einige für die Suchtprävention relevante Theorien

Die Rahmenbedingungen, unter denen Prävention stattfindet, sind vielfältig, die Zusammenhänge komplex. Allgemeine Aussagen über Sinn und Unsinn bestimmter Strategien sind also nur unter Einbeziehung des Kontexts adäquat formulierbar. Die Frage „Funktioniert ein bestimmter Präventionsansatz?“ ist dann weder mit „Ja“ noch mit „Nein“, sondern lediglich mit „unter gewissen Bedingungen ja und unter anderen Bedingungen nein“ zu beantworten. Erfolgreiche, weil individuell abgestimmte Prävention setzt ätiologisches (ursachenspezifisches) Wissen über die Entstehung von Suchtproblemen, über Entwicklungsabläufe im Kindes- und Jugendalter, über die Möglichkeiten und Grenzen menschlicher Kommunikation und vieles mehr voraus. Die Idee, dass kurzfristig angelegte ProphylaktikerInnen erfolgreich sein können, indem sie mechanistisch standardisierte Präventionsprogramme anwenden ohne die hinter den Programmen stehenden Theorieannahmen inhaltlich nachvollziehen zu können, kann heute als gescheitert gelten. So stellten Berberian et al. (1976) anhand einer Literaturübersicht fest, dass die in US-Schulen angewandten Präventionsprogramme keinen nachweisbaren Einfluss auf das Verhalten der SchülerInnen hatten, Ennett et al. (1994) zeigten auf, dass das in den USA großräumig und über viele Jahre eingesetzte Präventionsprogramm DARE keine nachweislichen Erfolge erbrachte,

und Gorman (2002) belegte, dass die Erfolgsberichte über das in den USA populäre Botvin'sche „Life Skill Training Program (LST)“ methodologisch auf äußerst tönernen Füßen stehen. Auch der in Österreich über viele Jahre eingesetzte „Drogenkoffer“ erwies sich anlässlich einer umfassenden Evaluation (Uhl & Springer, 1997) als Misserfolg, und das in Deutschland eingesetzte Programm „Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten (ALF)“ wird sogar von den AutorInnen des Programms selbst (Kröger et al., 1999) recht negativ beurteilt.

Dass standardisierte Programme in Zusammenhang mit Suchtprävention kaum erfolgreich sein können, liegt an der Komplexität des Phänomens, gegen das sie eingesetzt werden. So ist mangelnde Intelligenz beispielsweise ein Risikofaktor für überforderte SchülerInnen, während überdurchschnittliche Intelligenz ein Risikofaktor für Menschen ist, die beruflich eine monotone Fließbandarbeit ausführen müssen. So ist Ängstlichkeit zwar ein Risikofaktor für Jugendliche die deswegen keinen Anschluss an Gleichaltrige finden, aber übertriebene Selbstsicherheit ist beispielsweise ein Risikofaktor für verwahrloste Jugendliche, die sich in Straßengangs organisieren und gesellschaftliche Normen konsequent ignorieren.

Über Kenntnisse in Bezug auf präventionsrelevante Theorien und Hypothesen zu verfügen ist folglich eine Grundvoraussetzung für adäquates und situationsangepasstes präventives Handeln. Im folgenden Kapitel werden einige in Zusammenhang mit Suchtprävention relevante, gut fundierte Theorien und Hypothesen abrisssartig dargestellt, wobei es sich im gegenständlichen Artikel angesichts der Fülle an Theorien nur um einen kleinen Ausschnitt handeln kann.

5.1 Theorie der nicht-linearen Systeme bzw. Instabilitätstheorien

Als Theorien der nicht-linearen Systeme bzw. Instabilitätstheorien bezeichnet man Theorien wie die „*Chaostheorie*“ (Steward, 1989), die „*Komplexitätstheorie*“ (Waldrop, 1994), die „*Katastrophentheorie*“ (Posten & Stewart, 1978) und viele mehr. Aus all diesen Theorien folgt, dass es in vielen Bereichen nicht möglich ist verlässliche Prognosen über die Auswirkungen von Interventionen zu machen. Ihnen allen gemeinsam ist, dass sie Erklärungen für Phänomene liefern, die man mit einfachen linearen Modellen nicht erklären kann, und dass sie den Blick für komplexe nicht-lineare Prozesse schärfen. Für die Suchtprävention bedeutet das, dass bewusst gesetzte Interventionen eine Reihe von Reaktionen generieren können („*Generativität*“, Uhl, 1997) können, die nicht vorhersehbar sind und den Ablauf des Geschehens nachhaltig determinieren können.

Auf die Sucht- und Drogenpräventionsproblematik bezogen ist z.B. denkbar, dass ein unbedeutender kurzer Vortrag einer Suchttherapeutin/eines Suchttherapeuten in einer Schulklasse, der üblicherweise begrenzt positive Effekte hat, vom Sohn eines Politikers falsch wiedergegeben wird und den empörten Vater veranlasst in einer Art und Weise politisch tätig zu werden, die sich in sucht- und drogenpräventiver Hinsicht massiv auswirkt. Die Effekte des Politikers können dabei sowohl produktiv sein und so die Effekte der ursprünglichen Intervention potenzieren, als auch kontraproduktiv und so die Effekte der ursprünglichen Intervention - im Sinne eines Bumerangeffektes - ins Gegenteil verkehren.

