

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

atf | alkoholismus
therapieforschung
schweiz

Einladung zur 13. atf-Fachtagung

Donnerstag, 15. November 2018

**Sucht und Familie
– eine
transgenerationale
Dauerschleife?**

**mitgefangen
mitgetragen?**

Michael Klein, Köln

südhang



forel
Mik

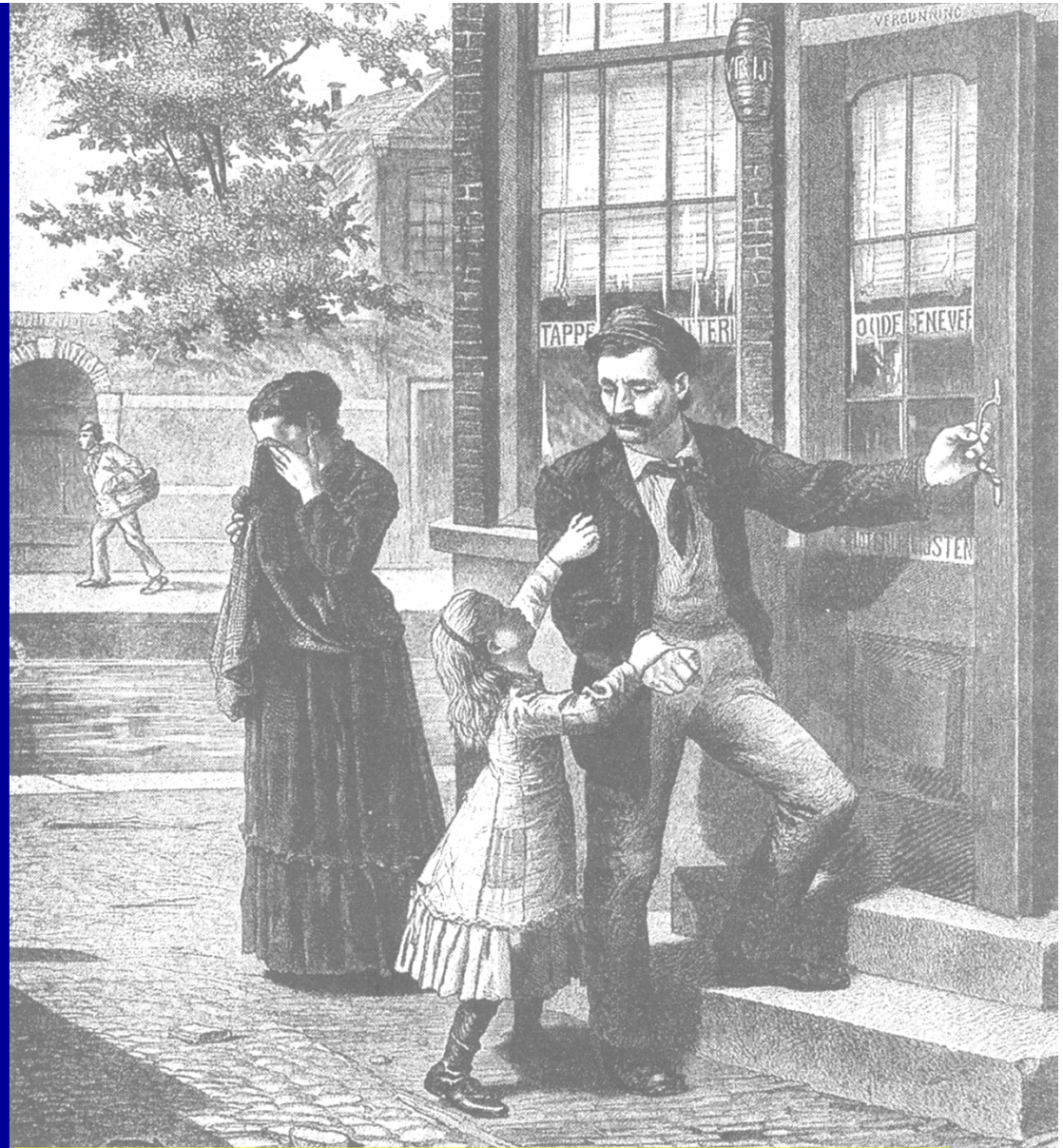
Familie und Sucht – Eine transgenerationale Dauerschleife?

1. Einführung, Definitionen, Überblick

Vorbemerkung:

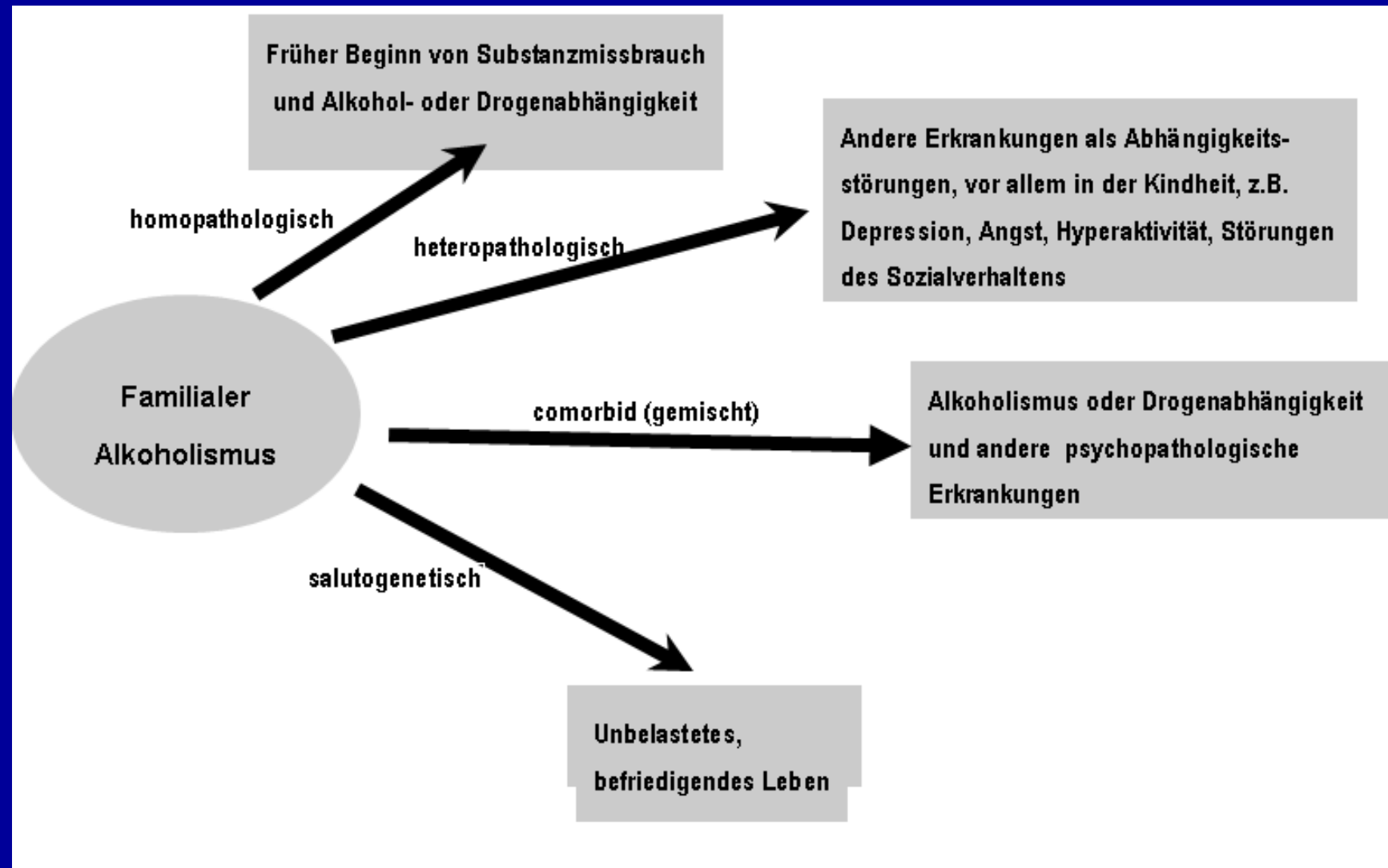
Suchtstörungen gehören zu den wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen. Bei Männern sind Suchtstörungen mit bis zu 24% Lebenszeitprävalenz (Zucker et al., 2006) die häufigste einzelne psychische Störung – Die Frage nach ihren Auswirkungen auf die Familie, insbesondere Kinder, sollte Regel und nicht Ausnahme sein.

„Addiction runs in Families“ → und erzeugt Parentifizierung, Familienkonflikte, Beschämung → „Die Generationengrenzen sind alkohollöslich“



**Mäßigkeitsbewegung,
Amsterdam, ca. 1880**

Wege der Transmission von Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen in Familien



(nach Klein & Zobel, 1999; Klein, 2008; Klein et al., 2013)

Direkte und indirekte Effekte substanzbezogener Störungen können Kinder betreffen



Direkte (substanzbezogene) Effekte

- Behinderungen und Retardierung durch FAS(D) und pränatale Drogeneffekte
- Neonatales Abstinenzsyndrom
- Retardierung durch andere Substanzwirkungen (z.B. Tabakrauchen)
- Schädigung durch Drogen- und Alkoholvergiftungen in Kindheit und Jugend

Indirekte (psychosoziale) Effekte

- Familiäre Gewalt
- **Unfälle, Verletzungen**
- Broken home
- Vernachlässigung, Misshandlung, Missbrauch
- Soziale Isolation, sozialer Abstieg
- Familiäre Disharmonie
- Partnerprobleme
- Negative Familienatmosphäre
- Zahlreiche negative (kritische) Lebensereignisse
- Leistungsprobleme in der Schule

Was einem Kind eines alkohol- und drogenabhängigen Elternteils passieren kann?

- (1) **Direkte** Folgen des elterlichen Drogenkonsums: Pränatale Schädigung (FAS, FASD), Drogennotfall eines Elternteils, Unfälle/Vergiftungen des Kindes
- (2) **Indirekte** Folgen des Drogenkonsums auf das elterliche Verhalten: Suizidalität, Sedierung, Unberechenbarkeit, Unzuverlässigkeit, Unerreichbarkeit, Kindesvernachlässigung, Gewalt, Traumatisierung, Instabilität etc.
- (3) **Folgen für die Familie:** Verarmung, Marginalisierung, Stigmatisierung, Exklusion

Relative Wahrscheinlichkeiten (OR) für Alkoholabhängigkeit bei Töchtern und Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen → Homopathologische Risiken

Elterliche Probleme mit Alkohol	Männliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit	Weibliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit
Nur Vater	2.01 **	8.69 ***
Nur Mutter	3.29 ***	15.94 ***
Beide Elternteile	18.77 ***	28.00 ***

** : p<.01; *** : p<.001.

aus: Lachner & Wittchen (1997, 69).

Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien [Lachner & Wittchen, 1997]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche (N = 3021)	Odds ratio
Nur Vater	Drogenabhängigkeit	4.13
Nur Mutter		7.79
Beide		16.68
Nur Vater	Essstörung	2.12
Nur Mutter		2.95
Beide		2.87

Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien [Lachner & Wittchen, 1997]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche	Odds ratio
Nur Vater	Phobische Störung	1.79
Nur Mutter		2.38
Beide		4.12
Nur Vater	Generalisierte Angststörung	3.13
Nur Mutter		4.56
Beide		6.58
Nur Vater	Posttraumatische Belastungsstörung	5.53
Nur Mutter		5.15
Beide		14.77

Ausgangslage und Fakten

In Deutschland leben:

ca. 2.65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist (Lachner & Wittchen, 1997; Klein, 2005)

ca. 50.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil

d.h.: es geht insgesamt nicht um eine gesellschaftliche kleine Randgruppe, sondern um eine substantielle Gruppe von Kindern, die ein deutlich erhöhtes negatives Entwicklungsrisiko aufweisen. Die gesunde Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern ist ein prioritäres Public-Health-Thema.

Dennoch hat das Problem transgenerationaler Risiken und mehrgenerationaler Effekte bislang wenig Aufmerksamkeit erhalten.

