

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG



SUCHT 
HAMBURG Information
Prävention
Hilfnetzwerk

EINLADUNG

Familien.Leben.Stärken.

Fachkonferenz zum Thema „Kinder und suchtbelastete Lebensgemeinschaften“

Mittwoch, 7. November 2018 | von 9:30 bis 16:30 Uhr

Sucht und Familie – Verläufe, Prävention und Hilfen für betroffene Kinder

Michael Klein, Köln
07. November 2018

You will never walk alone: Familie und Sucht



Der VW läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft



und läuft

Umgang mit Suchtkranken und ihren Familienangehörigen

Basics:

Suchterkrankungen verlaufen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in Familien transgenerational.

Bei allen psychischen Störungen ist die Traumatisierung und Schädigung der exponierten Kinder bei Suchtstörungen besonders hoch.

Suchtstörungen lassen sich oft erfolgreich mit motivierenden Methoden behandeln. Eine koordinierte Vorgehensweise mit langem Atem ist am erfolgreichsten.

Sucht und Familie – Verläufe, Prävention und Hilfen für betroffene Kinder.

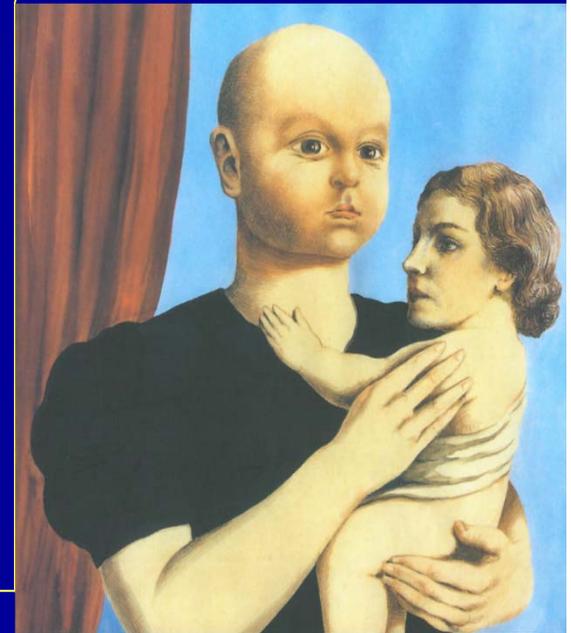
Eine transgenerationale Dauerschleife?

1. Einführung, Definitionen, Überblick

Vorbemerkung:

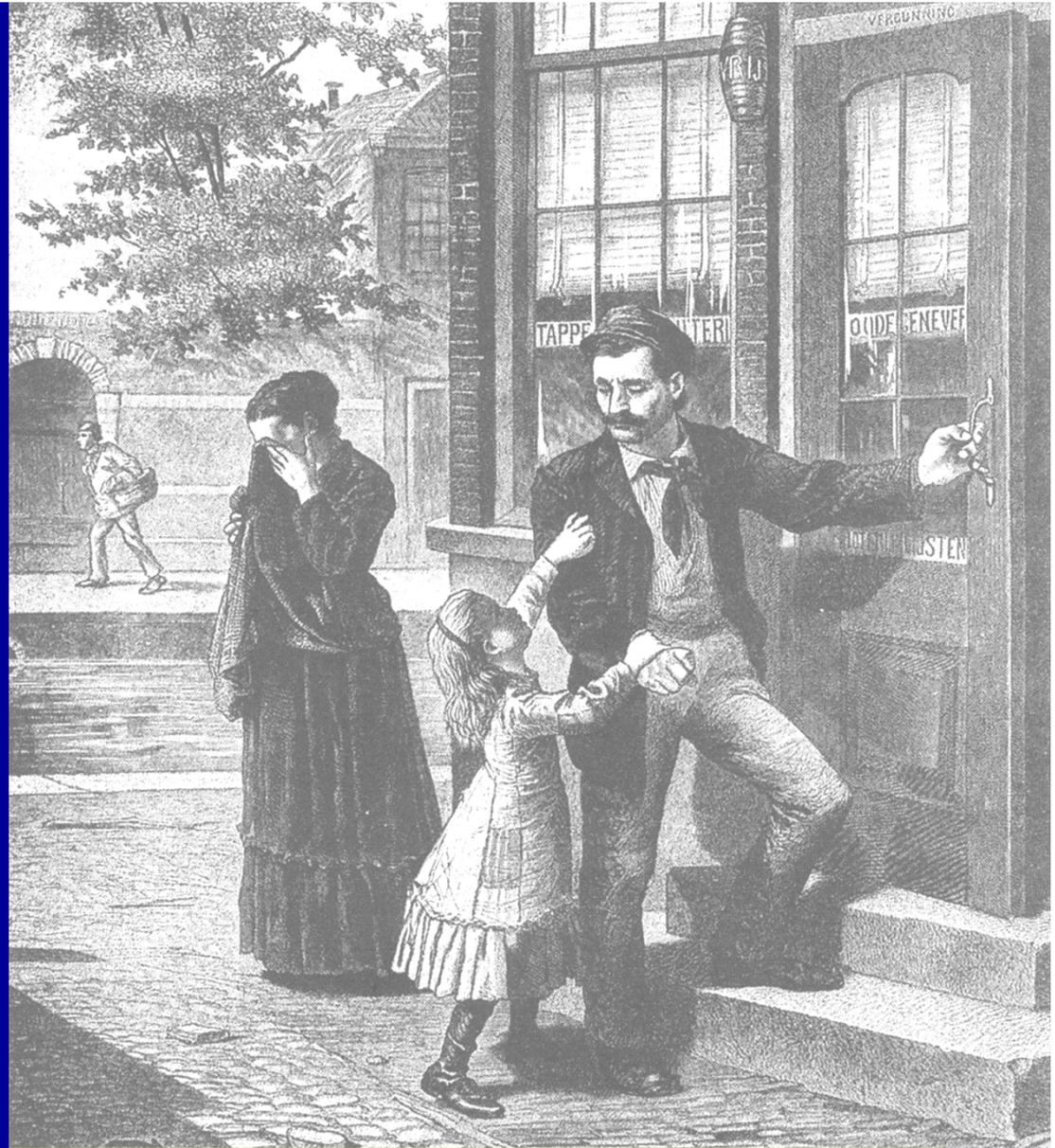
Suchtstörungen gehören zu den wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen. Bei Männern sind Suchtstörungen mit bis zu 24% Lebenszeitprävalenz (Zucker et al., 2006) die häufigste einzelne psychische Störung – Die Frage nach ihren Auswirkungen auf die Familie, insbesondere Kinder, sollte Regel und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

Abbildung aus: Wiegand-Grefe et al., 2010



René Magritte: Der Geist der Geometrie (1936/37)

