

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG



Notdienst für Suchtmittelgefährdete
und -abhängige Berlin e.V.

Gelingsensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht-
und Drogenhilfe. Wie das Unmögliche möglich wird durch
multivariables Management ...

Michael Klein, Köln
05. Juni 2019

Familie und Sucht – Eine transgenerationale Dauerschleife?

1. Einführung, Überblick, alte und „neue“
Problemlagen

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 –

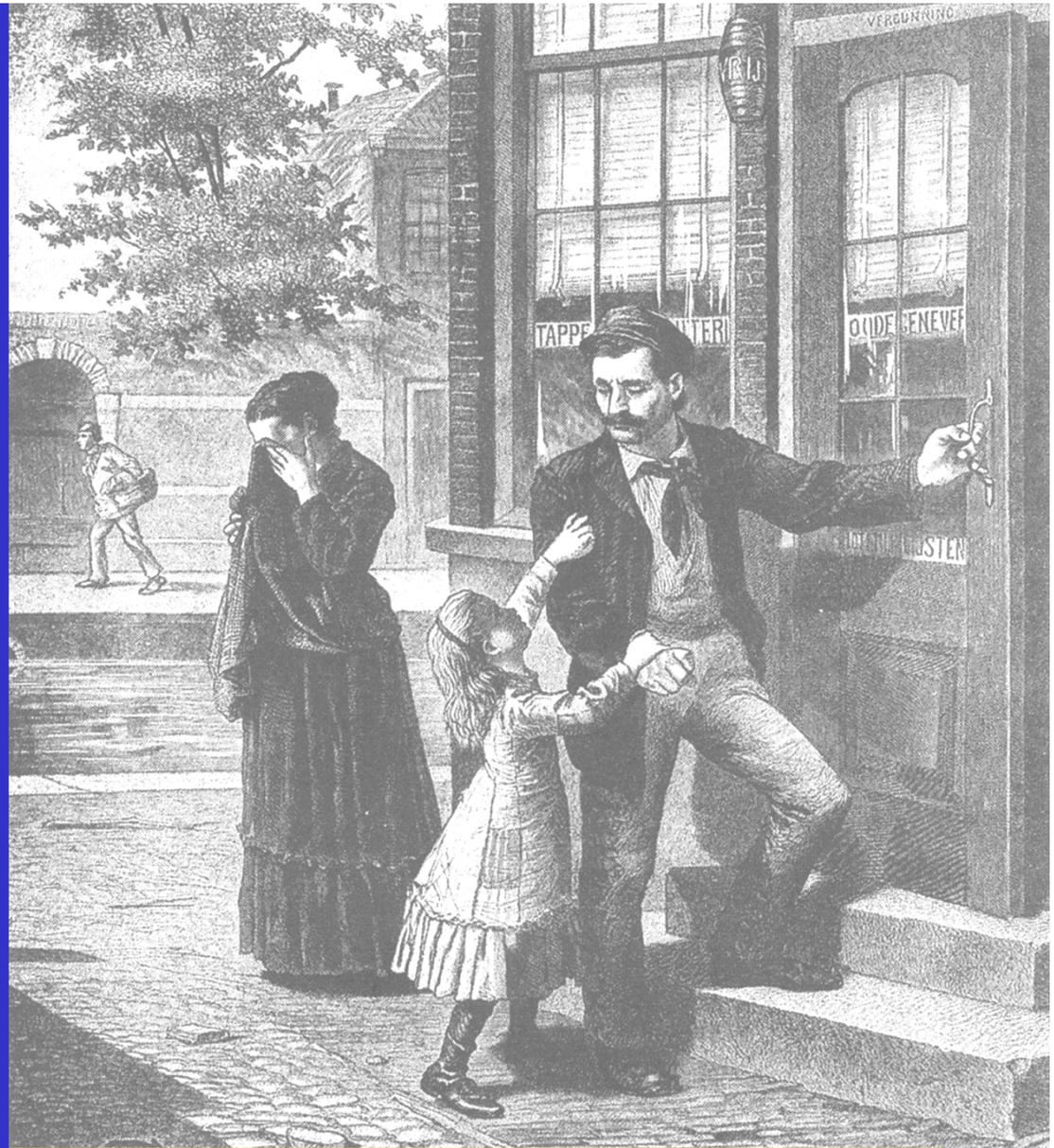
Die Frage nach ihren Auswirkungen auf die Familie, insbesondere Kinder, sollte Regel und nicht Ausnahme sein.