Größte Risikogruppe

Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung eigener Suchtstörungen, insbes. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Verhaltenssüchte (Sher, 1991, 1998; Lieb, 2006; Klein, 2008)

(= suchtspezifische Auswirkungen)

Für alle anderen psychischen Störungen (z.B. Ängste, Depressionen, Schizophrenien, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen) weisen sie ebenfalls erhöhte Risiken auf

(= Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern) (Lieb, 2006; Lachner & Wittchen, 1998)

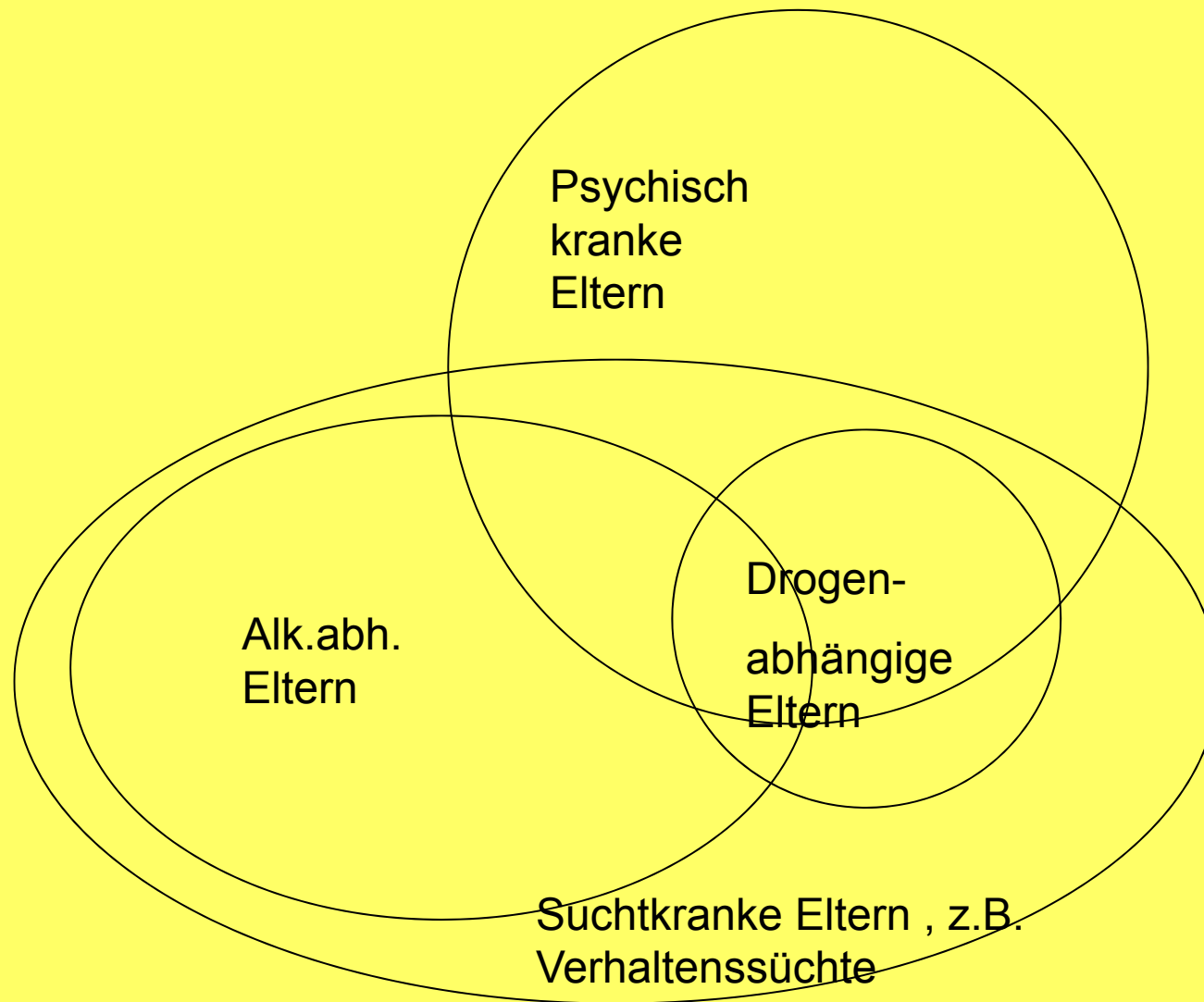
Prävalenzen

- **Von den Kindern alkoholabhängiger Eltern entwickeln ca. 33% bis 40% selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung (Sher, 1991; Windle & Searles, 1990; Klein, 2005; Zobel, 2006)**
- **Ein Drittel (teilweise überlappend mit dem erstgenannten Drittel) zeigt psychische Störungen (z.B. Ängste, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen)**

Familie und Sucht – Eine transgenerationale Dauerschleife?

2. Transmission – Risiken erkennen und verändern

Kinder aus psychisch dysfunktionalen Familien



Elterliche Verhaltensstressoren für die (psychische) Gesundheit von Kindern in Familien: Risikotrias



Konstellationen in dysfunktionalen Familien

Suchtstörungen in Familien treten meist in Kombination mit anderen Stressoren und Belastungsfaktoren auf. Diese bilden für die betroffenen Kinder „widrige Kindheitserfahrungen“ („adverse childhood effects“; ACE)

Konstellationen in dysfunktionalen Familien

Die wichtigsten 9 ACEs sind:

- (1) Emotionaler Missbrauch**
- (2) Körperliche Misshandlung**
- (3) Sexueller Missbrauch**
- (4) Emotionale Vernachlässigung**
- (5) Körperlicher Vernachlässigung**
- (6) Geschlagene Mutter**
- (7) Elterliche Komorbidität**
- (8) Elterliche Trennung und Scheidung**
- (9) Elternteil im Strafvollzug**

Kategorien widriger Kindheitserfahrungen I

(adverse childhood experiences; ACE; Dube et al., 2001)

Kategorie widriger Kindheitserfahrungen	Elterlicher Alkoholmissbrauch	Töchter %	Odds Ratio	Söhne %	Odds Ratio
Emotionaler Missbrauch	Kein Elternteil	9.0	1.0	5.9	1.0
	Nur Vater	20.2	2.3	14.7	2.5
	Nur Mutter	21.9	2.4	11.4	1.8
	Beide Elternteile	30.5	3.7	21.6	3.9
Körperliche Misshandlung	Kein Elternteil	20.8	1.0	24.7	1.0
	Nur Vater	35.3	1.9	38.6	1.8
	Nur Mutter	43.8	2.6	43.0	2.1
	Beide Elternteile	49.1	3.3	52.2	3.1
Sexueller Missbrauch	Kein Elternteil	20.2	1.0	15.8	1.0
	Nur Vater	35.1	2.0	21.7	1.5
	Nur Mutter	35.1	1.8	29.1	2.2
	Beide Elternteile	47.5	3.1	19.8	1.3

Kategorien widriger Kindheitserfahrungen I

(adverse childhood experiences; ACE; Dube et al., 2001)

Kategorie widriger Kindheitserfahrungen	Elterlicher Alkoholmissbrauch	Töchter %	Odds Ratio	Söhne %	Odds Ratio
Emotionaler Missbrauch	Kein Elternteil	9.0	1.0	5.9	1.0
	Nur Vater	20.2	2.3	14.7	2.5
	Nur Mutter	21.9	2.4	11.4	1.8
	Beide Elternteile	30.5	3.7	21.6	3.9
Körperliche Misshandlung	Kein Elternteil	20.8	1.0	24.7	1.0
	Nur Vater	35.3	1.9	38.6	1.8
	Nur Mutter	43.8	2.6	43.0	2.1
	Beide Elternteile	49.1	3.3	52.2	3.1
Sexueller Missbrauch	Kein Elternteil	20.2	1.0	15.8	1.0
	Nur Vater	35.1	2.0	21.7	1.5
	Nur Mutter	35.1	1.8	29.1	2.2
	Beide Elternteile	47.5	3.1	19.8	1.3

Kategorien widriger Kindheitserfahrungen II

(adverse childhood experiences; ACE)

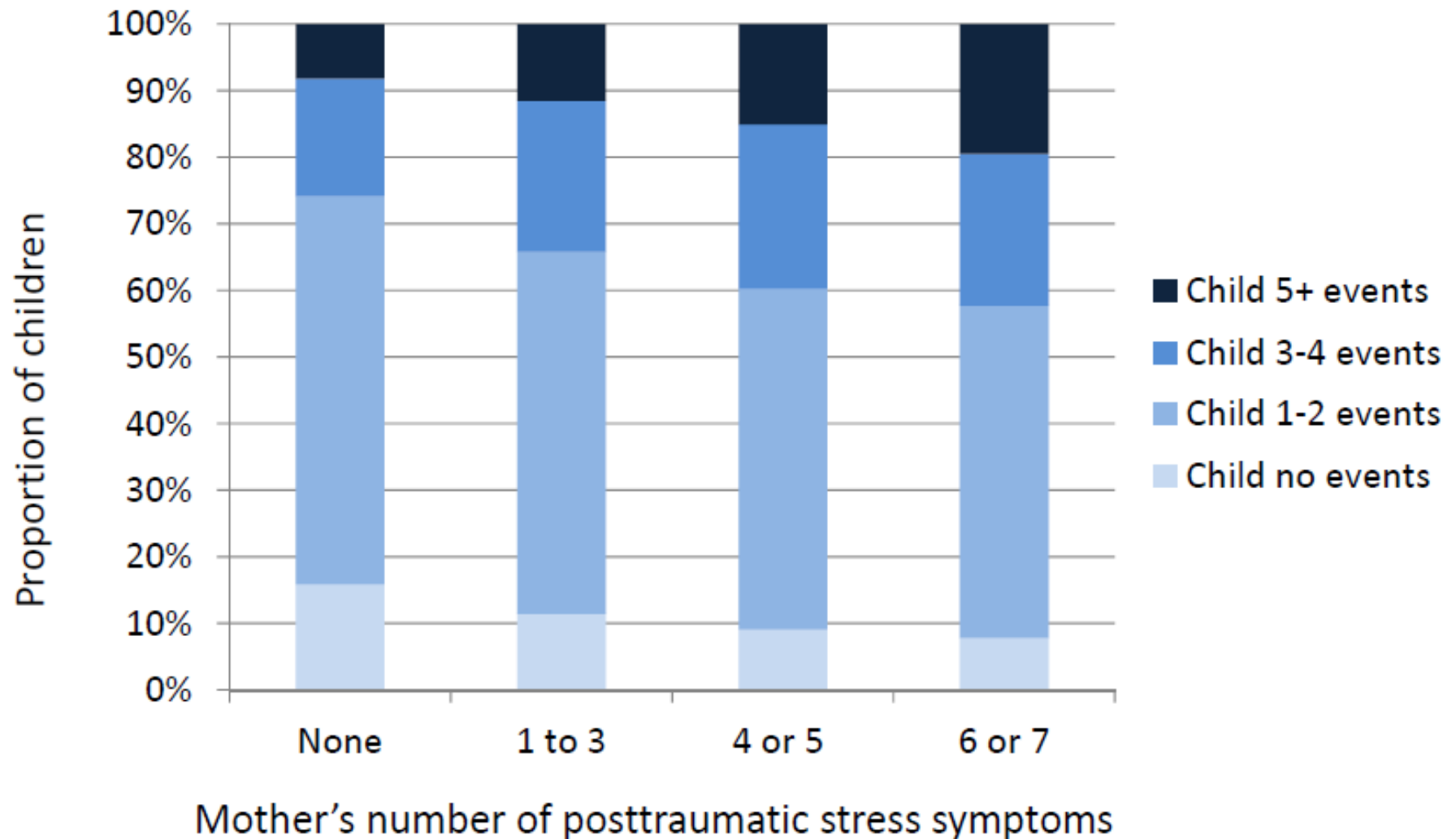
Kategorie widriger Kindheitserfahrungen	Elterlicher Alkoholmissbrauch	Töchter %	Odds Ratio	Söhne %	Odds Ratio
Emotionale Vernachlässigung	Kein Elternteil	13.2	1.0	10.0	1.0
	Nur Vater	25.6	2.1	19.0	2.0
	Nur Mutter	25.4	2.0	32.9	4.4
	Beide Elternteile	39.0	3.7	34.2	4.6
Körperliche Vernachlässigung	Kein Elternteil	6.6	1.0	8.5	1.0
	Nur Vater	14.7	2.4	17.9	2.5
	Nur Mutter	20.2	3.9	21.5	3.7
	Beide Elternteile	27.7	6.0	28.8	5.8
Geschlagene Mutter	Kein Elternteil	7.6	1.0	7.2	1.0
	Nur Vater	31.2	5.2	29.7	5.3
	Nur Mutter	29.8	5.0	29.1	5.4
	Beide Elternteile	45.2	9.8	46.8	12.7