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



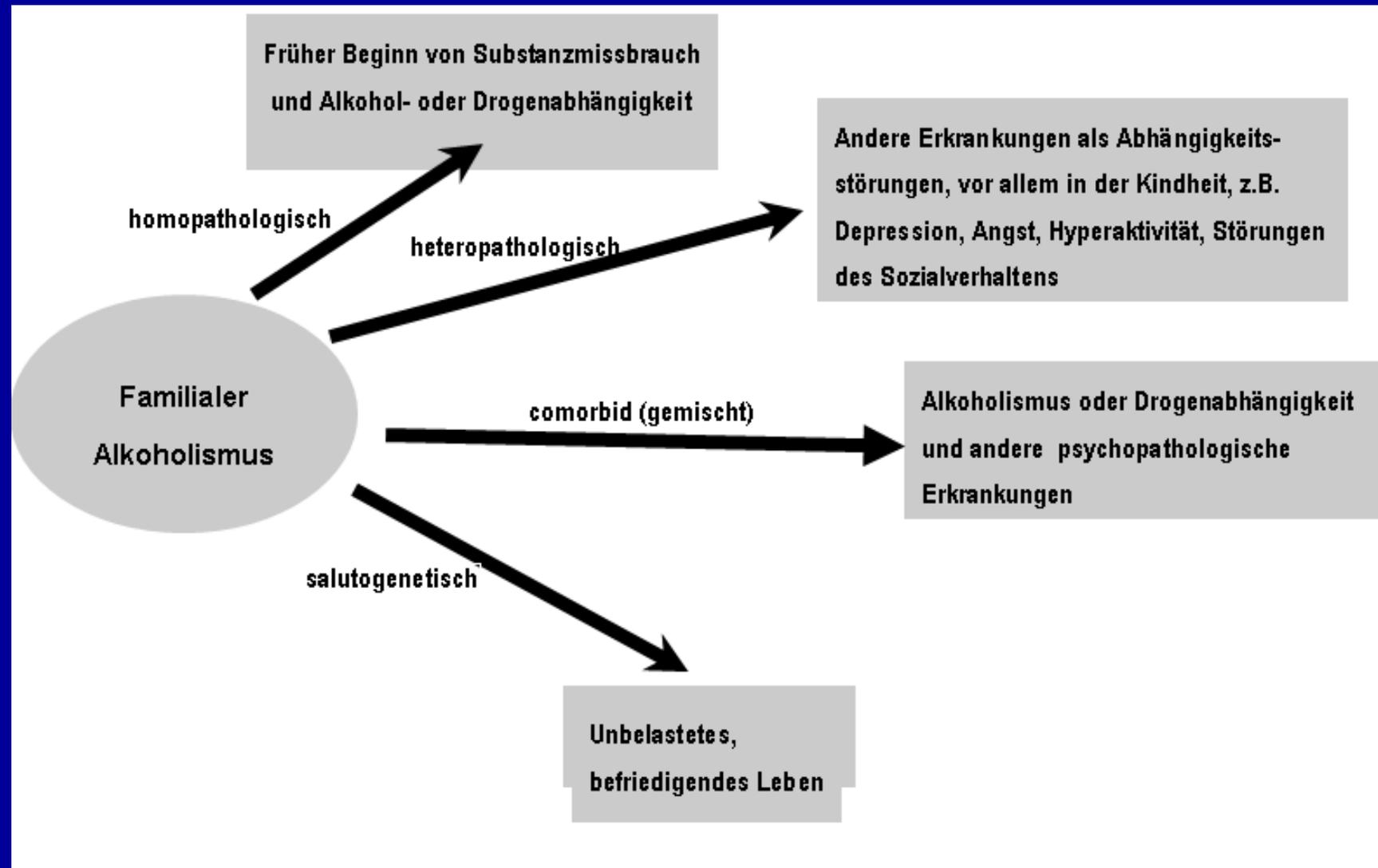
**Mäßigkeitsbewegung,
Amsterdam, ca. 1880**



Rollenfixierungen in psychisch dysfunktionalen Familien:
Der kleine Junge versorgt seine Mutter.
Ganze Tage liegt die schwer Depressive teilnahmslos im
Bett*

© Kascha Beyer (Modell) und Markus Tollhopf (Foto)

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

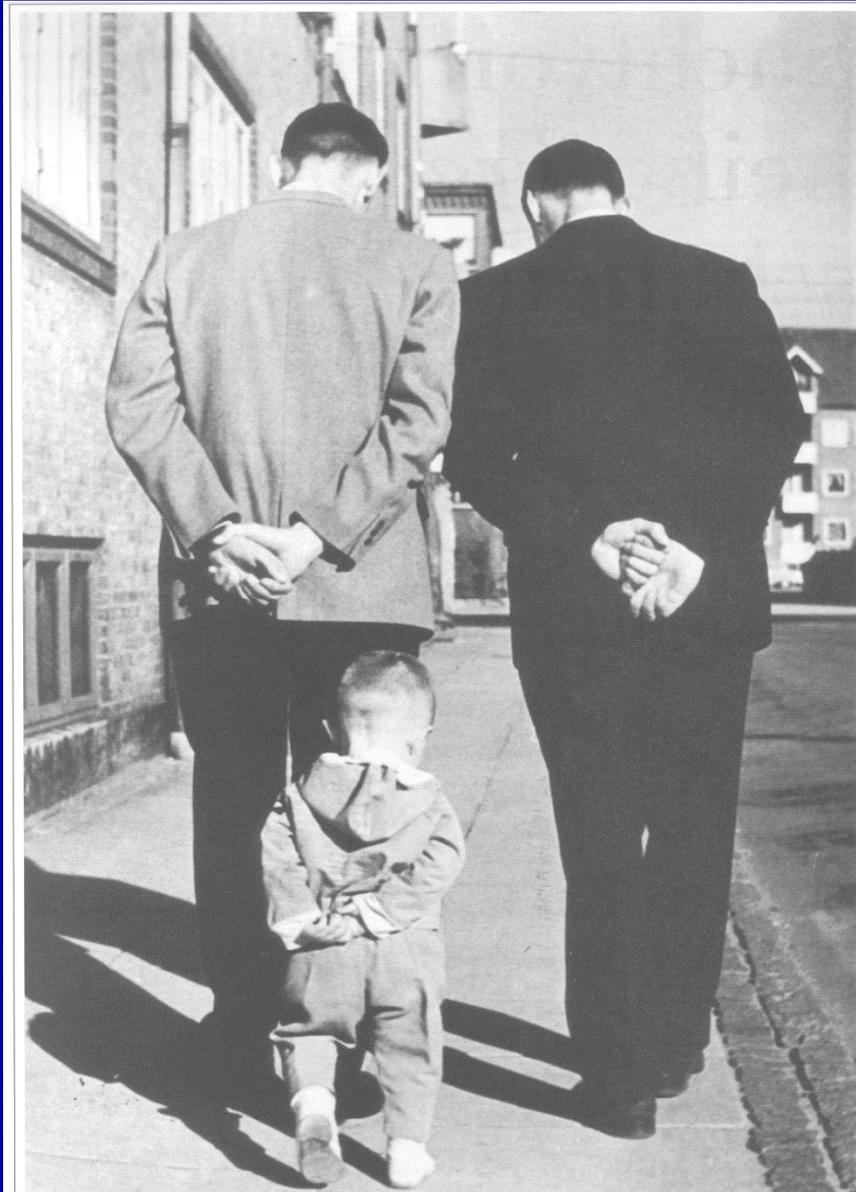
- Behinderungen und Retardierung durch FAS(D) und pränatale Drogeneffekte
- Neonatales Abstinenzsyndrom
- Retardierung durch andere Substanzwirkungen (z.B. Tabakrauchen)
- Schädigung durch Drogen- und Alkoholvergiftungen in Kindheit und Jugend

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

Biopsychosoziale Vulnerabilität

(hier: Modellernen)



Transmissionsmodelle

Unidirektional (ein Elternteil → Kind)

Bidirektional (ein Elternteil ↔ Kind)

Bikausalität (beide Elternteile mit pathogenisierendem Anteil; kein buffering-effect)

Multikausalität (multiple biopsychosoziale Kausalanteile bei den Eltern, zB Marginalisierung, Traumatisierung)

Ko-Kausalität (gemeinsame Kausalanteile bei Eltern und Kindern; getrennt aufwachsende Kinder)

Koinzidenz (Scheineffekt)

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) **Transgenerationale 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

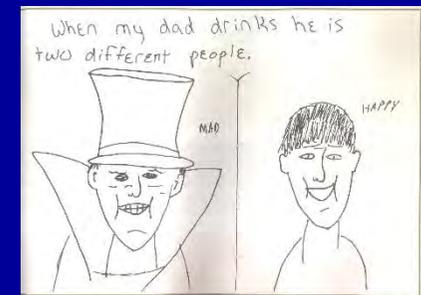
Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung eigener Suchtstörungen, insbes. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Verhaltenssüchte (Sher, 1991, 1998; Lieb, 2006; Klein, 2008)

(= 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)

Kindliche Erlebnisverarbeitung kündigt die psychische Krankheitsentwicklung frühzeitig an