Generativität im eben definierten Sinne ist trotz kausalem Erklärungsmodell wie ein Zufallsprozess zu behandeln. Die durch Generativität verursachten Effekte stellen in Evaluationsstudien eine unter Umständen recht bedeutsame Fehlervarianzkomponente dar.

5.2 Theorien in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten

Der Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten ist recht komplex. Allgemein wird immer angenommen, dass die Einstellung das Verhalten determiniert, aber wer durch geänderte Lebensumstände – z.B. einen neuen Arbeitsplatz oder eine neue Beziehung – sich zu Verhaltensweisen genötigt fühlt, die seiner Einstellung nicht entsprechen, kann kognitive Konsonanz am ehesten dadurch herstellen, dass er seine Einstellungen an die geänderte Situation anpasst, und das ist häufig auch der Fall. Bei Jugendlichen, die sich in eine Richtung entwickeln, die den Eltern nicht gefällt, wird oft der Freundeskreis für die Veränderungen verantwortlich gemacht. Eine derartige Beeinflussung ist zwar durchaus anzunehmen, vielfach trifft aber auch das Gegenteil zu, nämlich dass sich Jugendliche jenen Peergruppen anschließen, mit denen sie einstellungsmäßig am besten korrespondieren.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen Einstellungen und problematischem Substanzkonsum ist empirisch aus verschiedenen Gründen besonders schwer zu untersuchen: ein Großteil des Substanzkonsums ist weder problematisch, noch nimmt er später einen problematischen Verlauf; Veränderungen von Einstellungen und Verhaltensweisen erfolgen für BeobachterInnen meist hinsichtlich der wechselseitigen Verursachung untrennbar parallel; es ist kaum möglich Einstellungen und Verhalten über viele Jahre regelmäßig und verlässlich zu erfassen; überdies ist die Möglichkeit eines experimentellen Forschungszugangs weitestgehend ausgeschlossen. – Es gibt allerdings einige Theorien über den Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten, die für die Suchtprävention von Bedeutung sind und die zumindest empirisch teilweise recht gut fundiert sind und inhaltlich plausible Heuristiken anbieten, die für die Analyse präventiver Strategien einen relevanten Stellenwert haben.

5.2.1 Modell gesundheitlicher Überzeugungen

Die Anfänge des Modells gesundheitlicher Überzeugungen („Health-Belief Model“) gehen auf Hochbaum (1958) zurück. Dem Modell entsprechend ist menschliches Handeln rational bestimmt, wobei das Gesundheitsverhalten durch die *subjektiv erlebte Bedrohung*, die von einer Erkrankung ausgeht (*subjektive Vulnerabilität*), und der *angenommenen Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen* bestimmt ist (Becker, 1981). Wer sich von einer Erkrankung bedroht fühlt und davon ausgeht in der Lage zu sein, gegen die Krankheit wirksam vorzubeugen oder sie erfolgreich behandeln zu können, wird eher geneigt sein sich präventiv zu verhalten. Auf diese Überzeugungen aufbauend erfolgt eine *Kosten-Nutzen-Abwägung* zwischen dem erwarteten Gesundheitsgewinn und dem dafür zu leistenden Aufwand. Eine gewisse Rolle spielen in dem Modell auch noch interne und externe Handlungsanreize sowie demographische und sozio-psychologische Variablen.

5.2.2 Theorie der Schutzmotivation

Die Theorie der Schutzmotivation („Protection Motivation Theory“, Maddux & Rogers, 1983) ist eine Weiterführung des Modells gesundheitlicher Überzeugungen. Die Dimension „subjektive Vulnerabilität“ wird in die beiden Dimensionen „angenommener Schweregrad einer Gesundheitsbedrohung“ und „erwartete Wahrscheinlichkeit des Auftretens“ bei einem selbst unterteilt. Die Dimension „angenommene Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen“ wird in „angenommene allgemeine Wirksamkeit von Gegenmaßnahmen“ und „Selbstwirksamkeitserwartung“, also die subjektiv angenommene Kompetenz zur Abwendung der Gefahr, unterteilt.

5.2.3 Theorie der Handlungsveranlassung

Die Theorie der Handlungsveranlassung („Theory of Reasoned Action“, Ajzen & Fishbein, 1980) geht davon aus, dass man Entscheidungen zu bestimmten Verhaltensweisen bewusst trifft und dass für die Art der Entscheidung primär zwei Faktoren wesentlich sind. Der erste Faktor ist, welche Verhaltenskonsequenzen erwartet werden und wie die betreffende Person diese Konsequenzen bewertet. Daraus resultiert die *Verhaltenseinstellung* („attitude toward behavior“). Der zweite Faktor ist die subjektive Einschätzung darüber, welches Verhalten Personen des Umfelds erwarten „subjektive Norm“¹³ („subjective norm“) und wie die betreffende Person zu den jeweiligen Personen des Umfelds steht. Die Verhaltenseinstellung und die subjektive Norm gemeinsam determinieren die *Verhaltensintention*, die dann relativ gut mit dem tatsächlichen Verhalten übereinstimmt.