Kategorien widriger Kindheitserfahrungen III

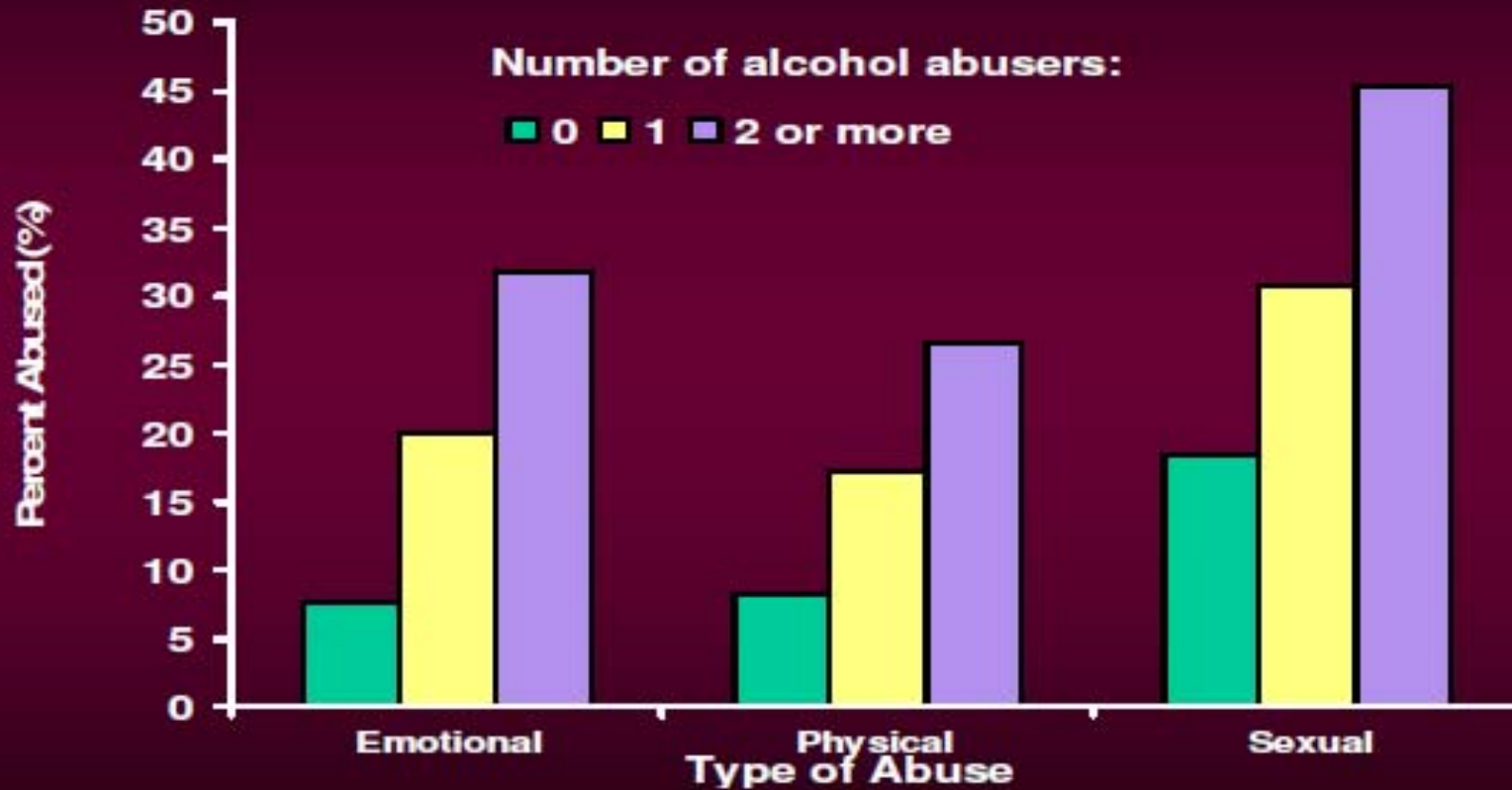
(adverse childhood experiences; ACE)

Kategorie widriger Kindheitserfahrungen	Elterlicher Alkoholmissbrauch	Töchter %	Odds Ratio	Söhne %	Odds Ratio
Psychische Krankheit im elterlichen Haushalt	Kein Elternteil	20.8	1.0	11.5	1.0
	Nur Vater	34.5	1.9	20.2	1.8
	Nur Mutter	55.3	4.0	40.5	4.7
	Beide Elternteile	50.3	3.2	45.9	5.8
Elterliche Trennung oder Scheidung	Kein Elternteil	19.7	1.0	19.0	1.0
	Nur Vater	39.6	2.4	33.0	2.0
	Nur Mutter	53.5	4.0	50.6	4.1
	Beide Elternteile	53.7	4.0	49.5	4.0
Haushaltsmitglied im Strafvollzug	Kein Elternteil	5.4	1.0	3.9	1.0
	Nur Vater	10.8	1.9	8.9	2.1
	Nur Mutter	9.6	1.9	11.4	3.0
	Beide Elternteile	13.5	2.8	9.9	2.7

Children of mothers with PTSD are exposed to more traumatic events themselves



Alcohol Abuse in the Home and the Risk of Childhood Abuse



Anda (2007)

Transgenerationale Mechanismen

„Es wird angenommen, dass ... die Gesundheit der Kinder am stärksten gefährdet ist, wenn Eltern an Persönlichkeitsstörungen leiden, und die Beeinträchtigungen der Kinder größer sind, wenn Eltern komorbide Störungen aufweisen“ (Wiegand-Grefe, Geers, Petermann & Plass, 2010, 211).

Wieso schädigen psychische Störungen in der Familie die aufwachsenden Kinder?

1. Eine Schädigung der Kinder ist nicht zwingend.
2. Sie tritt aber deutlich häufiger auf als in anderen Familien.
3. Ihr Auftreten hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, u.a. dem erlebten psychischen Stress, der Intensität und Dauer der elterlichen psychischen Störung, dem Alter des Kindes, **der elterlichen Komorbidität**, seinen Resilienzen (Widerstandskräften) uvm. → Chancen für Prävention und Behandlung
4. Als Trigger der Transmission gelten biopsychosoziale Faktoren.

→ **Transmission als Risiko (= Vulnerabilität), aber nicht als Schicksal**

Hauptsymptome alkoholbelasteter Familien: Stress, Parentifizierung und Volatilität

Im Einzelnen:

- Stabilität der Instabilität
- Unberechenbares Verhalten des Suchtkranken wird durch übermäßige Verantwortungsübernahme der Partnerin kompensiert. In der Summe herrscht meist lange Homöostase
- Kontrollzwang, Kontrollskalation, Kontrollverlust
- Übermäßige Frequenz emotionaler, physischer und sexueller Gewalt
- Chronisch belastete Atmosphäre („schleichendes Gift“)
- Verlusterlebnisse, Diskontinuitäten, Brüche

In einer suchtbelasteten Familie oder Partnerschaft zu leben, bedeutet vor allem psychischen Stress: Alltags- und Dauerstress. Es entstehen oft dysfunktionale Copingmuster.

Formen des Familienstress (Schneewind, 1991, 2006):

(I) dysfunktional

(1) Duldungsstress („Ich kann dem Druck und Stress nicht ausweichen, halte ihn aber nicht aus“)

(2) Katastrophenstress („Ich weiß nie, was passieren wird. Das macht mir so viel Angst, dass ich andauernd daran denken muss“)

(II) funktional

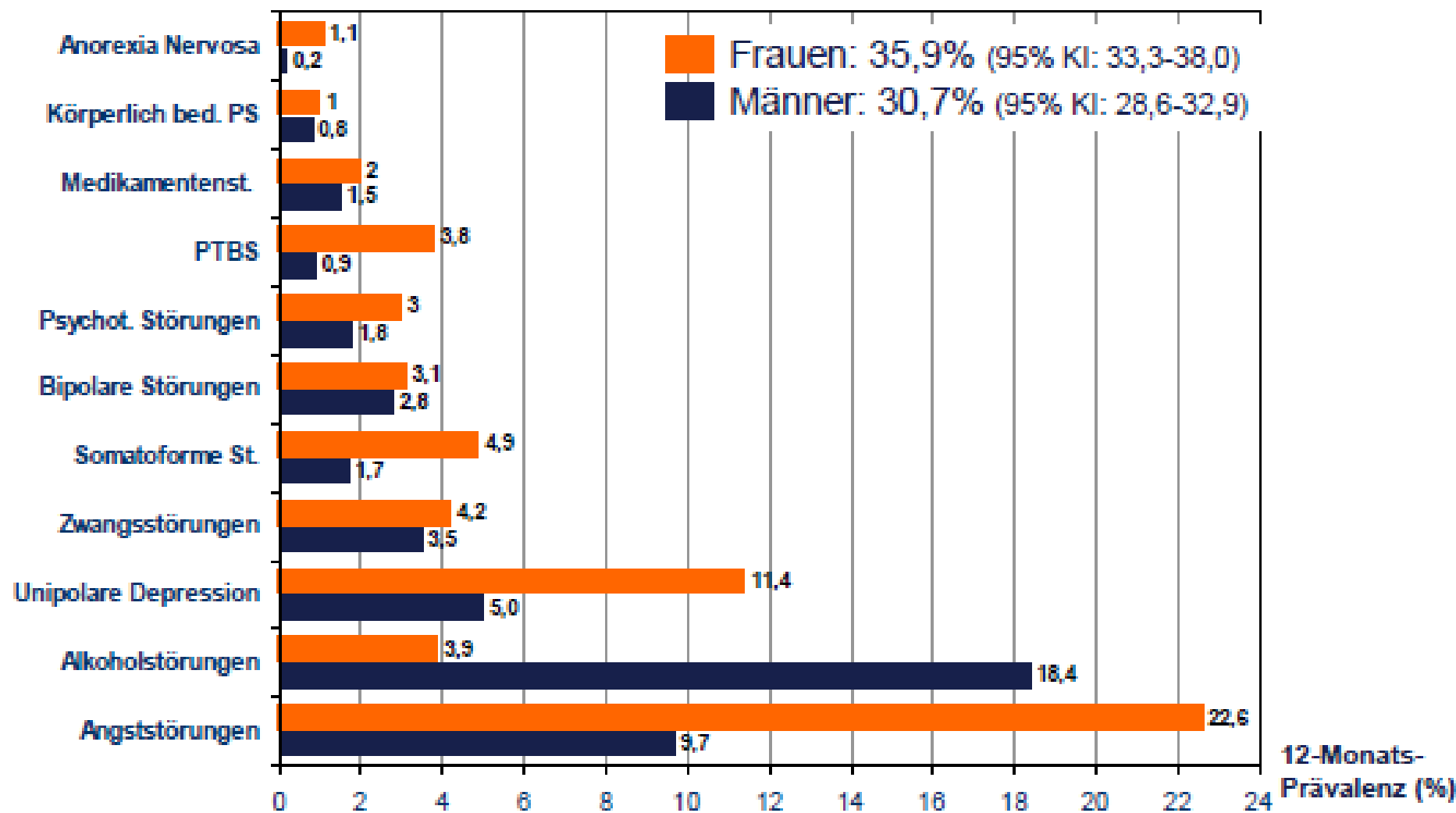
(3) Bewältigungsstress („Auch wenn es schwer ist, ich werde es schaffen und überleben“)

Was beeinflusst das Transmissionsrisiko (erhöhend, abschwächend)? Wie entsteht biopsychosoziale Heredität? (Cleaver et al., 2011; Hussong, 2008; Klein, 2008; Zobel, 2015)