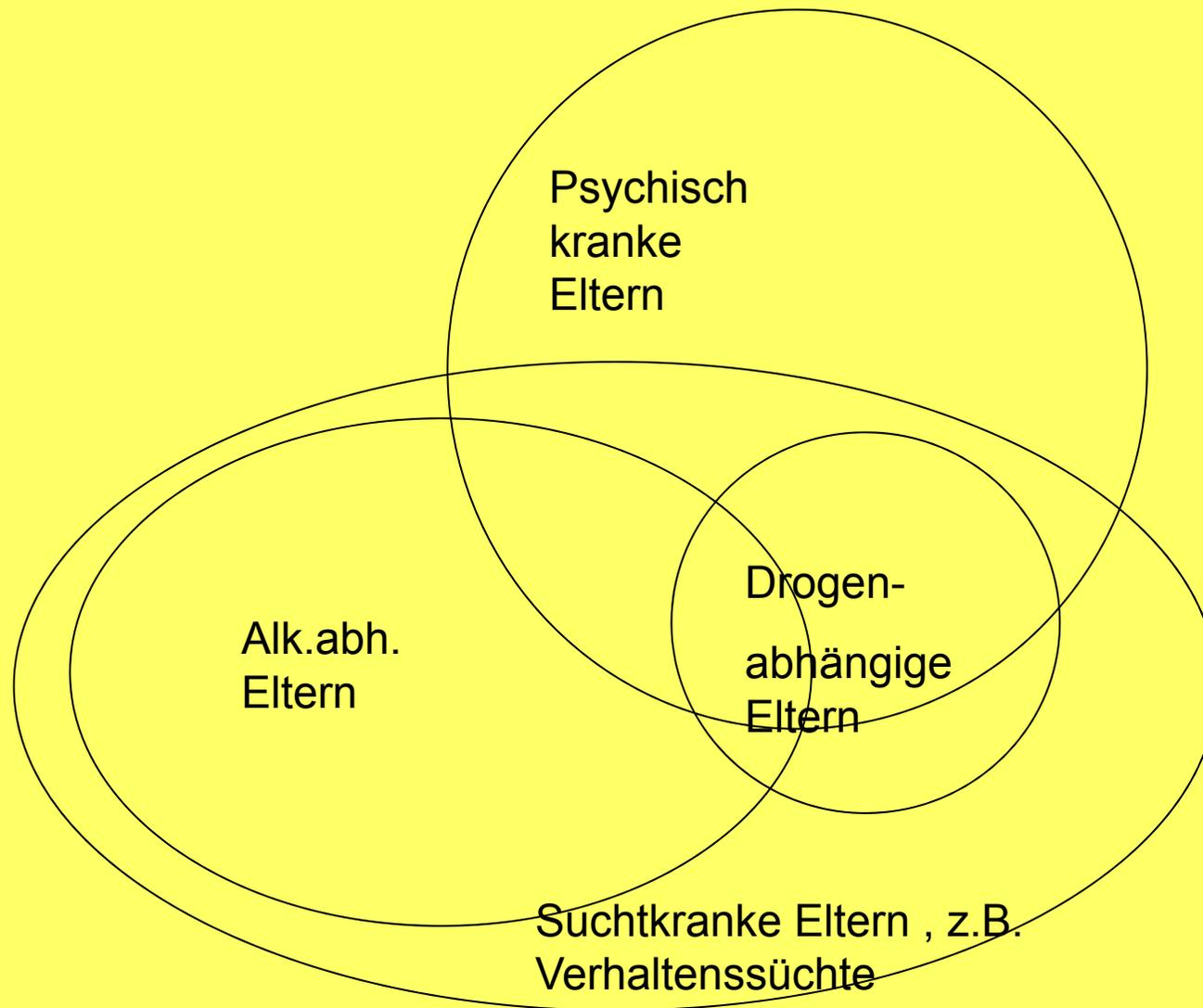
Suchtkranke Eltern werden von ihren Kindern oft als angstausslösend, unberechenbar, zurückweisend, kalt, generell als volatil, erlebt.

Die Folgen zeigen sich frühzeitig in unsicheren Bindungsmustern (unsicher-ambivalent), Parentifizierung (Überengagement), Vereinsamung, Depressivität, Vermeidung und Eskapismus bei den Kindern.

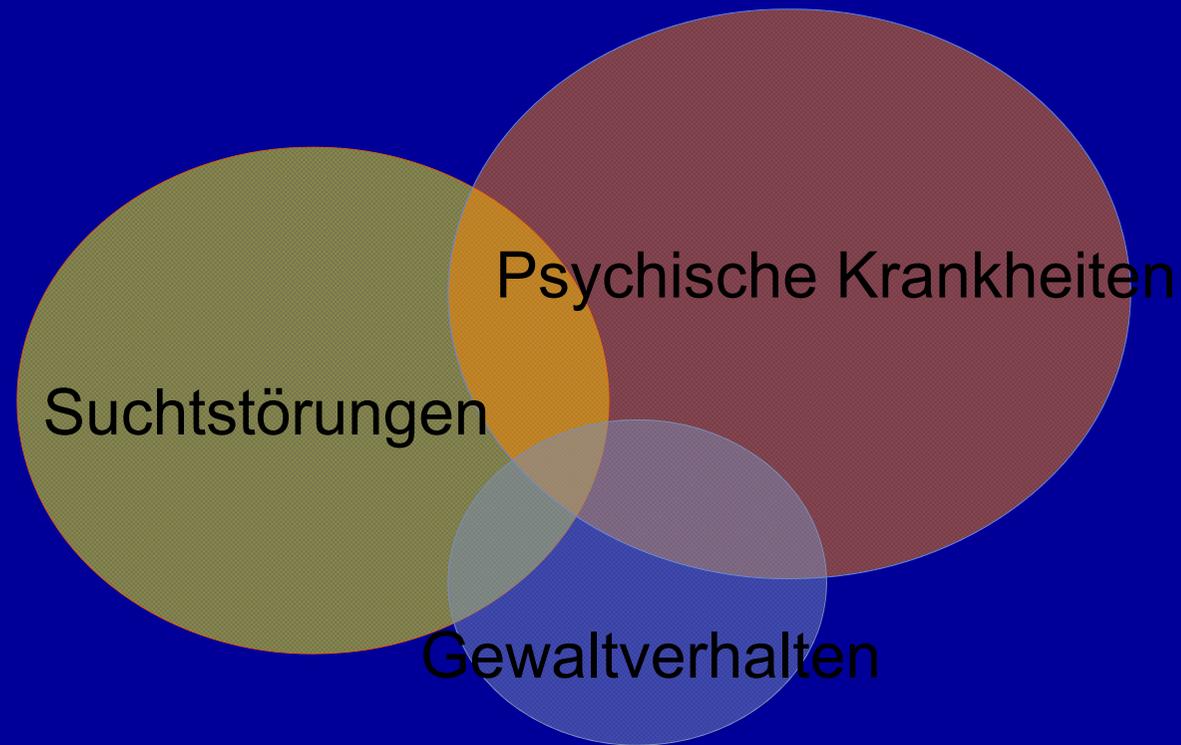
Familie und Sucht – Forschung und Praxis