„Addiction runs in Families“ → und erzeugt bei exponierten Kindern u.a.

**Parentifizierung,
Familienkonflikte,
Beschämung und
erhöhte Sucht- und
Krankheitsrisiken**

→

„Die Generationengrenzen sind alkohollöslich“



**Mäßigkeitsbewegung,
Amsterdam, ca. 1880**

Aber nicht nur Sucht ist ein transgenerationales Phänomen.

Psychische Störungen, emotionale und behaviorale Dysregulation, Selbstmedikation, Chronifizierung, Abwehr sind ebenfalls transgenerationale Phänomene und bio-psycho-sozial „hereditär“.

Wieso hat das Thema transgenerationaler Sucht bzw. psychischer Komorbidität bislang so wenig Aufmerksamkeit erhalten?

Wer Suchtkranke behandelt, behandelt implizit ganze Familien und viele psychische Störungen.

Aber keine Sorge: Es sind auch Ressourcen anwesend.

Oft ohne es zu wissen bzw. wissen zu können, choreographiert die therapeutische Beziehung zentrale Aspekte der Familiendynamik der Herkunftsfamilie und reinszeniert entsprechende Konflikte... (vgl. „Familientherapie“ ohne Familie, Thomas Weiss, 1994, 2005, 2008)

→ Biopsychosoziale Heredität

Rollenfixierungen in suchtbelasteten Familien

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackerman (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungs bewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon	Chamäleon	
		Der Übererwachsene /Distanzierte/ Unverletzte		Das kranke Kind (Klein, 2003)

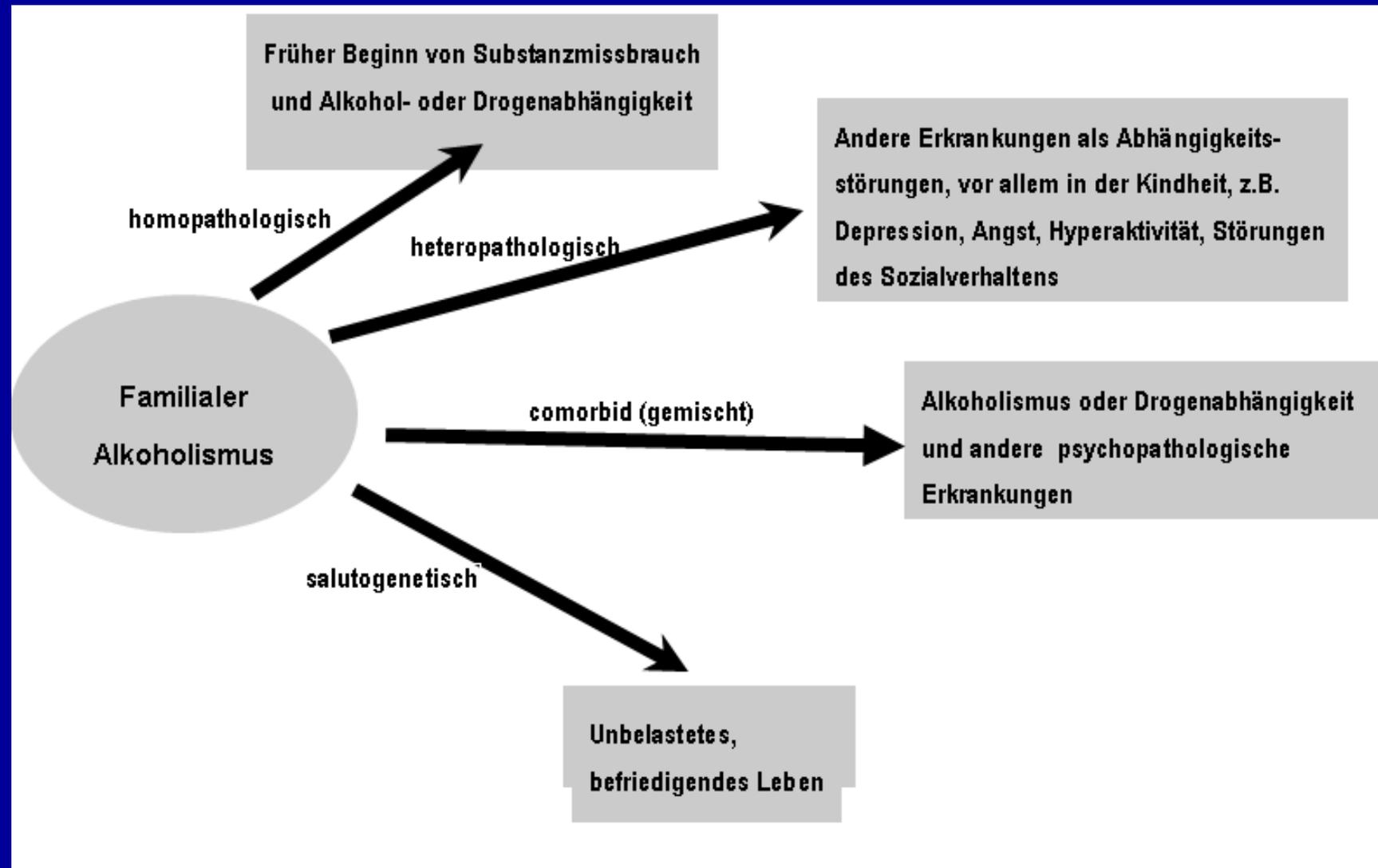
Und was ist überhaupt „Familienorientierung“...?