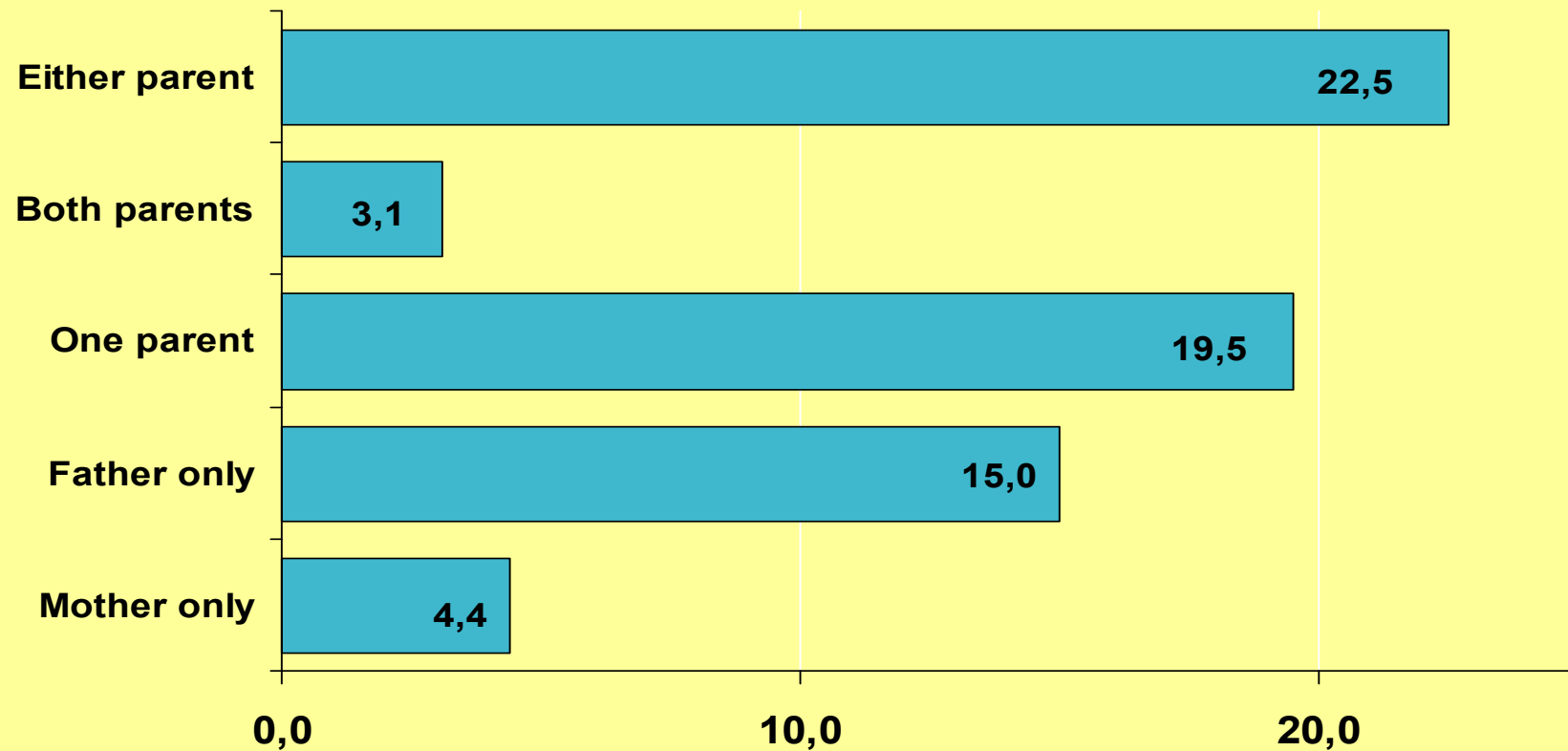
- (1) Dauer und Intensität der Exposition
- (2) Schwere der elterlichen psychischen Störung
- (3) Genetisches Risiko (Vulnerabilität; Reagibilität)
- (4) Alter des Kindes
- (5) Stressbewältigungskompetenzen/Resilienzen
- (6) Kranke/gesunde Modellpersonen (vor allem Verwandte) im Umfeld
- (7) Intermittierende Lebensereignisse
- (8) Mangel an elterlicher Kompetenz (z.B. Einfühlsamkeit, Wärme, sichere Bindung)



Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen

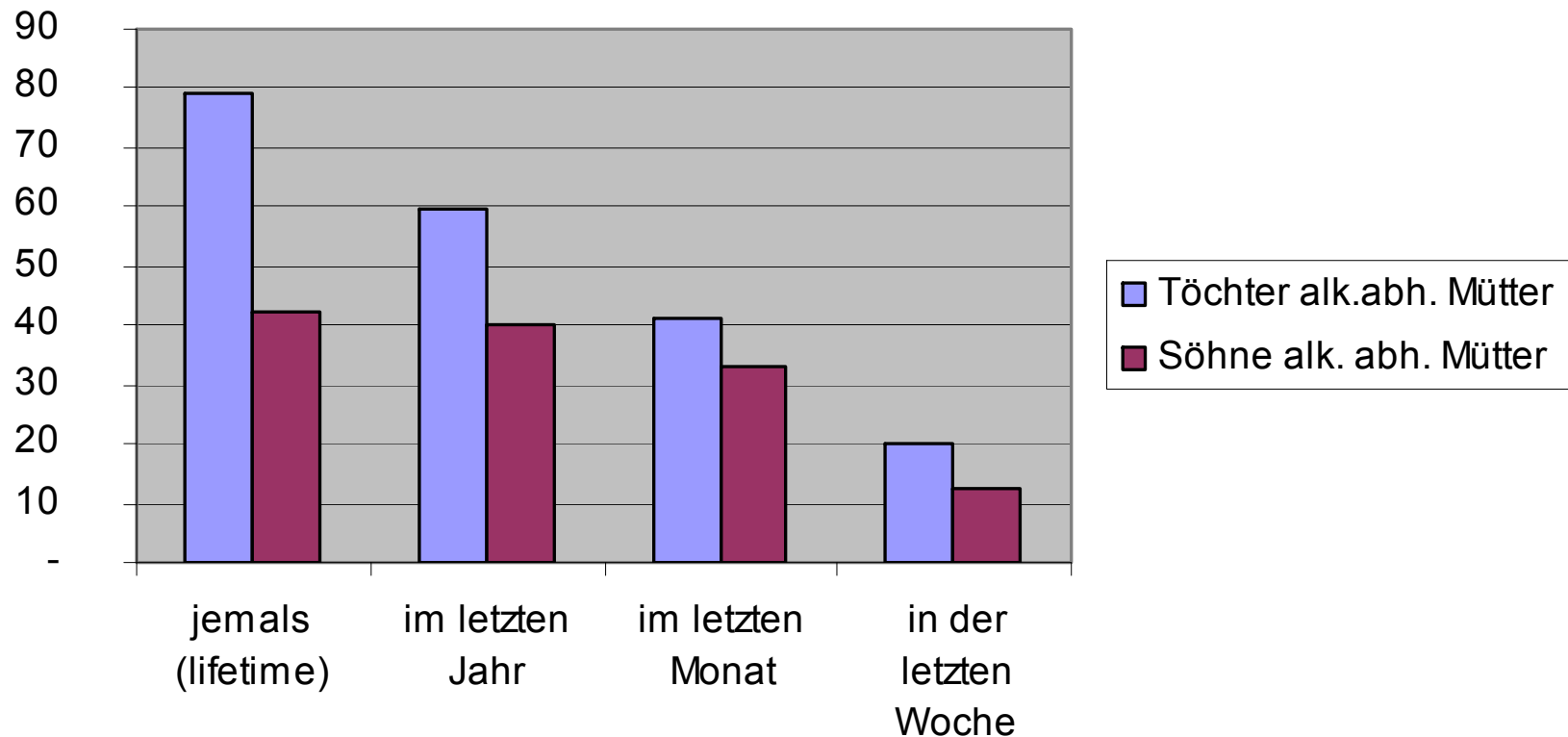


**Frequency of alcohol problems in parents
(N = 2.427; Lifetime, %w; source: EDSP-study; Lieb
et al., 2006)**



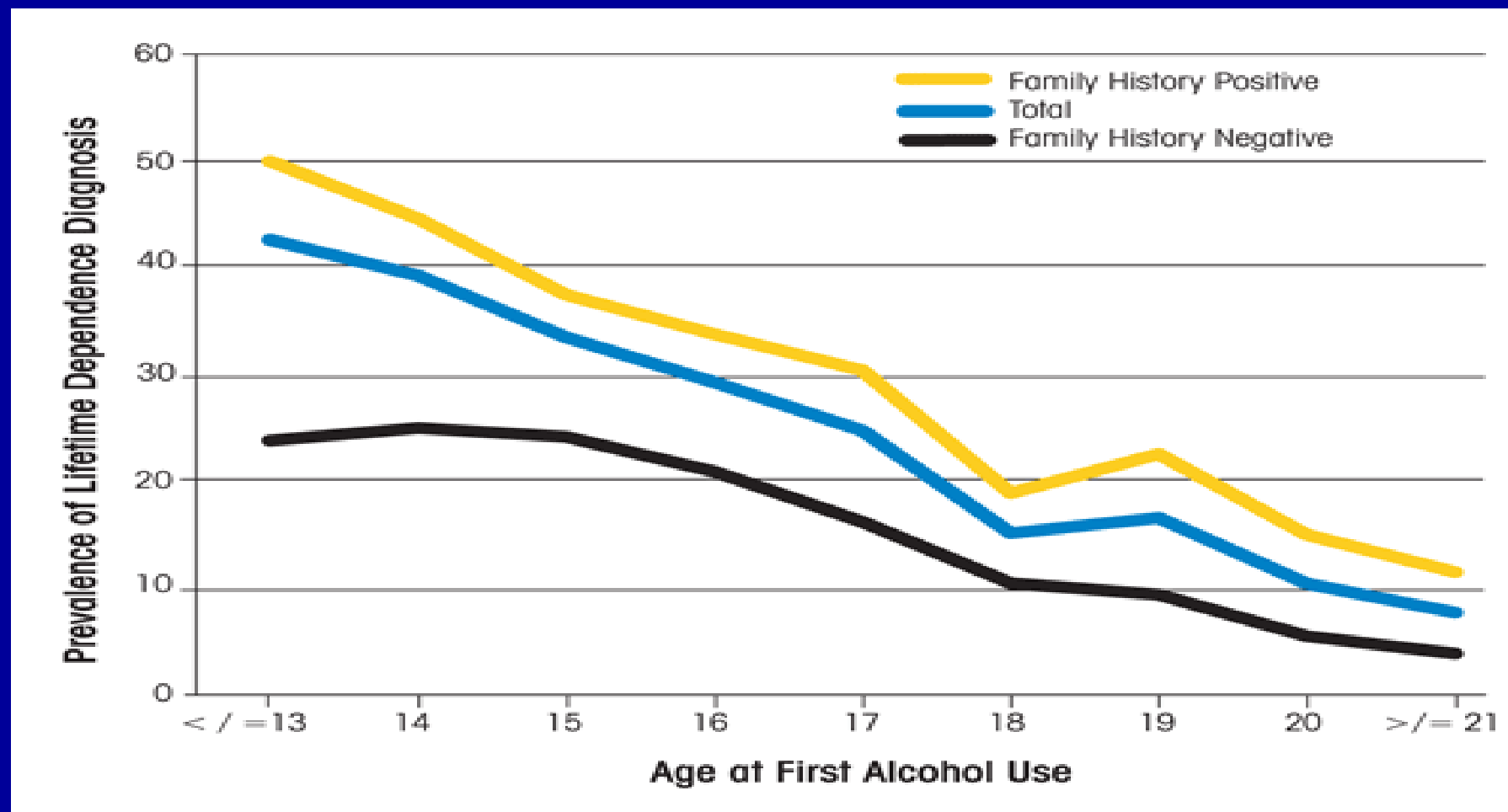
Betrunkenheitserfahrungen von Töchtern und Söhnen alkoholabhängiger Mütter (N = 93)

Durchschnittsalter: 14,2 Jahre; [Klein & Schaunig, 2011]



Kölner Jugendmonitoring (2006-2008)

„Family History Matters“: Je jünger, desto mehr



(Masten, 2009)

Familie und Sucht – Eine transgenerationale Dauerschleife?