2. Transmission – Risiken erkennen und verändern

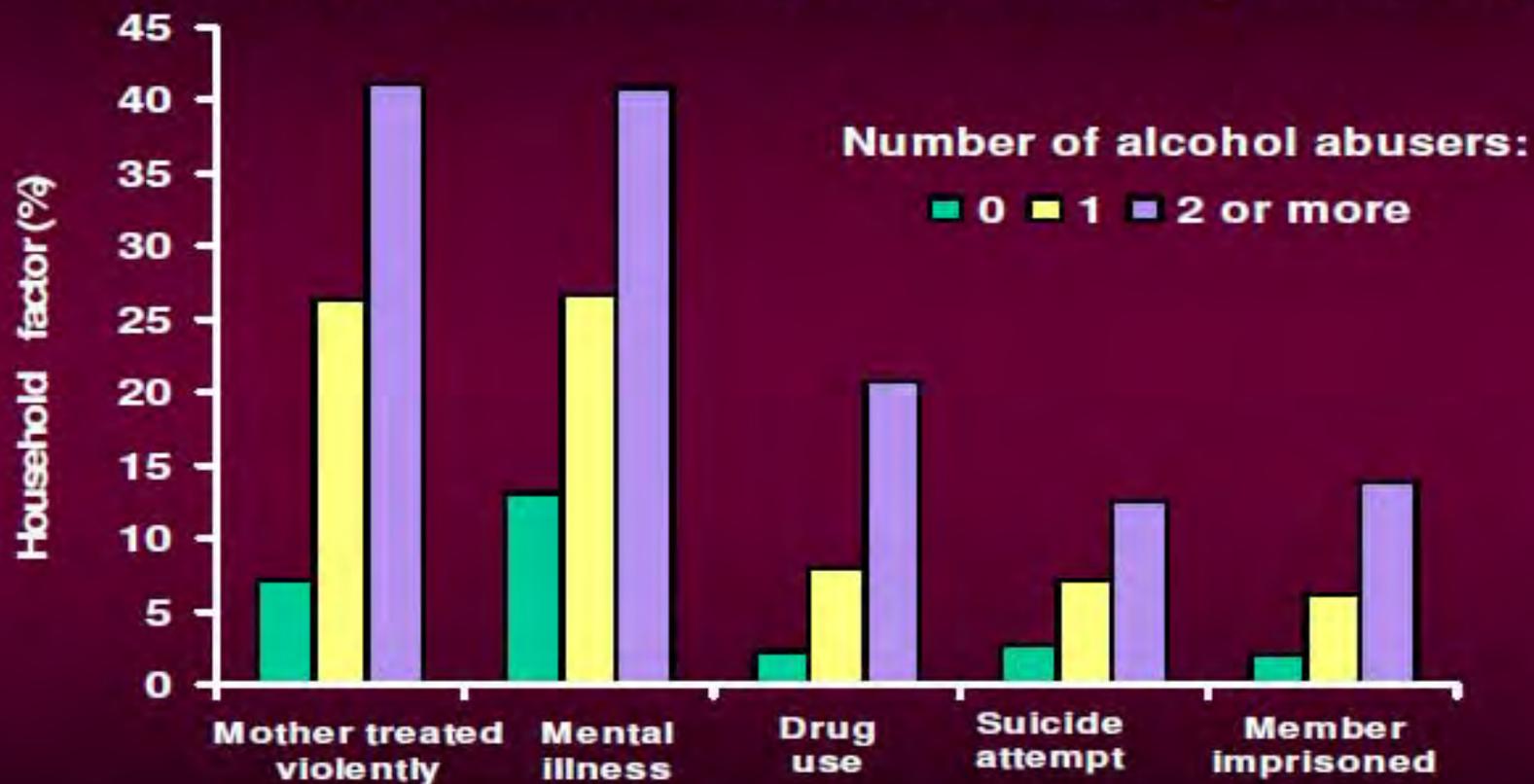
Kinder aus psychisch dysfunktionalen Familien



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

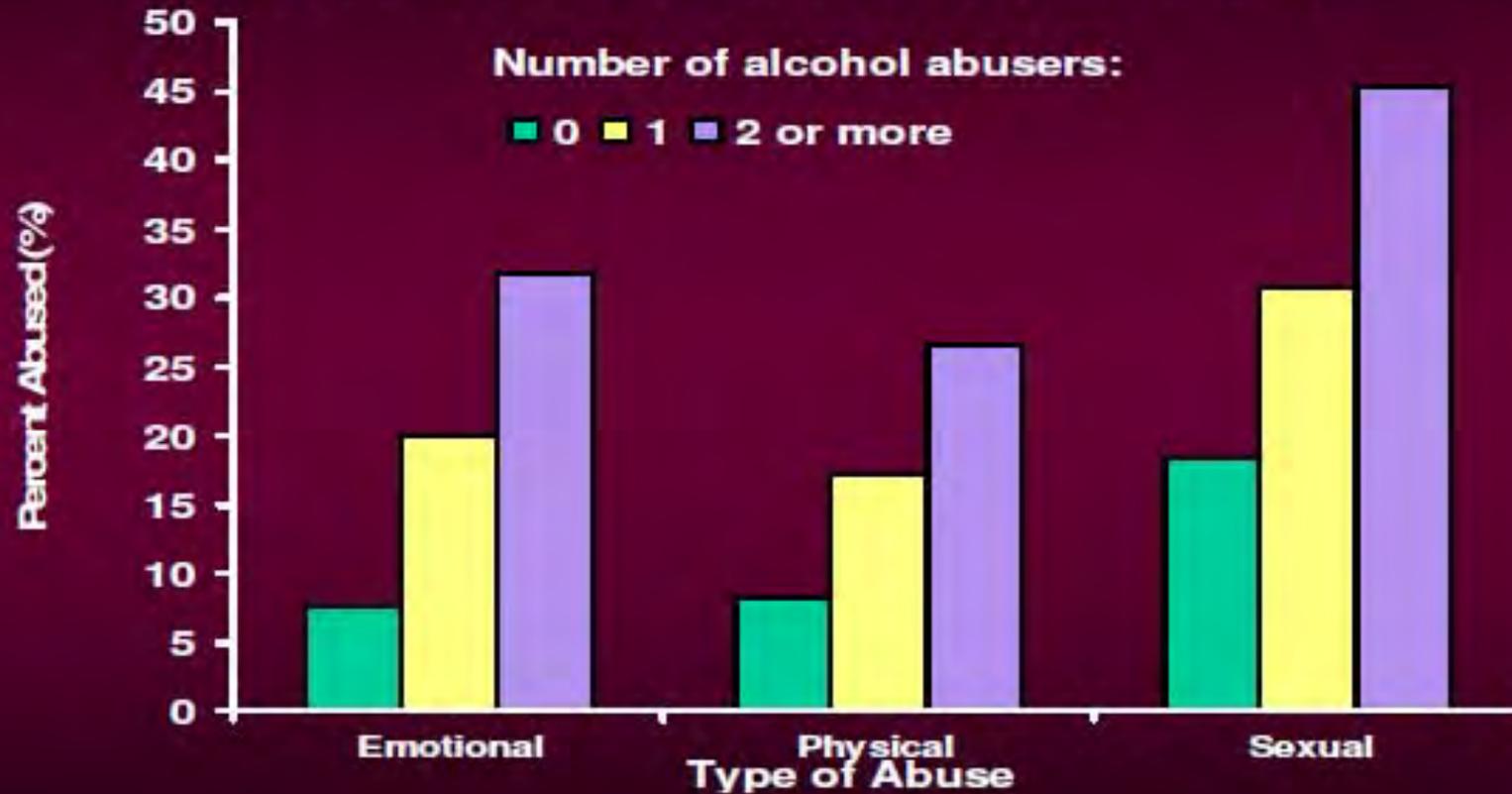


Alcohol Abuse in the Home and the Risk of Other Household Exposures During Childhood



Anda (2007)

Alcohol Abuse in the Home and the Risk of Childhood Abuse



Anda (2007)

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

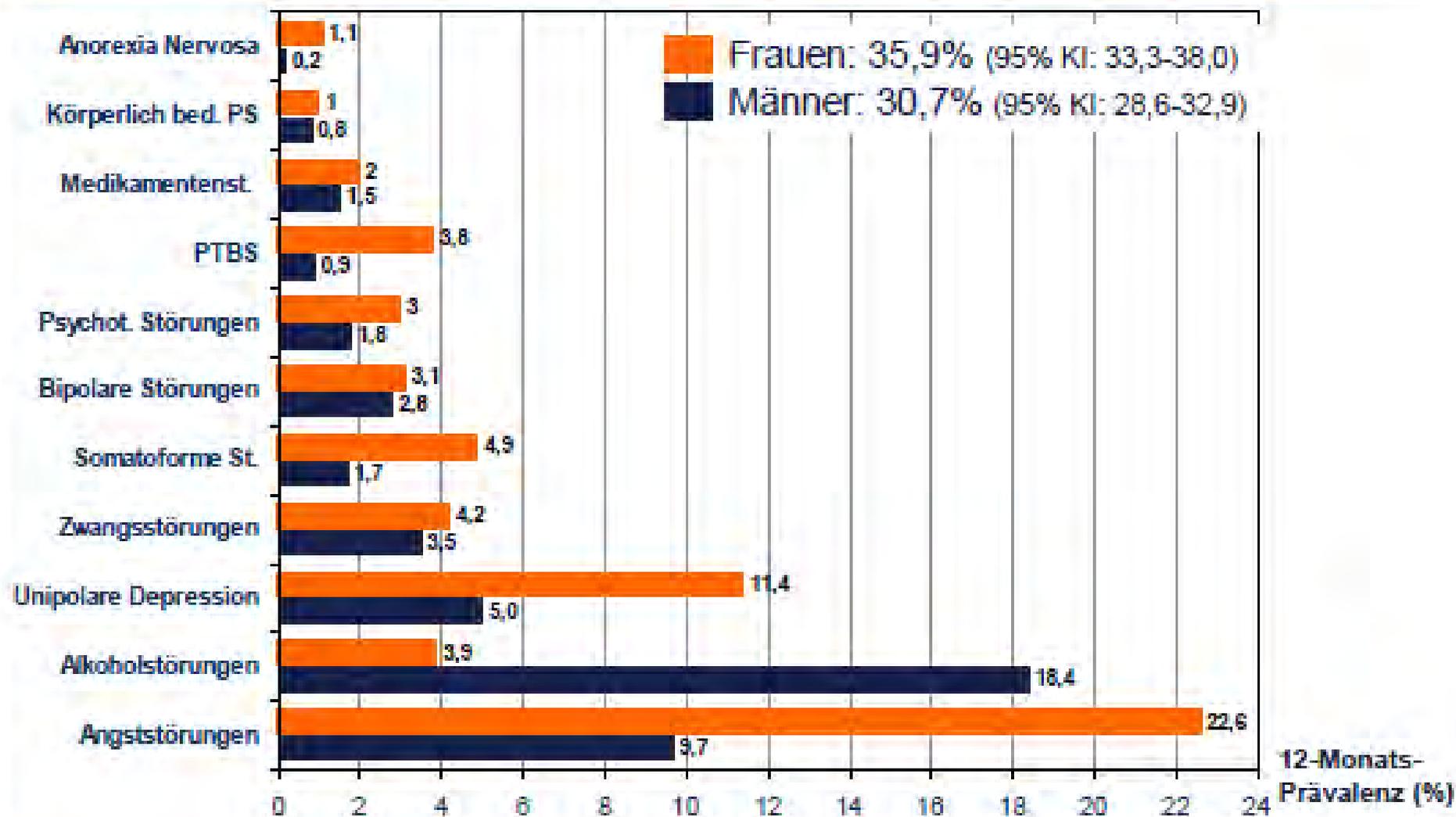
(3) Bewältigungsstress („Auch wenn es schwer ist, ich werde es schaffen und überleben“)