5.3 Theorien zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzmissbrauch und Sucht

Aus Theorien, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung von Substanzmissbrauch und Sucht erklären, können Rückschlüsse auf mögliche Präventionsmaßnahmen gezogen und Teilgruppen von substanzmissbrauchenden und süchtigen Personen, die gesondert beforscht und behandelt werden müssen, identifiziert werden.

5.3.1 Die Gesundheitsförderungstheorie

„Gesundheitsförderung“ im Sinne der WHO zielt auf *Empowerment*, d.h. man unterstützt Individuen und Gruppen darin eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen, zu realisieren und zu befriedigen, und zwar dadurch, dass sie entweder in die Lage versetzt werden ihr Umfeld entsprechend zu verändern, oder sich bewusst den Gegebenheiten anzupassen mit dem Ziel, dass sie mehr Einfluss auf ihren Gesundheitszustand nehmen und

13) Der Ausdruck „subjektive Norm“ bedeutet das subjektive Urteil der betreffenden Person über die vorherrschenden Normen des Umfelds, wobei in der Regel nicht zwischen gängiger Verhaltensnorm („Wie verhält sich die Mehrheit?“) und gängiger Werthaltung („Was findet die Mehrheit, dass sein soll?“) unterschieden wird. In diesem Sinne ist auch der Begriff „Norm Setting“ (vgl. Fußnote 11) zu interpretieren.

Tendenzen zu selbstschädigendem Verhalten reduzieren können. Dies geschieht durch die Förderung von *Widerstandskraft* („Resilienz“¹⁴) bzw. die Verringerung von *Verletzlichkeit* („Vulnerabilität“), durch Förderung von *protektiven Faktoren* (wie *Lebenskompetenz*) und durch eine Verringerung von *Risikofaktoren* (z.B. eine hohe Jugendarbeitslosigkeit). Dass Vulnerabilität im oben beschriebenen Sinne die Wahrscheinlichkeit für selbstschädigendes und gesundheitsgefährdendes Verhalten erhöht, wird nicht nur durch Ergebnisse aus der Komorbiditätsforschung gestützt, sondern korrespondiert auch mit der klinischen Beobachtung, dass stark problembelastete Personen in stark erhöhtem Ausmaß zu Substanzmissbrauch und Sucht tendieren. Die zentrale Frage in diesem Zusammenhang ist also nicht, ob eine Erhöhung der Lebenskompetenz sich positiv auf das Suchtgefährdungspotential auswirkt, sondern wie man die Lebenskompetenz von Individuen – und damit deren Widerstandskraft – erfolgreich steigern kann.

5.3.2 Theorie des lebensüberdauernden antisozialen Verhaltens

Moffitt (1993) stellte fest, dass zwar ein Großteil der Jugendlichen in ihrer Adoleszenz *kriminelle Handlungen* (Ladendiebstähle, Vandalismusakte, Aggressionsdelikte, Drogendelikte etc.) setzt, dass allerdings die meisten dieser Jugendlichen diese Verhaltensweisen nach der Pubertät *spontan* wieder aufgeben und dass nur in rund 10% der Fälle – wo eine psycho-soziale Problematik eines Jugendlichen derart mit einer kriminogenen Umgebung interagiert – sich eine *überdauernde kriminelle Persönlichkeitsstruktur* entwickelt. Laut Moffitt sind Jugendliche, die Gleichaltrigen gegenüber einen körperlichen Reifungsvorsprung haben, hier besonders gefährdet. Moffitts Theorie korrespondiert recht gut mit der Gesundheitsförderungstheorie, in der eine erhöhte Gefährdung für spätere Problementwicklungen auf eine erhöhte psychische und soziale Vulnerabilität zurückführt wird.

Aus Moffitts Theorie lässt sich folgern, dass man bei dieser Risikogruppe rechtzeitig gezielte Maßnahmen zur Verringerung der relevanten Probleme setzen sollte, aber auch, dass man bei Jugendlichen, die im Rahmen der pubertären Entwicklungsphase vorübergehend ein deviantes Verhalten aufweisen, keinesfalls überreagieren sollte. Wer hier nach dem Motto „Wehret den Anfängen“ oder „Null-Toleranz“ sehr harte staatliche Maßnahmen fordert, erhöht die Problembelastung der Betroffenen und trägt so in paradoxer Weise dazu bei, dass längerfristig die Auftrittswahrscheinlichkeit gerade jener Verhaltensweisen zunimmt, die man eigentlich bekämpfen wollte.

5.3.3 Die Selbstbehandlungshypothese

Khantzian (1985), als einer der bekanntesten Vertreter der *Selbstbehandlungshypothese* der Substanzabhängigkeit, geht davon aus, dass ein großer Anteil süchtiger Personen zunächst (primär) an gravierenden psychischen und sozialen Problemen leidet und dass diese Personengruppe psychoaktive Substanzen in der Folge (sekundär) zur Behandlung bzw.