3. Verschiedene Suchtformen und Transgenerationalität

Relative Erkrankungsrisiken (OR) für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien I

[EDSP; Lachner & Wittchen, 1997; Lieb et al., 2006]

Elternteil mit Alkoholdiagnose	Diagnose Jugendliche (N = 3021)	Odds ratio
Nur Vater	Drogenabhängigkeit	4.13
Nur Mutter		7.79
Beide		16.68
Nur Vater	Essstörung	2.12
Nur Mutter		2.95
Beide		2.87

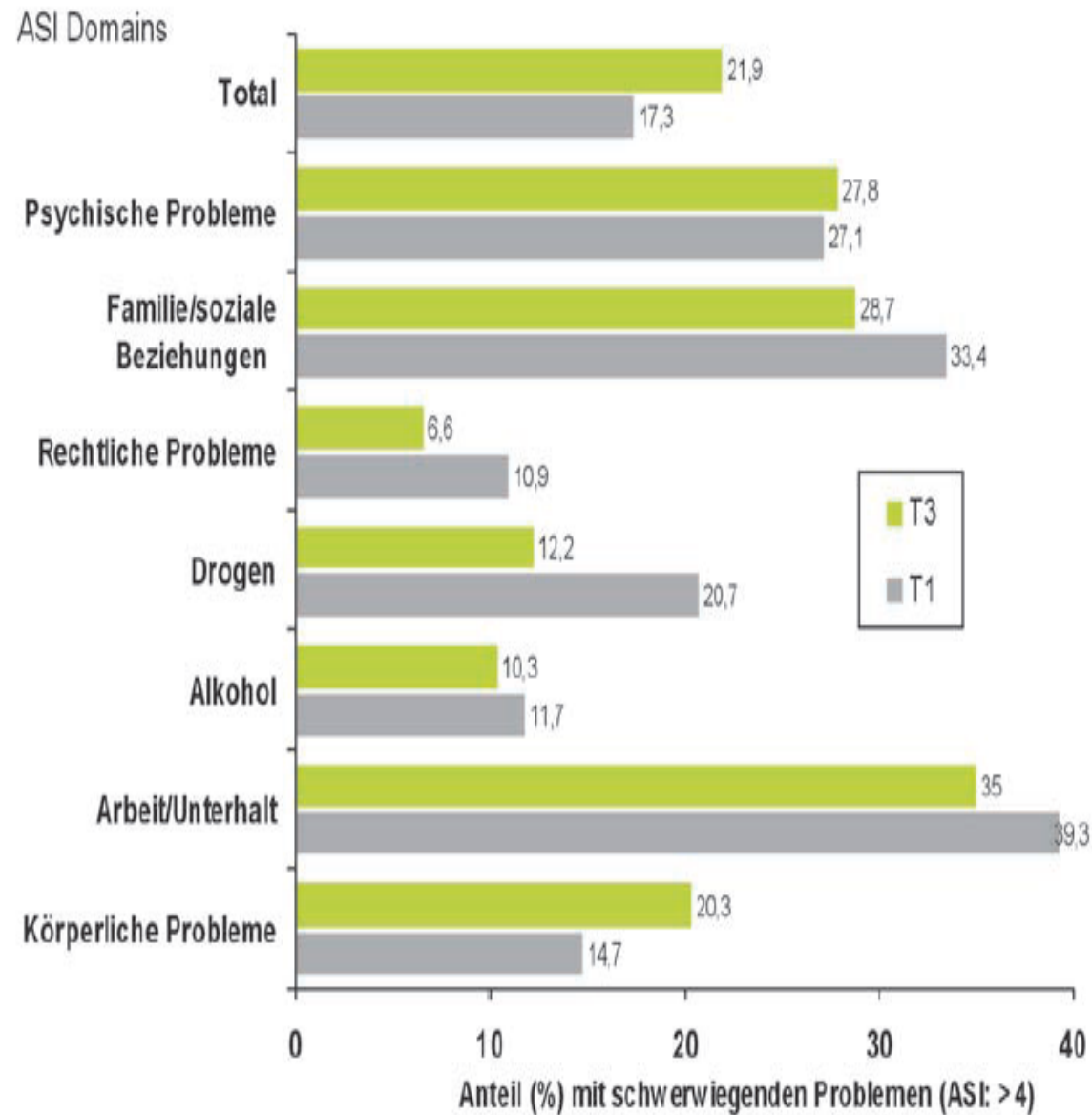


Abb. 7:
Anteil der Patienten mit schwerwiegenden behandlungsbedürftigen Problemen (> 4) im ASI (n = 1493)

PREMOS-Studie; Wittchen et al., 2011, 238

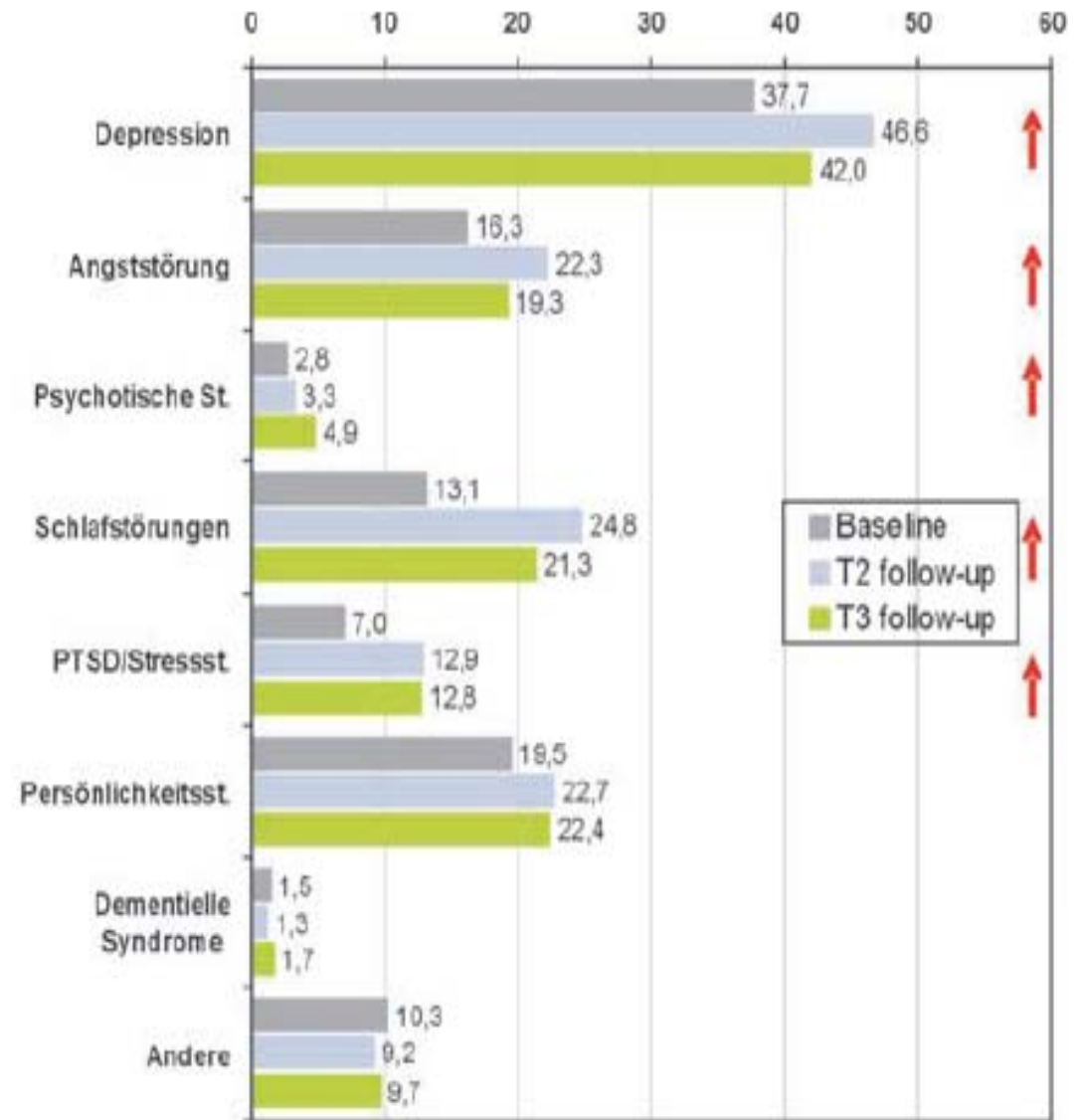


Abb. 10:

Veränderungen der psychischen Morbidität von t_1 zu t_2 und t_3 ($n = 1.493$)

PREMOS-Studie; Wittchen et al., 2011, 241

Einzelne Forschungsergebnisse Väter & Sucht

„Eiden and her colleagues ... found, that ... paternal alcoholism was associated with (a) **more negative attitudes towards children**, (b) **more negative emotion during father-child interactions**, (c) **less positive emotion during father-child interactions**, and (d) **more tenuous father-child attachment**“ (McMahon 2013, 162).

Einzelne Forschungsergebnisse Väter & Sucht

Drogenabhängige Väter zeigten im Unterschied zu Normalvätern mehr traditionelle (punitive, hyperautoritäre) Erziehungshaltungen und entsprechende Erziehungspraktiken sowie Erziehungseinstellungen, die physische Bestrafung favorisierten (McMahon, 2008).

Einzelne Forschungsergebnisse Väter & Sucht

Drogenabhängige Väter zeigten im Unterschied zu drogenabhängigen Müttern **weniger positive und weniger negative Erziehungsverhaltensweisen** gegenüber ihren Kindern (Stanger et al., 2004), was auf ihr geringeres Engagement und die geringere Interaktion mit ihren Kindern zurückgeführt werden kann.

Glücksspielsüchtige Väter

Die große Mehrzahl der Glücksspielsüchtigen sind Männer, nicht selten Väter mit jungen Kindern.

Eine australische Studie (Dowling, 2017, 2018) zeigt, dass das Risiko von Söhnen selbst glücksspielsüchtig zu werden höher ist, wenn ihre Väter glücksspielsüchtig sind als wenn die Mütter die Störung aufweisen.

Familienaspekte, Transgenerationalität:

„..., the gambling behavior of family members, particularly fathers, is an important risk factor for the development of gambling problems. [...] Up to 10 per cent of individuals are raised in families with a problem gambling family member (parents or siblings)“.

„Individuals with fathers with problem gambling were 10.7 to 13.5 times more likely, and those with mothers with problem gambling were 6.7 to 10.6 times more likely, to display problem gambling behaviour than their peers“.

Familie und Sucht – Eine transgenerationale Dauerschleife?

4. Transgenerationale Prävention und Hilfen

*Gela Becker, Klaus Hennicke,
Michael Klein (Hrsg.)*

SUCHTGEFÄHRDETE ERWACHSENE MIT FETALEN ALKOHOL- SPEKTRUM- STÖRUNGEN

DIAGNOSTIK, SCREENING-ANSÄTZE UND
INTERVENTIONSMÖGLICHKEITEN

*Unter Mitarbeit von
Mirjam N. Landgraf*

DE
G

Pädiatrische Neurologie
Herausgegeben von Florian Heinen

Mirjam N. Landgraf
Florian Heinen

Fetale Alkohol- spektrumstörungen S3-Leitlinie zur Diagnostik

Kohlhammer

Pädiatrische Neurologie
Herausgegeben von Florian Heinen

Mirjam N. Landgraf, Florian Heinen

Fetales Alkoholsyndrom S3-Leitlinie zur Diagnostik



Content ^{PL. 128}

Kohlhammer

Behandlung für schwangere, substanzkonsumierende und suchtkranke Frauen

(1) Im Idealfall ist die therapeutische Behandlung der suchtkranken Mutter/Schwangeren die geeignetste Präventionsmaßnahme für deren Kind.

(2) Die Suchttherapie der Schwangeren ist in Bezug auf ihr Ungeborenes aufgrund der pränatalen Abstinenz eine unerlässliche Gesundheitsmaßnahme für das Ungeborene.

(3) Postnatal: Therapie der Mutter und Hilfen für das betroffene Kind sollten eng aufeinander abgestimmt sein und im Idealfall am selben Ort stattfinden.

Intrapsychische protektive Faktoren für Kinder und Jugendliche (Werner, 1986):

- Ein Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft.
- Durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, auch im Schreiben.
- Stärkere allgemeine Leistungsorientierung
- Eine verantwortliche, sorgende Einstellung
- Positives Selbstwertgefühl
- Internale Kontrollüberzeugung (internal locus of control)
- Glaube an Selbsthilfemöglichkeiten.

Soziale protektive Faktoren:

- Viel Aufmerksamkeit und keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters
- **Kontinuierliche Begleitperson (caring and loving person)**
- Keine weiteren Geburten in den beiden ersten Lebensjahren
- Keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr

Resilienzen für Kinder von Suchtkranken I (nach Wolin & Wolin, 1995)

- **Ahnung, Wissen, Einsicht**, z.B. dass mit der drogenabhängigen Mutter etwas nicht stimmt
- **Unabhängigkeit**, z.B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen
- **Beziehungsfähigkeit**, z.B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
- **Initiative**, z.B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten

Resilienzen für Kinder von Suchtkranken II

- **Kreativität**, z.B. in Form von künstlerischem Ausdruck
- **Humor**, z.B. in Form von Ironie und selbstbezogenem Witz als Methode der Distanzierung
- **Moral**, z.B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Merke: Neben der Individualresilienz (z.B. von Kindern) ist die Familienresilienz zu fördern. Diese betrifft die Stressresistenz des ganzen Lebenssystems (z.B. durch Förderung gesunder und heilsamer Rituale).