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

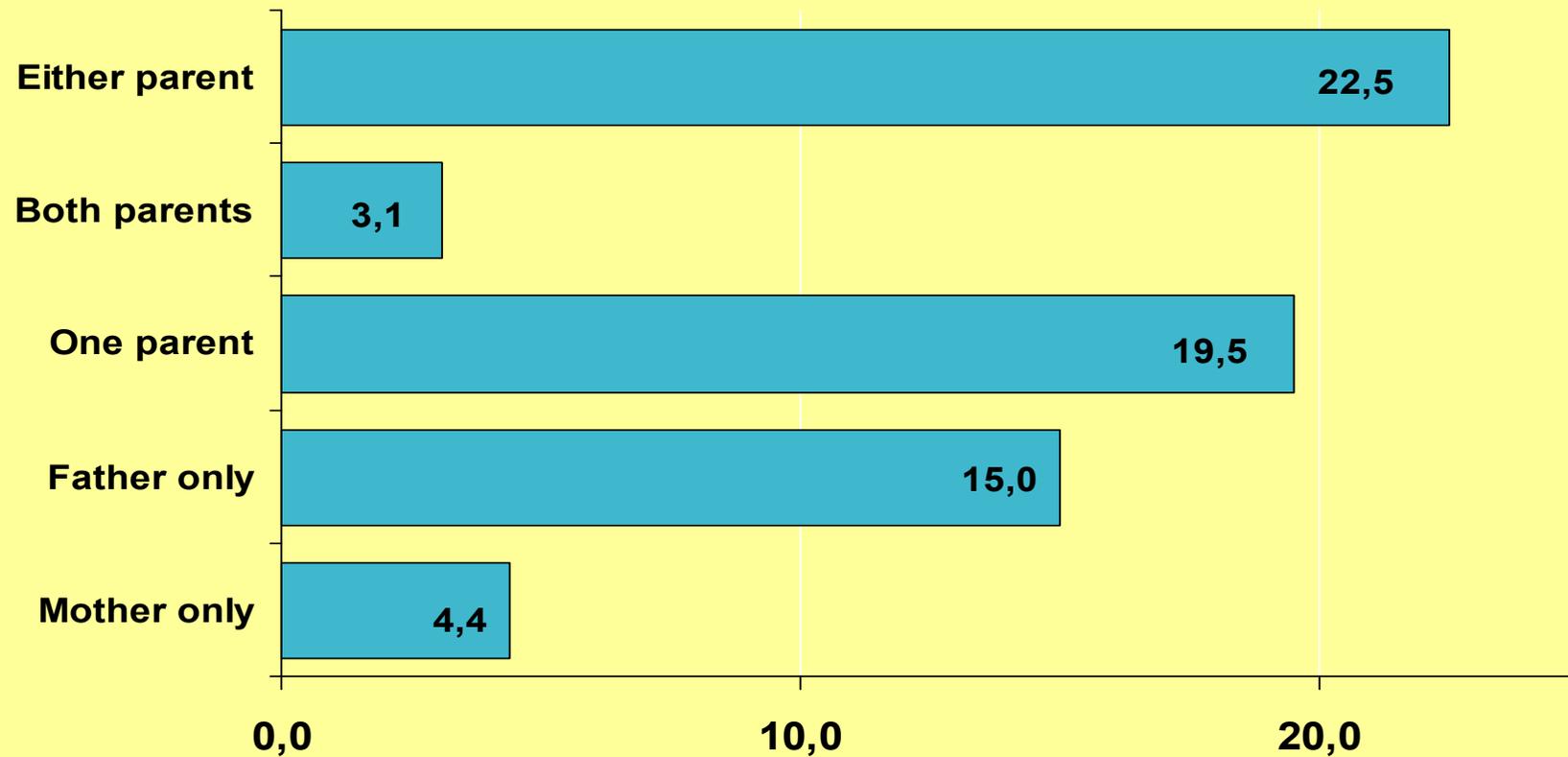
- (1) Dauer und Intensität der Exposition
- (2) Schwere der elterlichen psychischen Störung
- (3) Genetisches Risiko (Vulnerabilität; Reagibilität)
- (4) Alter des Kindes
- (5) Stressbewältigungskompetenzen/Resilienzen
- (6) Kranke/gesunde Modellpersonen (vor allem Verwandte) im Umfeld
- (7) Intermittierende 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)



Risikokonstellationen in dysfunktionalen Familien (N= 8.629)

Die wichtigsten 9 ACEs („widrige Kindheitserfahrungen“) 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