- (1) Am wenigsten Orientierung an der kleinbürgerlichen Idealfamilie**
- (2) Aber... Sensibilität für transgenerationale Prozesse (bio-psycho-sozial)**
- (3) d.h. BIO: genetische Risiken und neurobiologische Effekte**
- (4) PSYCHO: Trauma- und Stressfolgen, Selbstwert, Resilienzen, Komorbiditäten**
- (5) SOZIAL: dysfunktionale Modelle, Partnerwahlmuster, Eltern-Kind-Interaktionsmuster**

Gründe für eine stärkere, durchgehende Familienorientierung in der Suchthilfe

- (1) Hohe transgenerationale Risiken**
- (2) Biographisch prägende Einflüsse (Lerngeschichten, Traumatisierungen)**
- (3) Substanzkonsum in der Schwangerschaft (pränatale Risiken)**
- (4) Suchthilfesystem als Partnermarkt (implizite Selektionsmuster) und Generationenkarussell**

Wege der Transmission von Suchterkrankungen und anderen psychischen Störungen in Familien



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

Transgenerationale Effekte und Risiken

- (1) Die psychische Erkrankung eines Elternteils findet sich auch (zeitversetzt) bei den (exponierten) Kindern (Homopathologie)
- (2) Kinder suchtkranker Eltern entwickeln eine andere psychische Störung, oft schon frühzeitig (Heteropathologie)
- (3) Ein psychisch komorbides Elternteil hat ein Kind, das sich ebenfalls psychisch komorbid entwickelt
- (4) Zwei Elternteile mit verschiedenen psychischen Störungen, die sich beide beim (exponierten) Kind wiederfinden („double trouble“)

Konstellationen in psychisch 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).

Merksatz: Eine Sucht in einer Familie kommt selten allein!

Konstellationen in psychisch 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**

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

FASD & Suchthilfe

Projekt FASD-Adult 2019

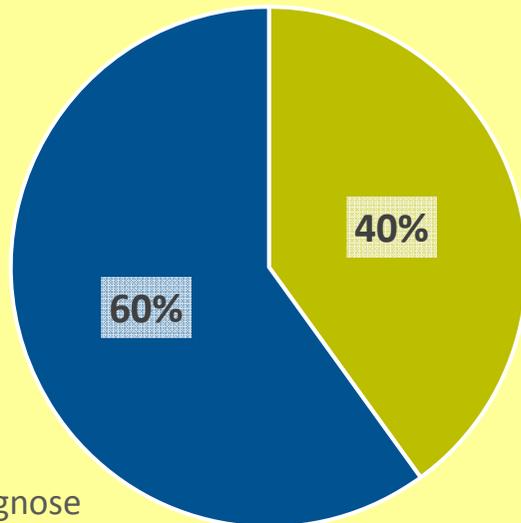
Datenerhebung

- *Erhebungszeitraum:*
- 01.März –24.Mai 2019
- *Stichprobe:*

Alter: 18 – 35 Jahre

n=20

Davon positiv: 8



■ positiv ■ negativ

Kooperierende Einrichtungen:

SKM Köln - Fachklinik Tauwetter

Drogenhilfe Köln - Kontakt- und

Gesundheitszentrum Café Victoria

VFG - Fachklinik Meckenheim

Substanzgebrauch:

→ frühes Einstiegsalter

- Alkohol Ø **12,5 Jahre** - Vergleich allgemein Ø 15,0 Jahre (BZgA,2018)
- Drogen Ø **14,6 Jahre** - Vergleich allgemein Ø 16,7 Jahre (BZgA,2012)

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)**

Gelingsensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht- und Drogenhilfe

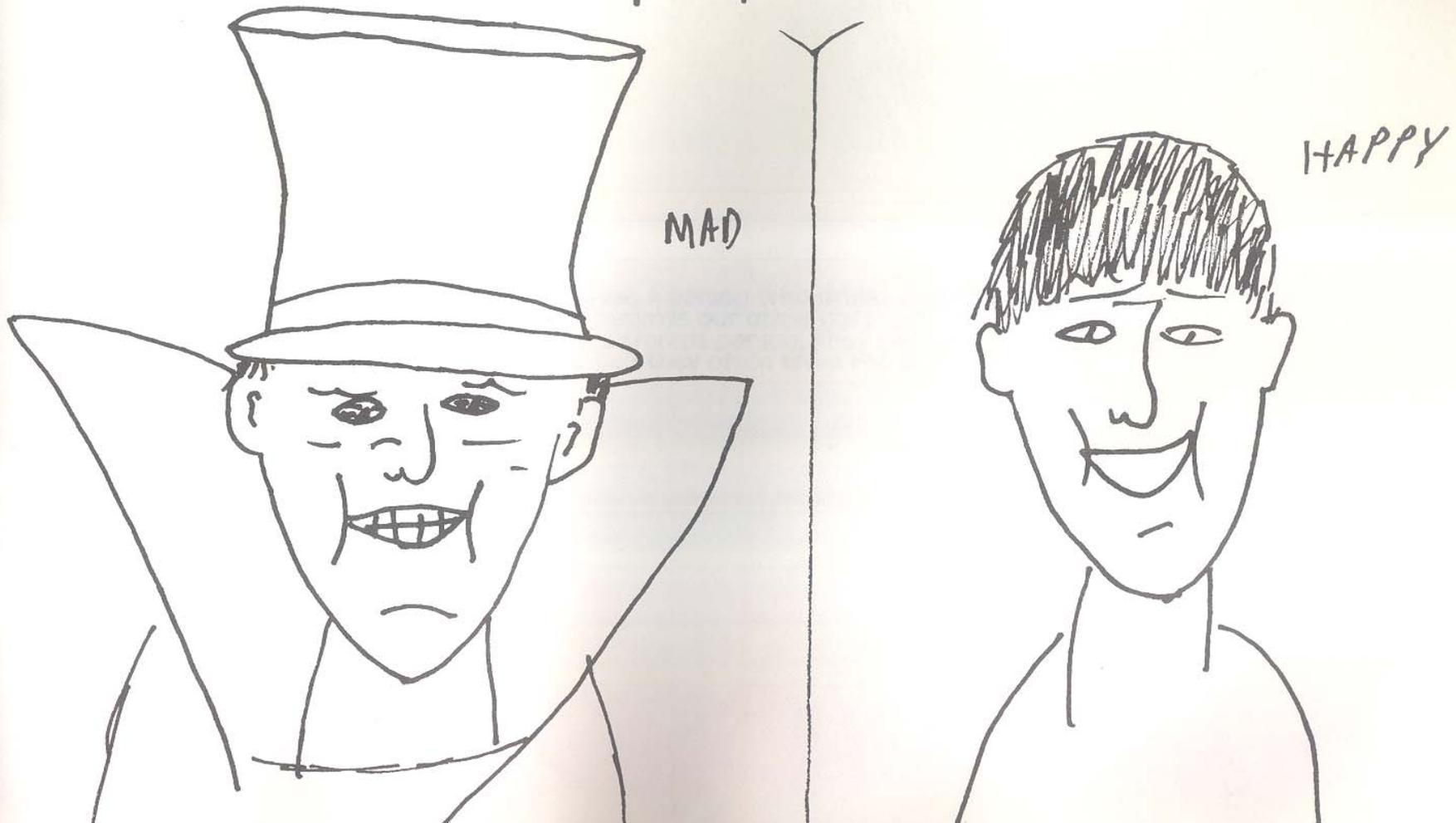
2. Klinische Erfahrungen, Beispiele, Hintergründe

Claudia Black, Sharon Wegscheider, Janet
Woititz, ab ca. 1969



Kinderzeichnungen (Claudia Black, 1969 – 2019): Alkoholranke Väter

When my dad drinks he is
two different people.