14) „Resilienz“ (Widerstandskraft) nennt man die Fähigkeit von Individuen oder Systemen (z.B. Familien) erfolgreich mit Problemsituationen (z.B. Belastungen, Misserfolgen, Katastrophen, traumatischen Erfahrungen usw.) umzugehen. Der Gegenbegriff zu „Resilienz“ ist „Vulnerabilität“ (Verletzlichkeit).

Problemlinderung/Symptombekämpfung einsetzt, was dann relativ rasch zu einer „sekundären Substanzabhängigkeit“ führen kann. Die Unterscheidung zwischen dieser eben beschriebenen „sekundären Substanzabhängigkeit“ und einer „primären Substanzabhängigkeit“, bei der psychische und soziale Probleme erst sekundär entstehen, also in Folge z.B. eines (sub)kulturell bedingten Substanzkonsums, der sich zu Missbrauch und Abhängigkeit entwickelt hat, ist von großer praktischer Bedeutung für Prävention und Behandlung. Bei Personen mit ernststen psychischen und sozialen Problemen ist es aus präventiver Sicht notwendig rechtzeitig geeignete psycho- und sozialtherapeutische Maßnahmen einzuleiten, damit es erst gar nicht zur Entwicklung einer sekundären Substanzabhängigkeit kommt. Wenn sich eine sekundäre Substanzabhängigkeit entwickelt hat, reicht es folglich auch nicht aus isoliert die Substanzabhängigkeit zu bekämpfen, sondern es ist unabdingbar notwendig gleichzeitig auch die der Abhängigkeit zugrunde liegende Komorbidität zu behandeln. Die inhaltliche Verwandtschaft zwischen der Gesundheitsförderungstheorie und der Selbstmedikationshypothese ist offensichtlich. Der zentrale Unterschied ist, dass die *Gesundheitsförderungstheorie* sich auf *nicht-pathologische Verhaltensdefizite* bezieht, während die *Selbstmedikationshypothese* auf eine *pathologische Ausprägung* fokussiert.

5.3.4 Die Konsumverteilungstheorie

Der Selbstmedikationshypothese fast diametral entgegen steht die *Konsumverteilungstheorie* (Single Distribution Theory) von Ledermann (1956), die später von Skog (1982) modifiziert und präzisiert wurde. Die Theorie wurde zwar explizit den Alkoholkonsum betreffend entwickelt, lässt sich aber durchaus auch auf anderen psychoaktiven Substanzkonsum übertragen. Die Konsumverteilungstheorie postuliert, dass die Alkoholkonsumverteilung innerhalb einer Bevölkerung einer bestimmten Verteilungsfunktion entspricht, weswegen man die Zahl der ProblemkonsumentInnen aus dem Durchschnittskonsum der Bevölkerung schätzen könne. Träfe diese Theorie zu, so könnte man den Problemkonsum in einer Gesellschaft nur reduzieren, indem man das gesamtgesellschaftliche Konsumniveau nach unten drückt. Jeder Versuch mit Maßnahmen speziell auf ProblemkonsumentInnen zu zielen wäre demnach zum Scheitern verurteilt. Während die *Selbstbehandlungshypothese* die Entstehung problematischer Substanzkonsummuster primär über Eigenschaften der MissbraucherInnen („Set“) erklärt, und einen *problemorientierten* Zugang nahe legt, fokussiert die *Konsumverteilungstheorie* auf die Eigenschaft von Umgebung („Setting“) sowie Substanz („Drug“) und legt einen *abstinenzorientierten* Zugang nahe.

Wie Single (1992) überzeugend ausführte, wurde die Konsumverteilungstheorie inzwischen von einer großen Anzahl von AutorInnen widerlegt, weswegen Single vom *Konsumverteilungsmuthos* im Sinne eines weitgehend widerlegten historischen Anachronismus spricht. Zu erwähnen bleibt, dass die Konsumverteilungstheorie sich in den traditionell abstinenzorientierten protestantischen Staaten noch immer großer Beliebtheit erfreut, während in den traditionell eher alkoholfreundlichen katholischen Ländern, die mäßigen Alkoholkonsum als integralen Teil ihrer Kultur betrachten, die Konsumverteilungstheorie besonders wenig Anklang findet.

5.3.5 Sensationensuchtheorie

Das für Jugendliche charakteristische *Neugierverhalten* hat insbesondere im Zusammenhang mit dem Ausprobieren verschiedener illegaler Substanzen Bedeutung, wobei der überwiegende Teil der aus diesem Grund konsumierenden Jugendlichen nach ein- oder mehrmaligem Experimentieren den Konsum wieder aufgibt (Seiffge-Krenke, 1994). Dieses natürliche Neugierverhalten ist zu unterscheiden vom *Sensationensuchen* („Sensation Seeking“, Zuckerman, 1979), worunter ein stabiles Bedürfnis nach neuen und ungewöhnlichen Reizen bei gleichzeitiger Bereitschaft, dafür soziale und physische Risiken in Kauf zu nehmen, verstanden wird. In der Suchtprävention übliche Strategien, die diesem Wunsch Jugendlicher nach „starken rauschhaften Erlebnissen“ entgegenkommen, sind an der Abenteuerpädagogik orientiert. Mit diesem Ansatz wird versucht Kindern und Jugendlichen interessante Möglichkeiten zu eröffnen auch ohne Substanzkonsum Abenteuer und Rausch zu erleben – was nicht immer ganz unbedenklich ist, weil beispielsweise von Extremsportarten ein weit größeres Risiko für Leben und Gesundheit ausgehen kann, als vom üblichen Umgang mit Rauschdrogen. Gleichgültig, ob Menschen ihre intensiven Erlebnisse im Extremsport, bei Abenteuerreisen oder mit Rauschdrogen suchen, wichtig ist, dass sie sich der jeweiligen Gefahren bewusst sind um möglichst in der Lage zu sein Gefahren für Leben und Zukunft zu minimieren. Hier setzt die Vermittlung von „*Risikokompetenz*“ an – ein Ansatz, den Koller et al. (2003) mit dem Kunstwort „*Risiflecting*“ als Präventionsstrategie eingeführt haben.