Dube et al., 2001

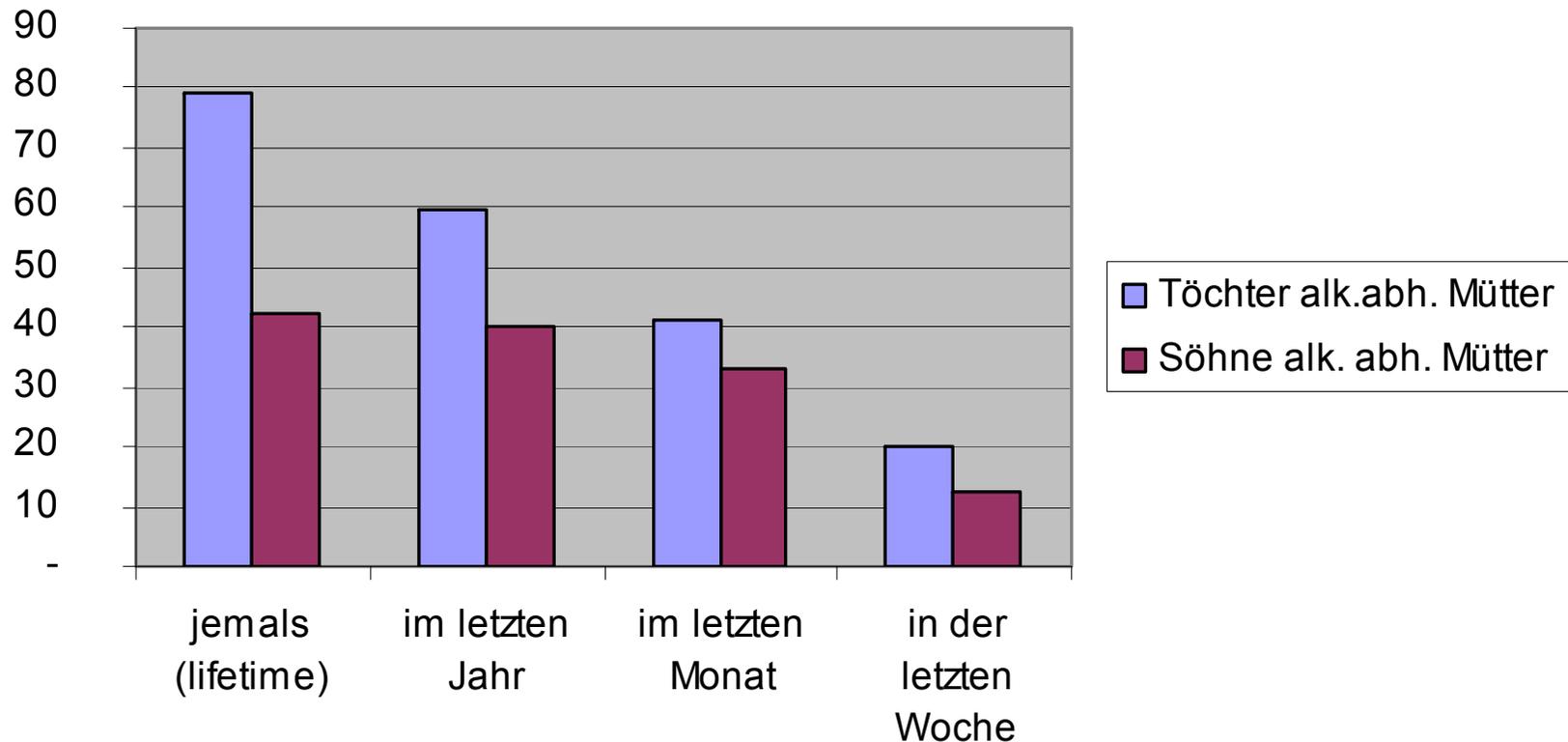
Kategorien widriger Kindheitserfahrungen I

(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

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

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



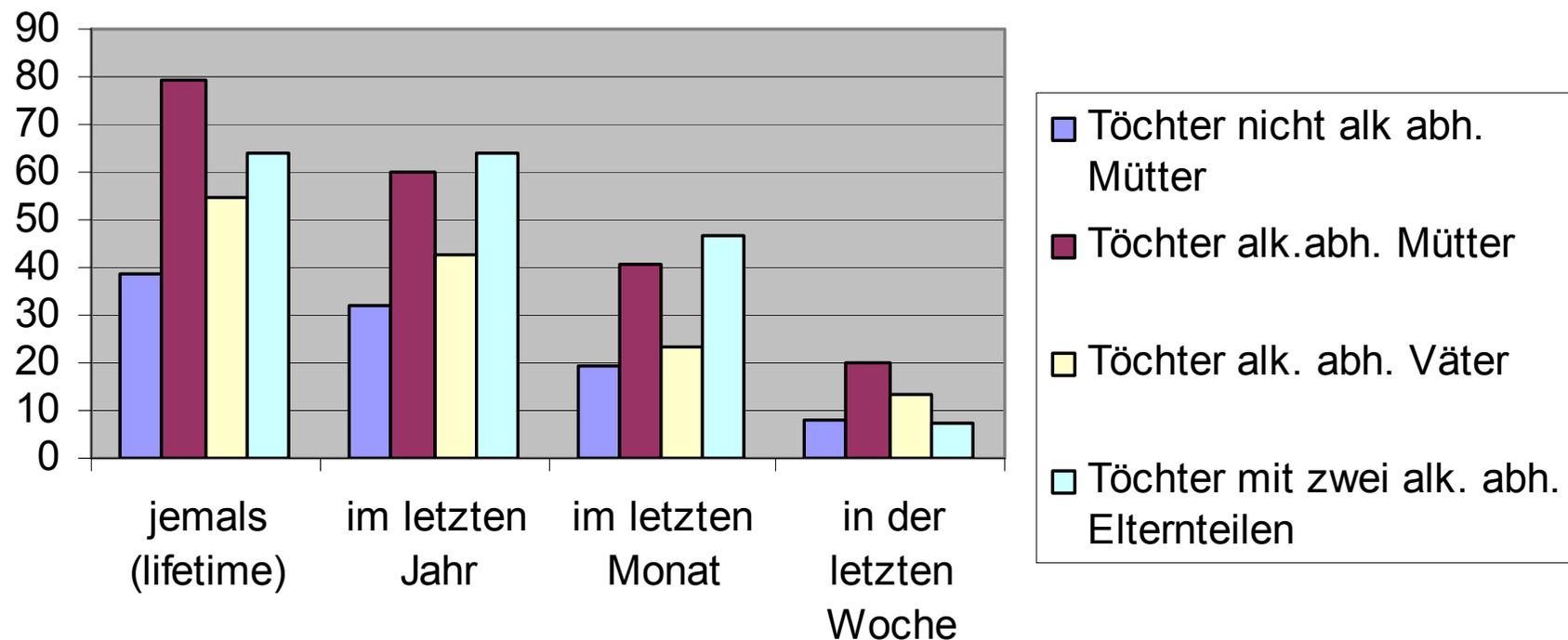
Kölner Jugendmonitoring (2006-2008)

Kölner Jugendmonitoring (2006-2008)

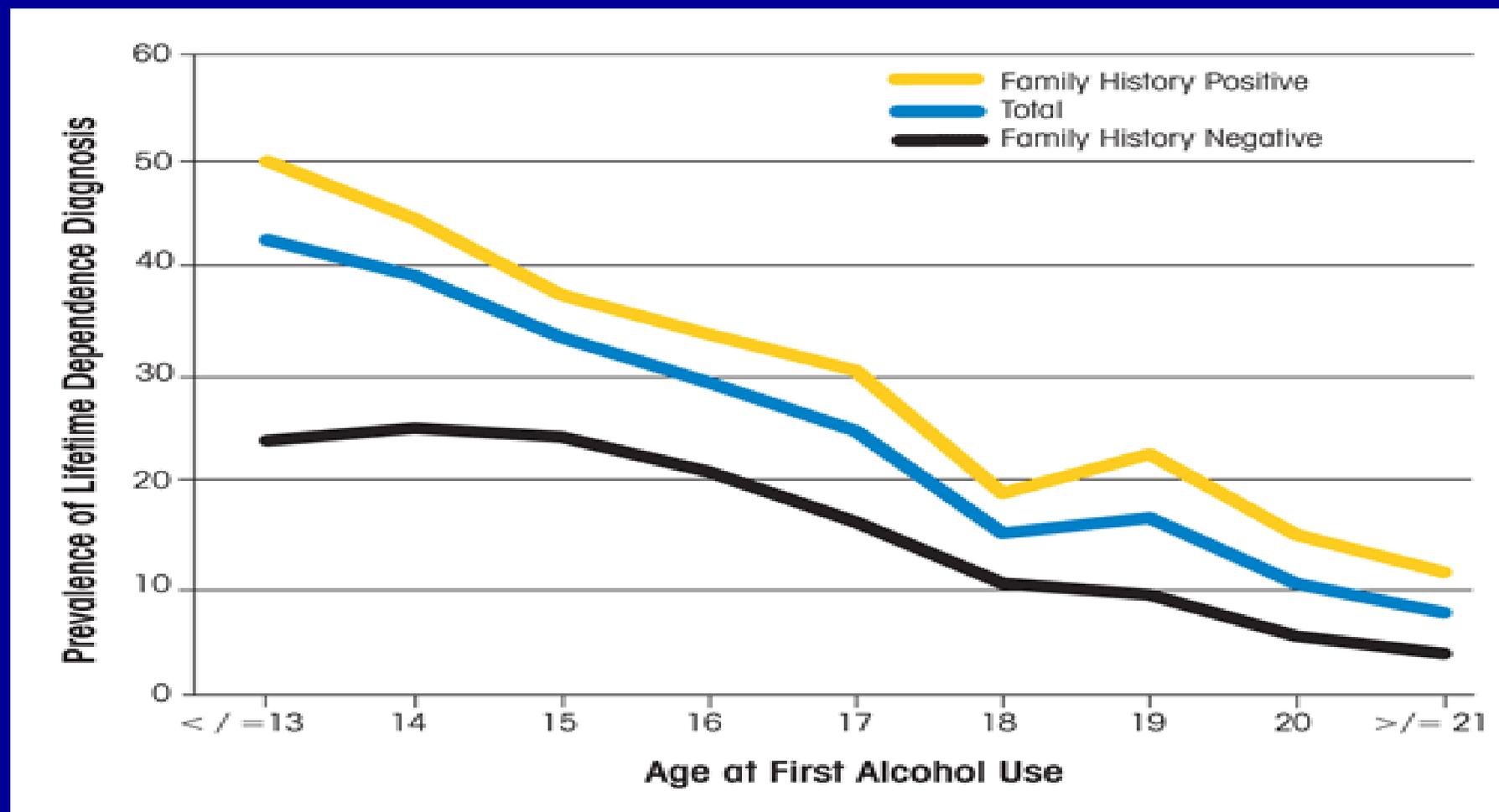
[Klein & Schaunig, 2011]