FÜR MEINE FAMILIE & MICH OHNE CRYSTAL



SHIFT

Elternteraining

Crystal Meth beeinflusst unser Verhalten...
auch unseren Kindern gegenüber.

SHIFT hilft Eltern, die Erfahrungen mit Crystal Meth
haben, das Zusammenleben mit ihrer Familie
zu verbessern und mit Schwierigkeiten in der Erziehung
erfolgreich umzugehen.



www.shift-elternteraining.de

 Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung

 Katho NRW

Gefördert durch:

 Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestag

Klein, Dyba &
Moesgen (2018)

Module des SHIFT-Elterntrainings I

Modul	Ziele
1	Einstieg: „Start SHIFTing“. Gegenseitiges Kennenlernen, Austausch von Wünschen & Erwartungen, Vereinbarung von Gruppenregeln, Vertrauen gewinnen
2	Erziehung I : „Her mit den guten Zeiten“. Ressourcenorientierte Betrachtung der eigenen Elternschaft, Sensibilisierung für kindliche Bedürfnisse, kindlichen Bedürfnissen gerecht werden können, Förderung der Eltern-Kind-Beziehung
3	Erziehung II: „Was tun wenn´s brennt“. Reflektion der eigenen praktizierten Erziehung (abstinent vs. konsumierend), Aufstellung und Kommunikation klarer Regeln in der Erziehung, Förderung des angemessenen Umgangs mit schwierigen Situationen, Sensibilisierung für eine gewaltfreie Erziehung
4	Familienresilienz I : „Keiner ist wie wir“. Ressourcenorientierte Aufmerksamkeitslenkung auf das Familienleben, Einführung in das Konzept der Familienresilienz („Schlüsselmerkmale“), Förderung gemeinsamer, optimistischer Überzeugungen innerhalb der Familie

Module des SHIFT-Elterntrainings II

Modul	Ziele
5	Familienresilienz II: „Lass uns reden...“. Sensibilisierung für bereits erfolgreiche Abläufe und Regeln in der Familie, Inspiration für neue & erfolgsversprechende Regeln und Abläufe, Förderung der Inanspruchnahme von Hilfe, Förderung einer offenen und positiven Kommunikation in der Familie (im Allgemeinen und in Bezug auf Emotionen), Verbesserung der gemeinsamen Problemlösungsfertigkeiten
6	Sucht & Familie: „Neue Wege – gemeinsam gehen“. Auflösung des Tabuthemas Sucht innerhalb der Familie, Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchterkrankung für die Familie, Bearbeitung von Schuldgefühlen in Zusammenhang mit der Familie, Identifikation von Rückfallsituationen in Zusammenhang mit der Familie, Eruierung von Möglichkeiten zur Unterstützung durch Familienmitglieder für ein cleanes Leben, Verbesserung der familiären Beziehungen durch eigenen Beitrag
7	Partnerschaft: „Mehr als Eltern“. Bewusstwerden, dass Eltern auch ein Leben als Paar besitzen, Identifikation von Konfliktpotentialen in der Partnerschaft, adäquater Umgang mit Konflikten und Streit in der Partnerschaft, kritische Reflektion von und Umgang mit Sexualität im Kontext von Crystal Meth, Pflege der Partnerschaft
8	Abschied: „Tschüß und hin zu mehr“. Rückblick auf das SHIFT-Elterntaining, positiver Zukunftsausblick, Festlegung Veränderungsvorhaben, Festigung des Erlernten und Transfer in den Alltag, Rückfallprophylaxe, funktionaler Umgang mit Krisensituationen, Förderung (weiterer) Behandlungsbereitschaft und Inanspruchnahme von Hilfen, Abschied nehmen

HILFE BEI PROBLEMELTERN

Du suchst nach einem Ansprechpartner für Deine Probleme?
Dann schreib uns! Wir sind gerne für Dich da.

www.kidkit.de



Gewalt

Ein Kooperationsprojekt von



Drogenhilfe Köln



Sucht

Wir helfen Dir ...



... wenn Deine Eltern **suchtkrank** sind, sich **gewalttätig** verhalten oder **psychische Probleme** haben.

Kidkit hilft

- **Du bist deprimiert**, weil Dein Vater oder Deine Mutter zu viel Alkohol trinken oder Drogen nehmen?
- **Du schämst Dich**, weil Dein Vater oder Deine Mutter Zocker sind?
- **Du bist verzweifelt**, weil Du in Deiner Familie Gewalt erlebst?
- **Du machst Dir Sorgen**, weil Deine Eltern psychisch krank sind?

Kidkit wirkt

- Hol Dir **Infos** zu den Themen Sucht, Glücksspielsucht, Gewalt und psychische Erkrankungen in der Familie.
- Tausch Dich mit anderen Kindern und Jugendlichen auf unserer **Pinnwand** aus.
- Nutze unsere **anonyme Online-Beratung** für Deine Fragen und Sorgen.
- Schreib uns im wöchentlichen **Chat** und erhalte direkt eine Antwort.



Glücksspielsucht

@ Schreib uns auf
www.kidkit.de



Psychische Erkrankung

ABSCHLUSS
11. FEBRUAR 2015

SCHULTERSCHLUSS

...für Kinder aus suchtbelasteten Familien / Jugendhilfe und Suchthilfe handeln gemeinsam

Landesweite Qualifizierungs- und Kooperationsoffensive für Kinder aus suchtbelasteten Familien -
gemeinsame Aufgabe von Jugendhilfe und Suchthilfe

Evaluation Projekt „Schulterschluss“

Michael Klein, Katholische Hochschule NRW, Köln,
Deutsches Institut für Sucht- und
Präventionsforschung (DISuP)

www.cansas-studie.de

CANSAS

GEFÖRDERT VON



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Substanzmissbrauch als Ursache und Folge früherer Gewalt



trampolin®
Das Projekt für starke Kinder, eine nachhaltigeres Handeln.

trampolin®

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder, eine nachhaltigeres Handeln.

trampolin®

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder, eine nachhaltigeres Handeln.

trampolin®

Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder, eine nachhaltigeres Handeln.



Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder, eine nachhaltigeres Handeln.



Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder, eine nachhaltigeres Handeln.



Konzeption

Modular aufgebautes ambulantes Gruppenangebot

- Alter der Kinder von 8 bis 12 Jahren
- Eine Person als Kursleiter/-in
- Angestrebte Gruppengröße: 6-8 Kinder
- Wöchentliche Treffen für eine Zeitdauer von etwa 9 Wochen
- Umfasst 10 Module á 90 Minuten:
 - 9 Gruppentreffen für die Kinder
 - 1 Elternmodul, aufgeteilt auf zwei Abende

Trampolin: Modulinhalte

10. Eltern sensibilisieren und stärken (Teil 1)

9. Positives Abschiednehmen

8. Hilfe und Unterstützung einholen

7. Verhaltensstrategien in der Familie erlernen

6. Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen

5. Mit schwierigen Emotionen umgehen

4. Wissen über Sucht und Süchtige vergrößern

3. Über Sucht in der Familie reden

2. Selbstwert/positives Selbstkonzept stärken

1. Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen

10. Eltern sensibilisieren und stärken (Teil 2)

Ziele der Intervention

Kinder:

- Erlernen effektiver **Stressbewältigungsstrategien** (Umgang mit Emotionen, Problemlösestrategien in der Familie, Hilfesuchverhalten)
- Reduzierung der **psychischen Belastung** durch Auflösung des Tabuthemas Sucht
- Erhöhung des **Kenntnisstandes** der Kinder zur Wirkung von Alkohol/Drogen und dem Effekt von Sucht auf die betroffene Person und deren Familie
- Erhöhung des **Selbstwerts**/Aufbau eines positiven **Selbstkonzepts**
- Erhöhung der **Selbstwirksamkeitserwartung**

Michael Klein · Diana Moesgen
Sonja Bröning · Rainer Thomasius

Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken

Das „Trampolin“- Programm



mit CD-ROM

Methamphetamin-Konsum im Kontext Familie

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p><u>7-22</u> Methamphetamin-Konsumierende sollen über die Zusammenhänge der Substanzwirkung mit Sexualität, die Risiken ungeplanter Schwangerschaften und einer pränatalen Substanzexposition für das Kind aufgeklärt werden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>
<p><u>7-23</u> Methamphetamin konsumierenden Eltern sollen Elternkompetenztrainings angeboten werden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>
<p><u>7-24</u> Methamphetamin konsumierende Eltern sollen über Angebote der Jugend- und Familienhilfe informiert werden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>

Methamphetamin-Konsum im Kontext Familie

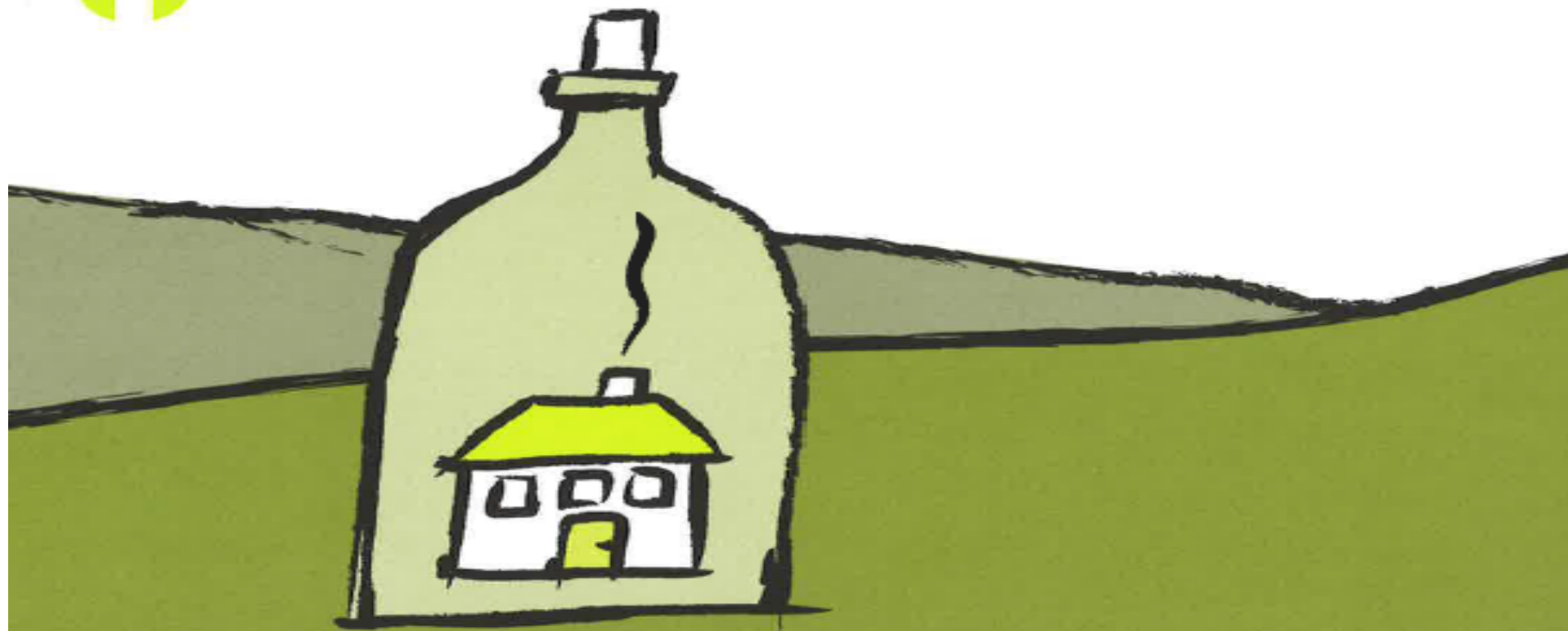
Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p><u>7-25</u> Eine engmaschige Betreuung von Familien mit einem Methamphetamin-konsumierenden Elternteil sollte möglichst in Kooperation mit Einrichtungen der Familien-, Jugend- und Suchthilfe erfolgen.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 91%</p>	<p>↑</p>
<p><u>7-26</u> Bei ersten Anzeichen von Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten von Kindern Methamphetamin-konsumierender Eltern soll eine fachgerechte Diagnostik und Risikoabklärung stattfinden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>
<p><u>7-27</u> Für Kinder Methamphetamin-konsumierender Eltern sollen angemessene Förder- bzw. Therapieangebote empfohlen und organisiert werden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>

Vaterführerschein (VAFÜ)

- Modell zur vatersensiblen Suchttherapie in ambulanten und stationären Kontexten.
- Gruppentherapie (ggf. Einzeltherapie), insbes. Indikative Gruppe
- Gruppengröße 6-10 Väter
- 8 Module (üblicherweise wöchentlich ein Modul á 90 Min.)
- Alkohol-, drogen- oder verhaltenssüchtige Väter ab ca. 25 Jahren
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische, motivierende, systemische und übungsorientierte Elemente
- Arbeits- und Trainingsmaterialien zu jedem Modul;
Abschlusszertifikat



SUCHT | SCHWEIZ



**Unterstützung für Kinder aus suchtblasteten Familien:
Grundlagen und Interventionsmöglichkeiten**

Leitfaden für Fachpersonen im
Sozialbereich, in der medizinischen Versorgung,
in Tagesstrukturen oder in Schulen

8 Gespräche mit den Eltern

Je nach Situation gestalten sich die Kontakte mit Eltern unterschiedlich. In der Regel kommt es zu mehreren Gesprächen und zu einem **stufenweisen Vorgehen**, je nachdem, wie sich eine Situation entwickelt (vgl. Anhang 2).