Clayton et al. (1995) stellten fest, dass der Zusammenhang zwischen „Sensationensuchen“ und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit bislang empirisch nicht nachgewiesen werden konnte. Das ist aber angesichts der üblichen empirischen Forschungsstrategien nicht wirklich verwunderlich. Man kann Personen, deren Motivation zum Substanzkonsum einem starken Bedürfnis nach neuen und ungewöhnlichen Reizen entspricht („*Sensationensucher*“), Personen, für die Substanzkonsum Ausdruck ihrer (sub)kulturellen Identität ist („*(sub)kulturell determinierte KonsumentInnen*“¹⁵), und Personen, die Substanzen zur Behandlung ihrer psychischen und sozialen Probleme einsetzen („*SelbstbehandlerInnen*“), nicht wie eine homogene Gruppe behandeln und erwarten, dass sich Zusammenhänge, die für ein relativ kleines Teilkollektiv gelten, in der heterogenen Gesamtgruppe abbilden. Bei „(sub)kulturell determinierten KonsumentInnen“ und „SelbstbehandlerInnen“ ist zu vermuten, dass das „Sensationensuchen“ nur durchschnittlich bis unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, weswegen man für die Gesamtgruppe sogar einen negativen Zusammenhang zwischen „Sensationensuchen“ und Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit erwarten könnte, ohne dass das gegen die „Sensationensuchtheorie“ sprechen würde.

15) Im Sinne der Unterteilung in „primäre Abhängige“ und „sekundäre Abhängigkeit“ sind Personen, die (sub)kulturell bedingt in stärkerem Umfang psychoaktive Substanzen konsumieren und dann von diesen abhängig werden, „primäre Süchtige“ und jene, die mit dem Substanzkonsum eine „Primärerkrankung bekämpfen“, „sekundäre Süchtige“.

5.4 Theorien, die mögliche Interaktionen zwischen ProphylaktikerInnen, Zielpersonen und Dritten erklären

5.4.1 Theorie des Modellernens

Nach Bandura (1962) versteht man unter „*Modellernen*“ eine Form des Lernens, die gleichbedeutend der klassischen Konditionierung nach Pawlow und der operanten Konditionierung nach Skinner ist. Bandura stellte fest, dass eine BeobachterIn durch *Empathie* und stellvertretendes klassisches Konditionieren *Einstellungen übernehmen* kann. Nimmt z.B. ein Vater wiederholt vor dem Kind einen verächtlichen Ausdruck bei der Aussprache eines bestimmten Wortes an, kann das Kind eine negative Einstellung gegenüber diesem Begriff annehmen, ohne dass diese Haltung argumentativ nachvollziehbar sein muss. Eine, in Bezug auf ein bestimmtes Objekt entstandene Einstellung bleibt nicht auf dieses beschränkt, sondern wird generalisiert, indem sie auf andere, ähnliche Objekte übertragen wird. Der Prozess orientiert sich dabei nicht an physischer, sondern an semantischer Ähnlichkeit.

Die Lehre aus dem Modellernen für die Erziehung kann man mit einem gängigen Aphorismus folgendermaßen ausdrücken: „Es hat keinen Sinn Kinder zu erziehen, sie machen uns ja doch alles nach!“ Aus diesem Grund ist es kaum möglich erfolgreich Haltungen zu vermitteln, von denen man selbst nicht überzeugt ist und/oder die man selbst nicht lebt. Wer z.B. als LehrerIn in einer Schulklasse die Gefahren des Alkohols als Nervengift sehr dramatisch darstellt und sich dann beim Schikurs am Abend vor den Augen der Kinder mit einem Glas „Nervengift“ labt, ist nicht authentisch und wird wahrscheinlich wenig Erfolg mit ihrer/seiner Botschaft haben. Weit sinnvoller und kongruenter für jemanden, der Alkohol nicht kategorisch ablehnt, ist es sich sachlich mit den Vor- und Nachteilen des Alkoholkonsums auseinanderzusetzen und dabei Strategien für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol zu formulieren – Strategien, zu denen sie/er dann auch selber stehen kann.