Durchschnittsalter: 14,2 Jahre

Betrunkenheitserfahrungen von Mädchen (N= 2.097)



„Family History Matters“: Je jünger, desto mehr



(Masten, 2009)

Capaldi et al., 2016, 7

Predicted probability of child alcohol use onset given the predictor variables and percentage of overall variance explained from the survival analyses

Variable	Model				
	Model 1: Parental tobacco use	Model 2: Parental alcohol use	Model 3: Parental marijuana use	Model 4: Parental tobacco, alcohol, and marijuana use	Model 5: Parental tobacco, alcohol, and marijuana use with controls
Child alcohol use onset predicted by:					
Child's gender (male = 1, female = 0)	2.10*	1.73*	1.92*	2.08*	1.74 [†]
Mothers' tobacco use	1.88***	–	–	2.20***	2.13***
Fathers' tobacco use	0.77	–	–	0.72 [†]	0.78
Mothers' alcohol use	–	1.54*	–	1.61*	1.58*
Fathers' alcohol use	–	1.02	–	1.14	1.27
Mothers' marijuana use	–	–	1.32*	1.11	1.12
Fathers' marijuana use	–	–	1.06	0.82	0.83
Fathers' alcohol × marijuana use	–	–	–	1.52*	1.49*
Parents' education	–	–	–	–	1.14
Child's antisocial behavior	–	–	–	–	1.63*
% variance explained (R^2)	15.5**	7.4	5.4 [†]	27.0***	30.6***

Notes: All parental substance use predictor variables and control variables of child's antisocial behavior and parental education were standardized across all children (i.e., means of 0 and variances of 1).

[†] $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Sucht und Familie – Verläufe, Prävention und Hilfen für betroffene Kinder.

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

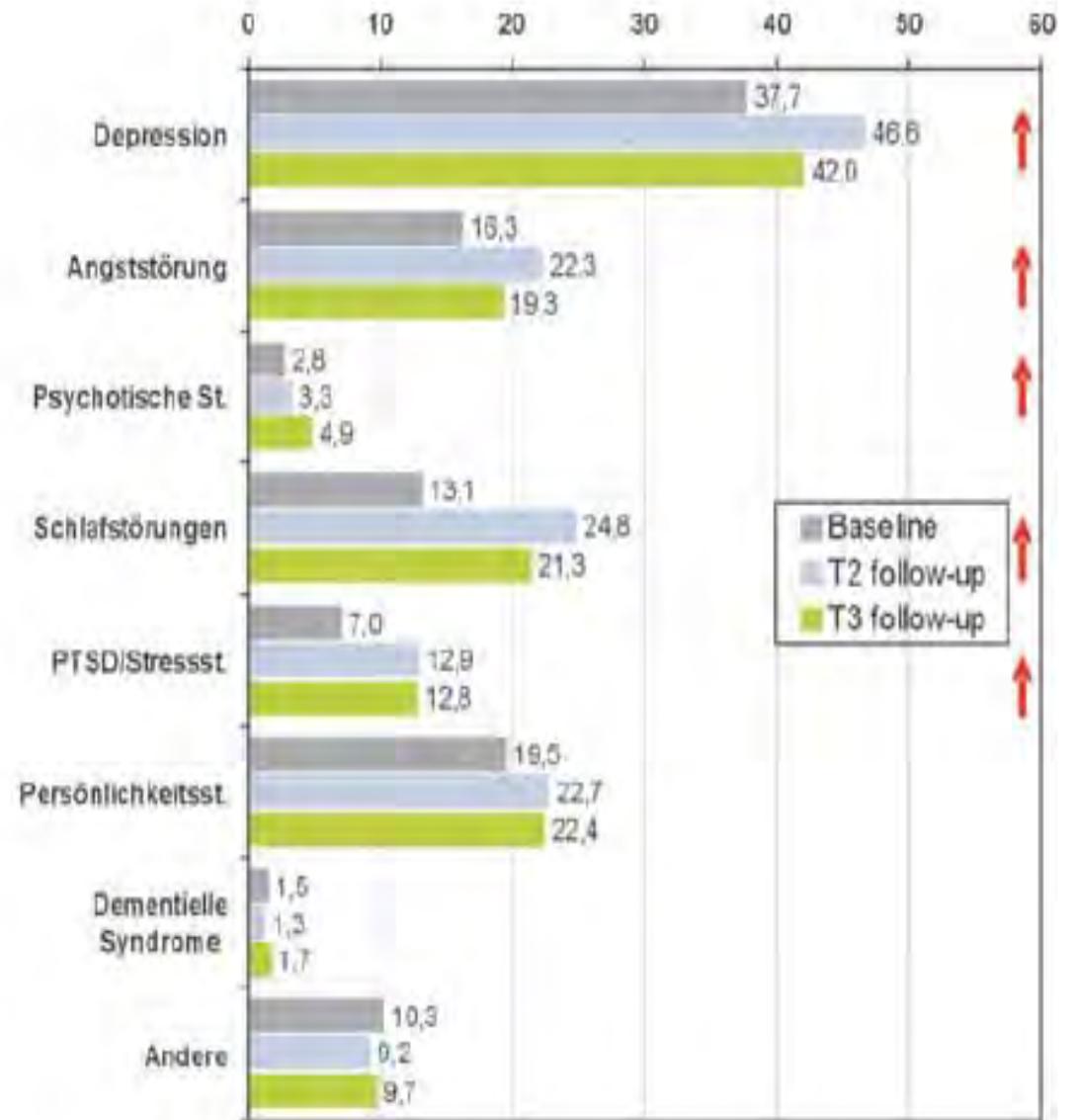


Abb. 10:

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

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

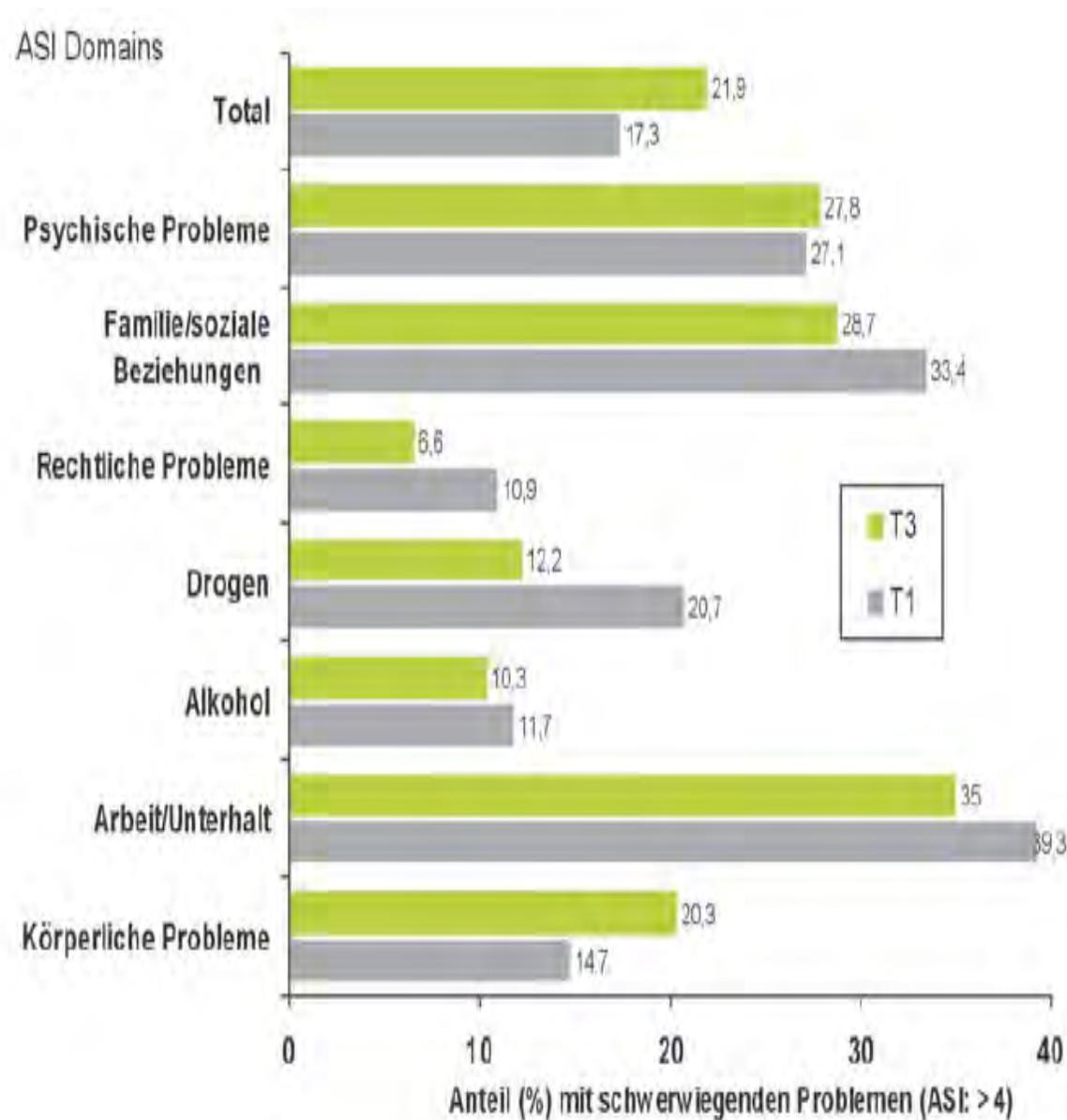


Abb. 7:
Anteil der Patienten mit schwerwiegenden behandlungsbedürftigen Problemen (> 4) im ASI (n = 1493)

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

Einzelne Forschungsergebnisse

Väter & Sucht

„...opioid-dependent fathers..., when compared with men who have no history of alcohol or drug abuse, drug-abusing men who do have children **tend to become fathers at an earlier age, typically in the context of ongoing drug abuse.** They also appear to be at risk to **have more children with more women within a briefer period of time...** Moreover, even if they make an initial effort to parent children in a socially desirable manner, **they usually cannot sustain that effort over time**“ (McMahon, 2013, 161).

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).

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 (ca. 10-13-fach), wenn ihre Väter glücksspielsüchtig sind als wenn die Mütter die Störung aufweisen.

„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“.

Sucht und Familie – Verläufe, Prävention und Hilfen für betroffene Kinder.

4. Transgenerationale Prävention und Hilfen

Kursübersicht MUT! (Klein, et al., 2006)

Sitzung 1	Was erwartet mich? 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstes Kennen lernen • Informationen zum Kurs • Fragebögen 	Sitzung 6	Anerkennen, was ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Mein Leben in der Substitution. • Was sollte mein Kind von meiner Suchtgeschichte wissen?
Sitzung 2	Entwicklung ist Chance 	<ul style="list-style-type: none"> • Was mich als Person ausmacht und geprägt hat. • Ich bin Begleiter meines Kindes in seiner Entwicklung. 	Sitzung 7	Nur Mut! 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisse von Kindern • Wie kann ich mein Kind ermutigen und unterstützen?
Sitzung 3	Ich und mein Kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Was bedeutet für mich Kindheit? • So sehe ich mein Kind. • So war es bisher; das möchte ich ändern. 	Sitzung 8	So verstehen wir uns gut! 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktische Tipps und Übungen zu einem guten Miteinander.
Sitzung 4	Großwerden als Aufgabe des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Erfahrungen wünsche ich meinem Kind besonders? • Die Entwicklungsgeschichte meines Kindes. 	Sitzung 9	Achtung, fertig, los! 	<ul style="list-style-type: none"> • Was nehme ich aus dem Kurs mit? • Wie geht es nach dem Kurs für mich weiter? • Welche konkreten Ziele möchte und kann ich mir setzen?
Sitzung 5	Einzelsitzung mit Kind	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Spielsituation 	Sitzung 10	Abschlussgespräch	<ul style="list-style-type: none"> • Nachbesprechung • Fragebögen
			Sitzung 11	• Abschlussfest gemeinsam mit den Kindern	

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.

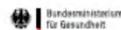


www.shift-elternteraining.de

 Deutsches Institut für Sucht-
und Präventionsforschung

 Katho

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 ...

**KID
KIT**



... 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

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

Das Vaterthema in der Suchttherapie: VAFÜ ("Vaterführerschein")

- Ich als Mann: Meine Geschichte, meine Stärken und Schwächen, mein einzigartiges Profil
- Ich als Vater: Was kann ich gut, was weniger gut? Meine Ziele, Prinzipien, Zukunft
- Ich als Junge: Ein Blick auf mein Gewordensein, meine Geschichte, nötige Lösungen
- Ich und die anderen: Meine Beziehung zu meiner Herkunftsfamilie, meinen Partnern und meinen Kindern
- Beziehungen führen: Meine Stärken, meine Schwächen, mein Profil
- Ich und meine Gesundheit: Wie war's? Wie wird's?
- Ich und der Alkohol: Wozu? Woher? und Wie geht's weiter?
- Ich und meine Kinder: Was war? Was ist? Was wird? Mut zur Zukunft?

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 und Familie – Verläufe, Prävention und Hilfen für betroffene Kinder.

5. Konsequenzen für Versorgung, Prävention und Hilfen

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 ...

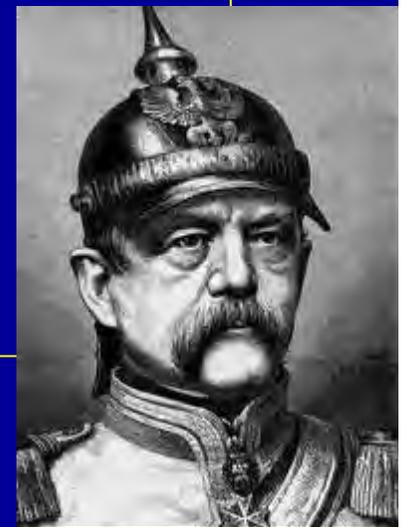
- (1) früh einsetzen (**Frühintervention**)
- (2) das vorhandene Risiko adäquat wahrnehmen und bearbeiten (**selektive Prävention**)
- (3) mehrere Generationen überblicken (**transgenerationale Prävention**)
- (4) umfassend und dauerhaft sind (**Case Management**)
- (5) die ganze Familie einschließen (**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“)

Kinder in suchtbelasteten Familien – strukturelle Hindernisse für gelingende Übergänge

Übergänge für mitbetroffene Kinder in indizierte Hilfesysteme sind selten, weil...

- (1) dies im gegliederten Sozialleistungssystem regelhaft nicht vorgesehen ist
- (2) Im Jugendhilferecht zunächst von psychisch gesunden Eltern mit schlimmstenfalls Erziehungsproblemen ausgegangen wird
- (3) Selektive Prävention im Hilfesystem nicht routinemäßig verankert ist
- (4) Das Suchthilfesystem Kinder meist immer noch systematisch ausblendet

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 Frühintervention für exponierte Kinder, vor allem als selektive Prävention („minimalinvasiv“)

(2) Mehr Psychoedukation für Entscheider, Eltern und Kinder

(3) 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“, bench marking) → 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), auch im Erwachsenenversorgungssystem

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) Die Suchtbehandlung eines Elternteils sollte wenigstens und spätestens Anlass sein, ein koordiniertes regelhaftes Screening für mitbetroffene Kinder einzuleiten.

(4) Von den differentiellen Effektivvariablen sollte auf das Geschlecht des suchtkranken Elternteils bzw. des exponierten Kindes besondere Beachtung gelegt werden.

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