Ziel ist, Sachverhalte zu beschreiben, diese mit den Eltern zu besprechen, klare Zielvorgaben zu machen und die Kooperation der Eltern zu gewinnen. Um diese Zielvorgaben zu erreichen, können den Eltern Hilfestellungen angeboten oder vermittelt werden.

Vor einem Gespräch gilt es, verschiedene Punkte zu klären: (Nicht alle davon sind in jedem Kontext relevant)

- Wer soll das Gespräch führen?
- Wann ist ein geeigneter Zeitpunkt?
- Wer soll zusätzlich anwesend sein (Vorgesetzte/r)?
- Was ist das Ziel des Gesprächs?
- Wie wird zum Gespräch eingeladen?
- Welche Frist wird gegeben, um das Verhalten zu verändern?
- Welche Unterstützungsmöglichkeiten könnten hilfreich sein?
- Wo soll das Gespräch stattfinden?
- Wer soll/muss im Anschluss an das Gespräch informiert werden (z.B. Team, Vorgesetzte/r)?
- Wer hält das Gespräch schriftlich fest und wer erhält das Protokoll?

Grundsätze:

- Den Eltern so zu begegnen, dass sie sich in ihrer Rolle als Eltern ernst genommen fühlen, ist grundlegend für deren Bereitschaft zur Mitarbeit.
- Das Gespräch sollte in einer Atmosphäre der Sorge, nicht der Anklage stattfinden. (Ich-Botschaften, Fragen stellen, nicht beschuldigen, Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen)
- Das eigene Interesse am Gespräch deutlich zeigen (Rolle). Den eigenen Hintergrund, die eigenen Ziele erläutern. Zeigen: Es gibt ein gemeinsames Interesse, nämlich das Wohl des Kindes!
- Beobachtungen sachlich wiedergeben. Beschreiben, welche Anzeichen zu Sorge Anlass geben.
- Damit das Gespräch möglichst gut verläuft, ist das Fokussieren auf das Kindeswohl sehr hilfreich. In vielen Kontexten (z.B. in Schulen) haben Fachpersonen nicht die Rolle, eine Suchtproblematik zu diagnostizieren. In solchen Kontexten geht es in der Regel auch nicht darum, eine Suchtproblematik anzusprechen, wenn Eltern nicht selbst darauf zu sprechen kommen.
- Wenn Suchterkrankungen eine intensive Zusammenarbeit mit den Eltern erschweren, oder wenn Eltern nicht kooperieren, sind Einrichtungen für Kinder in einem frühen Stadium auf Zusammenarbeit mit der Suchthilfe, dem Jugendamt oder der Kinderschutzbehörde angewiesen.
- Wenn die Frage des Einbezugs der Kinderschutzbehörden im Raum steht, ist es wichtig, den Eltern zu erklären, wie diese Behörde vorgeht. Viele Eltern haben Angst davor, dass Kinder fremdplatziert werden könnten. Dieser Schritt wird von diesen Behörden erst dann veranlasst, wenn andere Massnahmen nicht greifen.
- Es kann sein, dass Eltern nach einem solchen Gespräch die Kinder oder Jugendlichen unter Druck setzen und von ihnen verlangen, nichts mehr oder nur «Gutes» zu erzählen. Wenn Sie denken, dass dies der Fall ist, kann der Einbezug der Kinderschutzbehörde weiterhelfen.

Familie und Sucht – Eine transgenerationale Dauerschleife?

5. Konsequenzen für Versorgung, Prävention und Hilfen

Antrag

der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Kommunale Angebote, lokale Initiativen und ehrenamtliches Engagement sind wichtige Elemente in der Unterstützung psychisch kranker Eltern und ihrer Kinder. Sie müssen jedoch personell und finanziell zu einem strukturellen und flächendeckenden Unterstützungssystem ausgebaut werden. Erprobte Modelle müssen deshalb systematisch in ihrer Wirkung analysiert und dann in die sozialen Regelsysteme überführt und verstetigt werden. Auch die Schnittstelle zum Gesundheitswesen ist zu berücksichti-

Antrag

der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

- c) Erarbeiten von Vorschlägen zur Schaffung der Voraussetzungen für eine Verbesserung der Zusammenarbeit und Vernetzung an den Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern für komplexe, multiprofessionelle Hilfen für Familien innerhalb des geltenden Zuständigkeits- und Finanzierungsrahmens, wobei insbesondere auch die Auswirkungen der jüngeren Sozialgesetzgebung zu berücksichtigen sind;



Jahrestagung 2017: Die Kinder aus dem Schatten holen! ([/die-kinder-aus-dem-schatten-holen.html](#))

Etwa 3 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland haben mindestens einen suchtkranken Elternteil! Was bedeutet die Suchterkrankung der Eltern für die Kinder? Welche Unterstützung brauchen diese Kinder?

Berlin, 19. Juni 2017

Warum den meisten Kindern suchtkranker Eltern keine frühzeitigen Hilfen zuteil werden: Familiäre Abwehrmechanismen und strukturelle Schwächen im Hilfesystem

„Mein Kind hat nichts gemerkt“.

(Typische Wirklichkeitskonstruktion suchtkranker Elternteile)

Hintergrund:

- Selbstwertdienliche Attribution**
- Scham- und Schuldgefühl als zentraler intrapsychischer Prozess; Stressregulation durch Suchtmittel beim Abhängigen bzw. durch Symptombildung oder Resilienz bei den Angehörigen**
- Schamabwehr als zentraler intrapsychischer Prozess**
- Abwehr, Verleugnung, Verdrängung und Aggression als zentrale Reaktionen darauf**
- Mangelnde Selbstreflexion, übertriebene Ich-Syntonie**

Konsequenzen

Für Kinder in suchtblasteten Familien sind Maßnahmen notwendig, die ...

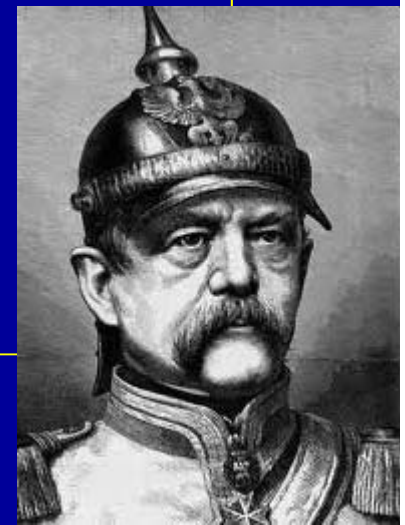
- (1) früh einsetzen (**Frühintervention**)
- (2) das vorhandene Risiko adäquat wahrnehmen und bearbeiten (**selektive Prävention**)
- (3) mehrere Generationen überblicken (**transgenerationale Prävention**)
- (4) umfassend und dauerhaft sind (**Case Management**)
- (5) die ganze Familie einschließen (**Familienberatung und/oder –therapie**)
- (6) die Motivation zu guter Elternschaft und Suchtbewältigung verknüpfen (**Motivational Interviewing**)
- (7) die Resilienzen fördern bzw. entwickeln (**Ressourcenorientierung**)
- (8) regional und lebensweltorientiert sind (**Verantwortungsgemeinschaft**)

Status Quo in den Hilfesystemen

Die Evidenz, dass eine Ausweitung des Hilfesystems auf die den Suchtkranken umgebende Familie geschehen sollte, ist so deutlich, dass das Verharren in ausschließlich individuumorientierten Konzepten einen gesundheits- und versorgungspolitischen „Kurzschluss“ darstellt. Populationsbezogene Hilfen für psychische

Probleme und Störungen sollten stets transgenerational konzipiert und organisiert sein.

Bismarck'sche Sozialgesetzgebung ab 1885



Kinder in suchtbelasteten Familien – Widerstände, Abwehr in den Hilfesystemen

Probleme im Sensibilisierungs- und
Professionalisierungsprozess:

Abwehr („alles nicht so schlimm“)

Mangelnde suchtspezifische Empathie (in der Jugendhilfe und
in der Allgemeinmedizin)

Stigmatisierungsfälle (Man kann nicht stigmatisieren, wo schon
stigmatisiert ist)

Multiproblemargument („Die Sucht der Eltern ist doch nur ein
Problem“)

Transgenerational wirksame Variablen

Genetische Prädisposition (angeborene Toleranz)

Epigenetische Einflüsse

Elterliches Modellverhalten hinsichtlich

Substanzkonsum

Elterliches dysfunktionales Erziehungs- und
Interaktionsverhalten

Traumatisierende Einflüsse intra- und extrafamilial

Geschwister- und Peereinflüsse (ab später
Kindheit)

Makrosoziologische und mediale Einflüsse

Quo vadis in den Hilfesystemen?

Im Idealfall ist die Therapie der Eltern die Prävention der Kinder.

Da dies aber meistens so nicht gelingt, müssen parallele und asynchrone Strategien der Suchttherapie und Suchtprävention in Familien entstehen und finanziert werden.

Da bedeutet:

(1) Mehr Psychoedukation für Entscheider, Eltern und Kinder

(2) Abbau von bewussten und unbewussten Widerständen

Chancen in den Hilfesystemen

Entlastung von Schuldgefühlen durch
mehrgenerationale Perspektive

Langfristperspektive bzgl. Suchtverläufen
einnehmen, der „wahren Zyklus“ gerecht werden

Praxis-Forschungstransfer (und vice versa)
stärken

Koordinierte Strukturen mit
Jugendhilfemaßnahmen (SGB VIII) und Kinder-
Reha (SGB VI) aufbauen

Chancen für die Hilfesysteme

Early innovators (Kompetenznachweis, „Marktführerschaft“, benchmarking) → Transgenerationale Hilfeorientierung

Erhöhung der Gesamteffizienz (vgl. NICE) durch Paar- und Familienbehandlung → Versorgungsoptimierung

Ausweitung der Gesamtkompetenz (→ Sucht- und Jugendhilfe; Familienmedizin)

Implementierungskompetenz (Modernisierung, Verstetigung, Nachhaltigkeit)

Förderchancen durch GBA-Innov.fonds (SGB V) und Reha-Pro (SGB VI)

Hilfen: strukturell und individuell

Bei den künftig notwendigen Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern geht es vor allem um:

- (1) Ausweitung der fachlichen Perspektive vom betroffenen Individuum zum mitbetroffenen System
- (2) Bewusstseinsentwicklung für Transmissionsprozesse in Familien
- (3) Verankerung selektiver und indizierter Prävention und früher Hilfen für gefährdete Kinder und Jugendliche (→ Health in all policies)

Fazit

- (1) Bei der Prävention und Therapie substanzbezogener Probleme ist der familiäre Kontext aus einer Vielzahl von Gründen stärker zu berücksichtigen als bislang üblich.
- (2) Bei der Vielzahl Suchtkranker und der hohen Zahl Nichterreichter und chronisch Rückfälliger sollten eigenständige Hilfen für exponierte Kinder und andere Familienmitglieder implementiert werden.
- (3) Von den differentiellen Effektvariablen sollte auf das Geschlecht des suchtkranken Elternteils bzw. des exponierten Kindes besondere Beachtung gelegt werden.