5.4.2 Dissonanztheorie

Die *Dissonanztheorie* besagt, dass Menschen versuchen *Widersprüche* zwischen ihren *Einstellungen, Beziehungserfahrungen und Verhaltensweisen* zu vermeiden, da der daraus resultierende Zustand *kognitiver Dissonanz* unangenehm erlebt wird. Ein besonders plakatives Beispiel für die Dissonanztheorie stammt von Festinger et al. (1956): Die Mitglieder einer UFO-Sekte in den USA veräußerten ihr Hab und Gut, weil sie den Weltuntergang erwarteten und ihnen versprochen worden war, dass sie als Auserwählte von einem UFO gerettet werden würden. Als sich die Prophezeiung nicht erfüllte, distanzierten Sie sich nicht etwa von der Sekte, sondern akzeptierten die Ad-hoc-Erklärung der Sektengründerin, dass ihr starker Glaube die ganze Welt gerettet habe, und sie begannen danach noch verstärkter zu missionieren. Je größere Anstrengungen wir für eine Erfahrung/ein Ereignis mit einem unserer bisherigen Überzeugung entgegenlaufenden Entwicklung/Ergebnis unternommen haben, um so größeres Rechtfertigungsbedürfnis entsteht in uns.

Die Dissonanztheorie hat große Bedeutung für jegliches präventives Handeln. Aus der

Dissonanztheorie kann man z.B. unmittelbar ableiten, dass es bei Einstellungskonflikten zwischen ProphylaktikerInnen (SenderIn) und den Zielpersonen (EmpfängerInnen) eher zu einer Verhärtung der Einstellungen bei den EmpfängerInnen kommt, wenn diese die SenderInnen negativ bewerten (Bumerangeffekt). Werden im Fall von Einstellungskonflikten die SenderInnen von den EmpfängerInnen positiv bewertet, so kann zweierlei passieren: Entweder die EmpfängerInnen nähern ihre Einstellungen jenen der SenderInnen an, oder sie beginnen die SenderInnen negativer zu beurteilen.

Wenn SuchtprophylaktikerInnen die Einstellungen und Verhaltensweisen ihrer Zielgruppe generell ablehnen und pointiert Extrempositionen vertreten, die ihnen zwar Beifall von Gleichgesinnten einbringen, von der Zielgruppe aber als offene Provokation erlebt werden, können auf diese Weise zwar ProphylaktikerInnen ihrem Ärger über die Zielgruppe Luft machen und so für sich selbst kognitive Konsonanz herstellen, es sollte ihnen aber bewusst sein, dass sie dabei bei der Zielgruppe das Gegenteil der eigentlichen Intention erzielen werden. SuchtprophylaktikerInnen hingegen, die Verständnis für ihre Zielpersonen aufbringen (*Akzeptanzorientiertheit*) und von diesen geschätzt werden, haben eine gute Basis um deren Neigung zu selbstschädigendem Verhalten zu reduzieren – sie geraten aber in Dissonanz mit jenen Personen in der Öffentlichkeit, die das Engagement für die Zielgruppe als Verrat an der Suchtpräventionsaufgabe interpretieren.

5.4.3 Reaktanztheorie

Die *Reaktanztheorie* (Brehm, 1966) besagt, dass eine drohende Einschränkung der Denkens- und Handlungsfreiheit Menschen dazu motiviert sich zu wehren und die bedrohte Überzeugung zu verteidigen oder auf der bedrohten Handlung zu bestehen. Eine Freiheits-einengung ruft primär dann Reaktanz hervor, wenn sie vom Individuum als ungerechtfertigt erlebt wird, z.B. wenn der/die EmpfängerIn die Botschaft als Manipulationsversuch, Verfälschung oder Übertreibung erlebt. Die Erfahrung der SuchtpräventionsexpertInnen über die letzten Jahrzehnte, dass Abschreckung, Manipulation durch einseitige Informationsauswahl und Moralisieren sich als unproduktiv bis kontraproduktiv erwiesen haben, korrespondiert gut mit der Reaktanztheorie.

5.4.4 Inokulationstheorie zur Stabilisierung von Einstellungen

McGuire (1964) Inokulationstheorie behauptet, dass Truismen (gesellschaftlich akzeptierte Einstellungen) leichter angreifbar sind, weil man nicht geübt ist, sie zu verteidigen. Truismen können resistent gemacht werden durch *Unterstützung* (Argumente werden bereitgestellt) und *Inokulation*¹⁶⁾ (Argumente gegen den Truismus werden bereitgestellt und sofort widerlegt = kognitive Impfung). Truismen werden inhaltlich übernommen, ohne dass man sich mit Argumenten zur Unterstützung der Inhalte auseinandersetzt. Auch wenn Inhalte zunächst argumentativ unterstützt werden, werden sie nach einiger Zeit vergessen, wenn man nie in eine Situation gebracht wird, die Inhalte argumentativ zu verteidigen.

16) kognitive Impfung

Um im Sinne der Inokulationstheorie Resistenz zu erzeugen ist es notwendig die Zielpersonen mit den *Argumenten der Gegenseite* zu konfrontieren und Gegenargumente zu liefern, was jede *vehemente Polemisierung* und *einseitige Indoktrinierung* von vorne herein ausschließt. Um im Sinne der Inokulationstheorie zielführend vorzugehen ist es notwendig mit den Zielpersonen auch die Argumente der Gegenseite sachlich-argumentativ auseinanderzusetzen, was natürlich nur geht, wenn man diese offen legt. Auch in diesem Zusammenhang ist zu bedenken, dass sehr moralisierende und übertriebene Inhalte leicht zu einem *Bumerangeffekt* im Sinne der *Reaktanztheorie* führen können und dass ein harter und kompromissloser Kommunikationsstil, der Zielpersonen mit anderen Auffassungen vor den Kopf stößt, einen *Bumerangeffekt* im Sinne der *Dissonanztheorie* begünstigt. Bei Kindern und Jugendlichen, die noch wenig Bezug zum Thema „Substanzkonsum“ haben, sollte man sich hier durch die bereitwillige Übernahme vorgegebener Argumentationsinhalte nicht beeindrucken lassen. Diese im Kap. 3.1 als *Papageieffekt* bezeichnete Übernahme von Meinungen und Argumenten als Worthülsen hat längerfristig kaum Bedeutung, da den betreffenden Personen die inhaltlichen Aussagen der Argumente oft von vorne herein nicht klar sind bzw. diese mangels persönlicher Betroffenheit rasch wieder vergessen werden.

6 Literatur

- Ajzen, I.; Fishbein, M. (1980): Understanding attitudes and predicting social behavior. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
- Bandura, A. (1962): Social Learning Through Imitation. In: John, M.R. (ed.): Nebraska Symposium on Motivation, University of Nebraska Press, Lincoln
- Becker, P. (1981): Prävention von Verhaltensstörungen und Förderung der psychischen Gesundheit. In: Wittling, W. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie, Band 2 – Psychotherapeutische Interventionsmethoden. Hoffmann & Campe, Hamburg
- Berberian, R.; Gross, C.; Lovejoy, J.; Paparella, S. (1976): The Effectiveness of Drug Education Programs - A Critical Review. Health Education Monographs, 4, 337-398
- BMSG (2001): Diagnosen-Schlüssel ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Band I: Systematisches Verzeichnis. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien
- Brehm, J.W. (1966): A theory of psychological reactance. Academic Press, New York
- BZgA (2001): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2001. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Caplan, G. (1964): Principles of Preventive Psychiatry. Basic books, New York

- Caspers-Merk, M. (2003): Drogen- und Suchtbericht 2003. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin
- Clayton, R.R.; Leukefeld, C.G.; Donohew, L.; Bardo, M.; Harrington, N.G. (1995): Risk and Protective Factors: A Brief Review. In: Leukefeld, C.G.; Clayton R.R. (eds.): Prevention Practice in Substance Abuse. The Haworth Press, 7-17
- Commission on Chronic Illness (1957): Chronic Illness in the United States. Vol. 1. Published for the Commonwealth Fund. MA: Harvard University Press, Cambridge
- Dadds, M.R. (2000): Potential for innovative prevention strategies. In: Teesson, M. M.; Byrnes, L.(eds.): National Drug Strategy and National Mental Health Strategy. National Comorbidity Project Commonwealth Department of Health and Aged Care Canberra, Australia
- Edwards, G. (Hrsg.) (1997): Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Enke, Stuttgart
- Ennett, S.T.; Tobler, N.S.; Ringwalt, C.L.; Flewelling, R.L. (1994): How Effective Is Drug Abuse Resistance Education? A Meta-Analysis of Project DARE Outcome Evaluations. Am.J.Public Health, 84, 9, 1394-1401
- Festinger, L.; Ricken, H.W.; Schachter, S. (1956): When Prophecy Fails. Harper, Minnesota
- Gordon, R. (1983): An Operational Classification of Disease Prevention. Public Health Report 98, 2, 107-109
- Gorman, D.M. (2002): The "Science" of Drug and Alcohol Prevention: The Case of the Randomized Trial of the Life Skills Training Program. The International Journal of Drug Policy, 13, 1, 21-26
- Hacker, P.; David, A.; Dressel, M. (1999): Wiener Drogenkonzept 1999. Magistrat der Stadt Wien, Wien
- Hafen, M. (2003): Was unterscheidet Prävention von Behandlung? abhängigkeiten 2, 21-33
- Hochbaum, G.M. (1958): Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. PHS publication no. 572. U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Jessor, R.; Jessor, S. (1983): Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In: Lettieri, D.J.; Welz, R. (Hrsg): Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen. Beltz, Weinheim
- Khantzian, E.J. (1985): The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. American Journal of Psychiatry, 142, 1259-1264
- Koller, G.; Baldemair, A.; Guzei, M.; Rettenwander, A.; Strieder, C.; Willfahrt, J. (2003): Risikofaktoren, Grundlagen, Statements und Modelle zur Rausch- und Risikopä-