Hilfen: strukturell und individuell

Bei den künftig notwendigen Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern geht es vor allem um:

- (1) Ausweitung der fachlichen Perspektive vom betroffenen Individuum zum mitbetroffenen System
- (2) Bewusstseinsentwicklung für Transmissionsprozesse in Familien
- (3) Verankerung selektiver und indizierter Prävention und früher Hilfen für gefährdete Kinder und Jugendliche (→ Health in all policies), auch im Erwachsenenversorgungssystem

Michael Klein

Kinder und Suchtgefahren

Risiken
Prävention
Hilfen

Mit einem Geleitwort von
Sabine Bätzing



 Schattauer


Thomasius • Schulte-Markwort • Küstner • Riedesser

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Das Handbuch:
Grundlagen und Praxis

Mit Geleitworten von Sabine Bätzing
und Dietrich Wersich



 Schattauer



CHILDREN'S NEEDS – PARENTING CAPACITY

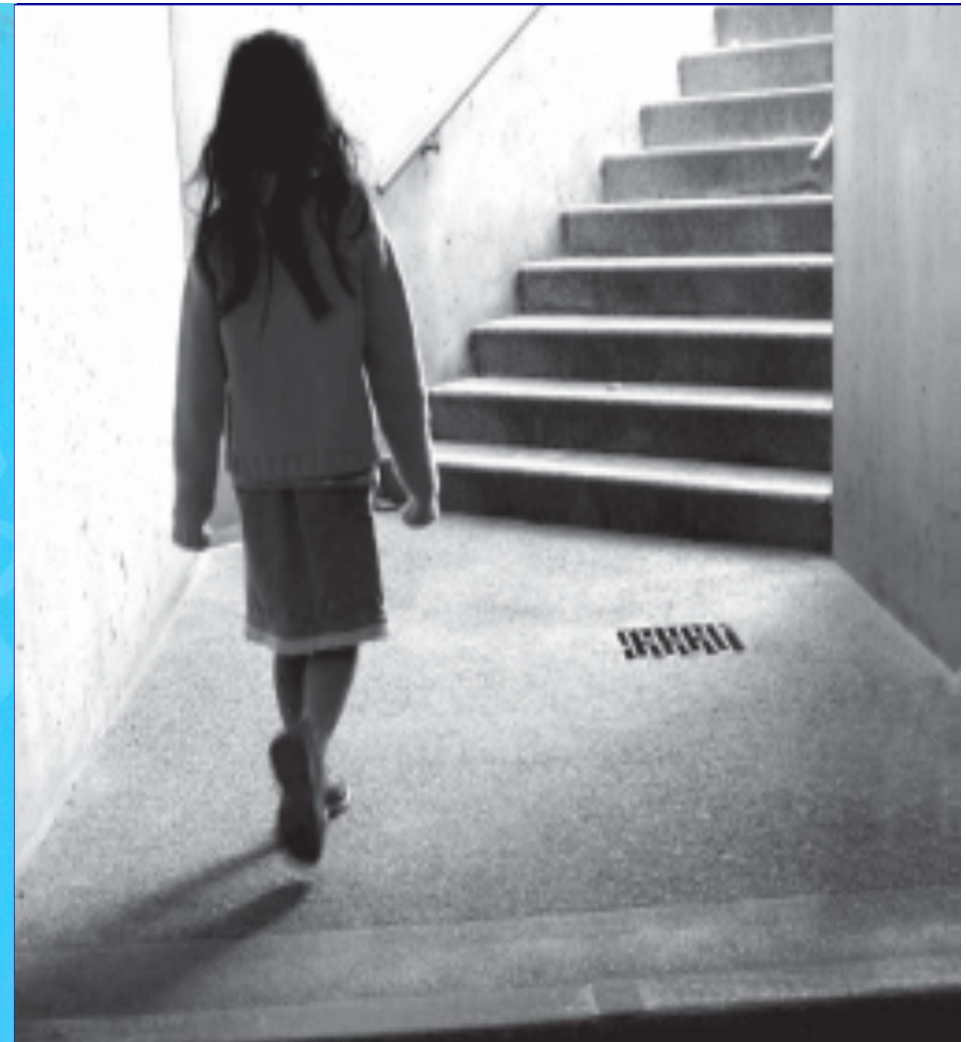
THE IMPACT OF PARENTAL MENTAL ILLNESS,
PROBLEM ALCOHOL AND DRUG USE, AND DOMESTIC
VIOLENCE ON CHILDREN'S DEVELOPMENT



H CLEAVER
I UNELL
J ALDGATE



THE STATIONERY OFFICE

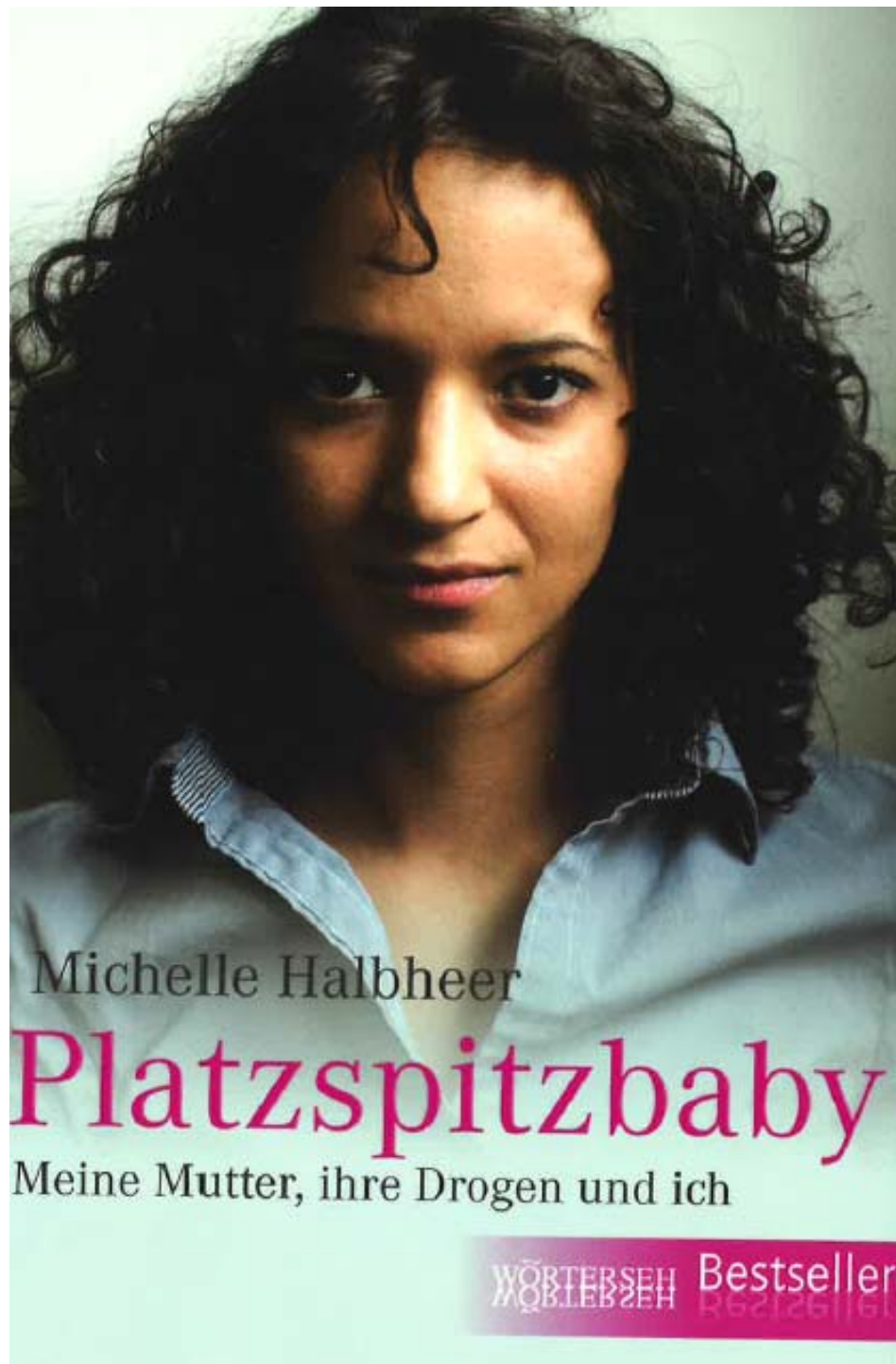


Children's Needs – Parenting Capacity

Child abuse: Parental mental illness, learning disability,
substance misuse, and domestic violence

2nd edition

Hedy Cleaver
Ira Unell
Jane Aldgate

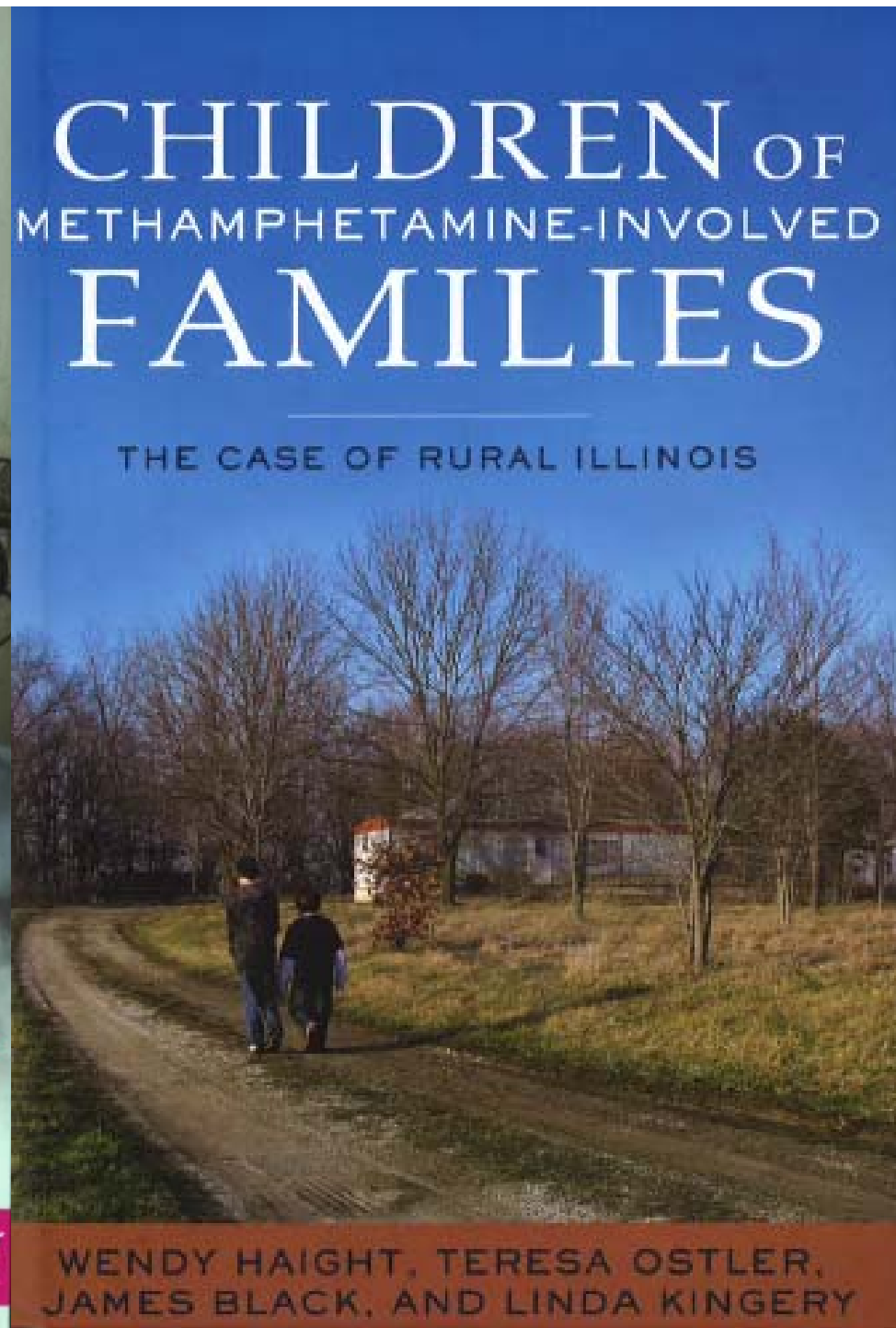


Michelle Halbheer

Platzspitzbaby

Meine Mutter, ihre Drogen und ich

WÖRTERSEH Bestseller



CHILDREN OF METHAMPHETAMINE-INVOLVED FAMILIES

THE CASE OF RURAL ILLINOIS

WENDY HAIGHT, TERESA OSTLER,
JAMES BLACK, AND LINDA KINGERY

Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

www.addiction.de; www.disup.de

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@katho-nrw.de