dagogik – Ein Studien- und Lesebuch. Akzente Suchtprävention, Salzburg

- Kraus, L.; Augustin, R.; Töppich, J. (2003): Alkoholkonsumtrends bei Jugendlichen und Erwachsenen. In: DHS: Jahrbuch Sucht 2003. Neuland, Geesthacht
- Kriener, H.; Schmid, R.; Smekal, G. (1999): Bericht zum wissenschaftlichen Pilot-Projekt ChEckiT! mit Daten und Erfahrungen aus den Jahren 1997 und 1998. Verein Wiener Sozialprojekte, Bericht 97/98, Wien
- Kröger, C.; Reese, A.; Walden, K.; Kutza, R. (1999): Prävention des Substanzmissbrauch an Schulen durch das Lebenskompetenzprogramm ALF. IFT-Bericht Bd. 108, München
- Ledermann, S. (1956): Alcool, alcoolisme, alcoolisation, Vol.1. Connees scientifiques de caractere physiologique, economique et social. Institute National d'Etudes Demographique, Travaus et Documents, Cah. No. 29. Presses Universitaires de France, Paris
- Maddux, J.E.; Rogers, R.W. (1983): Protection motivation theory and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-479
- Maritsch, F.; Uhl, A. (1989): Kaffee und Tee. In: Scheerer, S.; Vogt, I.: Drogen und Drogenpolitik. Campus, Frankfurt
- McGuire, W. (1964): Inducing resistance to persuasion: Some contemporary approaches. In: Berkowitz, L. (ed.): *Advances in experimental social psychology*. Vol. 1, 191-229. Academic Press, New York
- Moffitt, T.E. (1993): Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Development Taxonomy. *Psychological Review*, 100, 4, 674-701
- NIDA (1997a): Preventing Drug Use Among Children and Adolescents A Research Based Guide. National Institute on Drug Abuse. Rockville, MD
- NIDA (1997b): Drug Abuse Prevention: What Works. NIH Publication, No. 97-4110, Rockville, MD
- Popper, K.R. (1976): Logik der Forschung, sechste verbesserte Auflage. J.C.B. Mohr, Tübingen
- Posten, T.; Stewart, I. (1978): Catastrophe Theory and it's Applications. Dover Publications, New York
- Röhrle, B.; Sommer, G. (Hrsg.) (1999): Prävention und Gesundheitsförderung. DGVT, Tübingen
- Schweizer Bundesrat (2001): Botschaft zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft. Bern
- Seiffge-Krenke, I. (1994): Gesundheitspsychologie des Jugendalters. Hogrefe, Göttingen

- Single, E. (1992): The Myth of the Single Distribution. Guest lecture presented at Simon Fraser University, Surrey, Canada
- Skog, O.J. (1982): The distribution of alcohol consumption. Part1: A critical discussion of the Ledermann model. SIFA mimeograph No. 64, 67, National Institute for Alcohol Research, Oslo
- Steward, I. (1989): Does God Play Dice? The Mathematics of Chaos. Penguin, London
- Strasser, T. (1978): Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisciplinary Science Review*, 3, 225-230
- Uhl, A. (1997): Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20, 3/4, 93-109
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (1998): Evaluation of Primary Prevention in the Field of Illicit Drugs: Definitions - Concepts - Problems. In: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): *Evaluation Research in Regard to Primary Prevention of Drug Abuse. A COST-A6 Publication. European Commission Social Sciences, Brussels*
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2000a): The Limits of Evaluation. In: Neaman, R.; Nilson, M.; Solberg, U.: *Evaluation - A Key Tool for Improving Drug Prevention. EMCDDA Scientific Monograph Series, No 5, Lisbon*
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2000b): Evaluation vs. Evalopathy: Support for Practical Improvement vs. Irrational Nuisance. in : Abstracts of the 3rd Nordic Health Promotion Research Conference, Tampere, 6-9 September, 2000. University of Tampere, Tampere
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2000c): 'Non-Problematic Use' - 'Problematic Use': A Paradox. In: Springer, A.; Uhl, A. (eds.): *Illicit Drugs: Patterns of Use - Patterns of Response. Proceedings of the 10th Annual ESSD Conference on Drug Use and Drug Policy in Europe. Studienverlag, Innsbruck*
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2002a): Schutzfaktoren und Risikofaktoren in der Suchtprophylaxe. In: Röhrle, B. (Hrsg): *Prävention und Gesundheitsförderung Bd.II. DGVT, Tübingen*
- Uhl, A. (2002b): Medien und Suchtprophylaxe. *MEDIENIMPULSE*, 10, 39
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2002c): Todesfälle durch Substanzkonsum: Wie sinnvoll ist dieses Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 25, 1/2, 23-32
(www.api.or.at/lbi/download.htm)
- Uhl, A. (2003): Jugend und Alkohol – mit besonderer Berücksichtigung des rauschhaften

Trinkens. praev.doc, 1, 3-10
(www.api.or.at/lbi/download.htm)

Uhl, A.; Springer, A. (1997): 5 Jahre "Drogenkoffer" Eine Evaluation der Situation in Wien. Forschungsbericht des LBISucht, Wien

Uhl, A.; Springer, A. (2002): Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien
(www.api.or.at/lbi/download.htm)

Waldrop, M.M. (1994): Complexity - The Emerging Science at the Edge of Order and Chaos. Penguin, London

WHO (1986): Ottawa Charta. WHO, Geneva

Windler, E. (2001): Lipidtherapie. Prävention arteriosklerotischer Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Internist, 42, 92-110

Zinberg, N.E. (1984): Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University Press, New Haven

Zuckerman, M. (1979): Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal. Erlbaum, Hillsdale