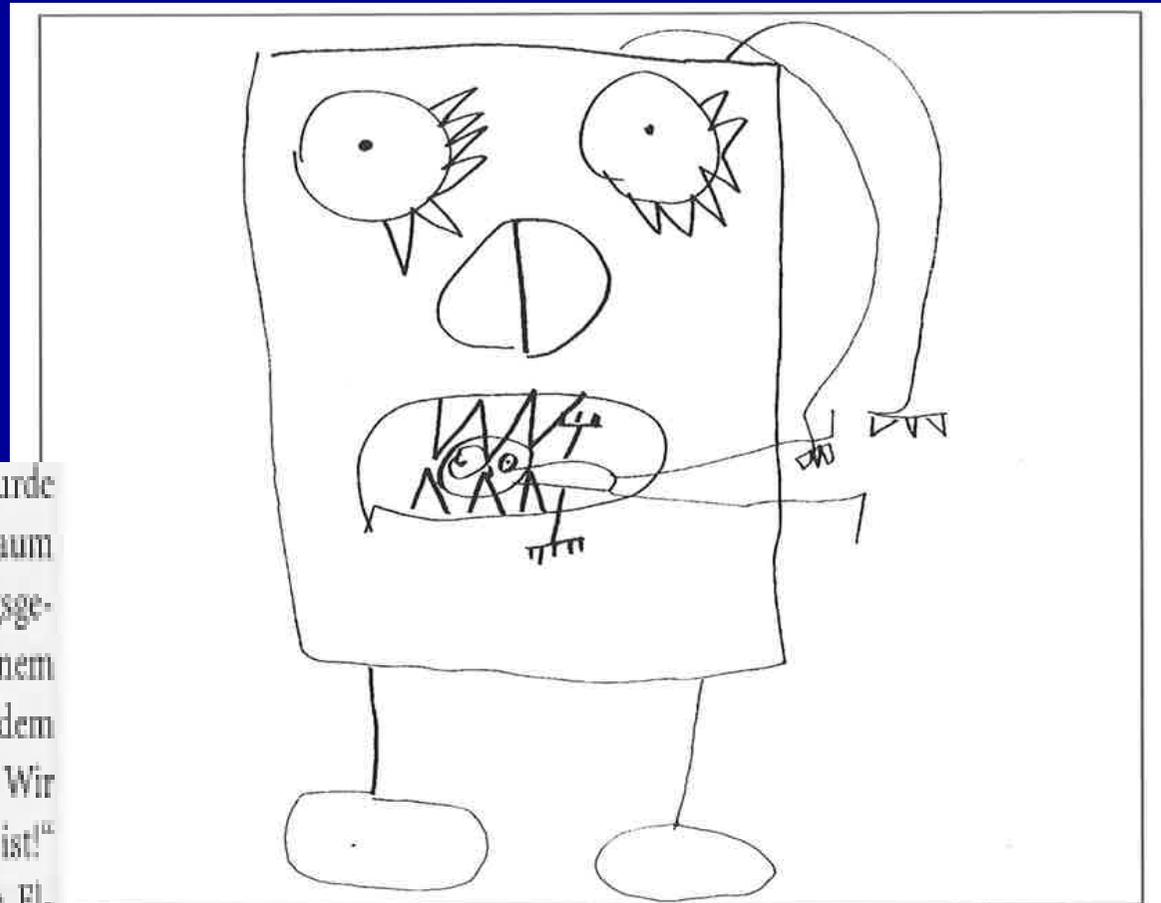


Maren, 8 Jahre, Mutter alkoholabhängig



Maren, 8 Jahre

Während der Beratung seiner Eltern wurde Max, fünf Jahre alt, in einem anderen Raum Zeichenmaterial angeboten. Im Beratungsgespräch waren sich die Eltern nur in einem Punkt einig: „Unser Max bekommt von dem ganzen Stress rund ums Spielen nichts mit. Wir streiten uns nur, wenn er schon im Bett ist!“ Nach dem Gespräch präsentierte Max den Eltern sein Bild und kommentierte auf Nachfrage: „Das ist der Papa, der hat zu viel gespielt am Spielkasten. Und nun wird er aufgefressen vom Spielkasten.“

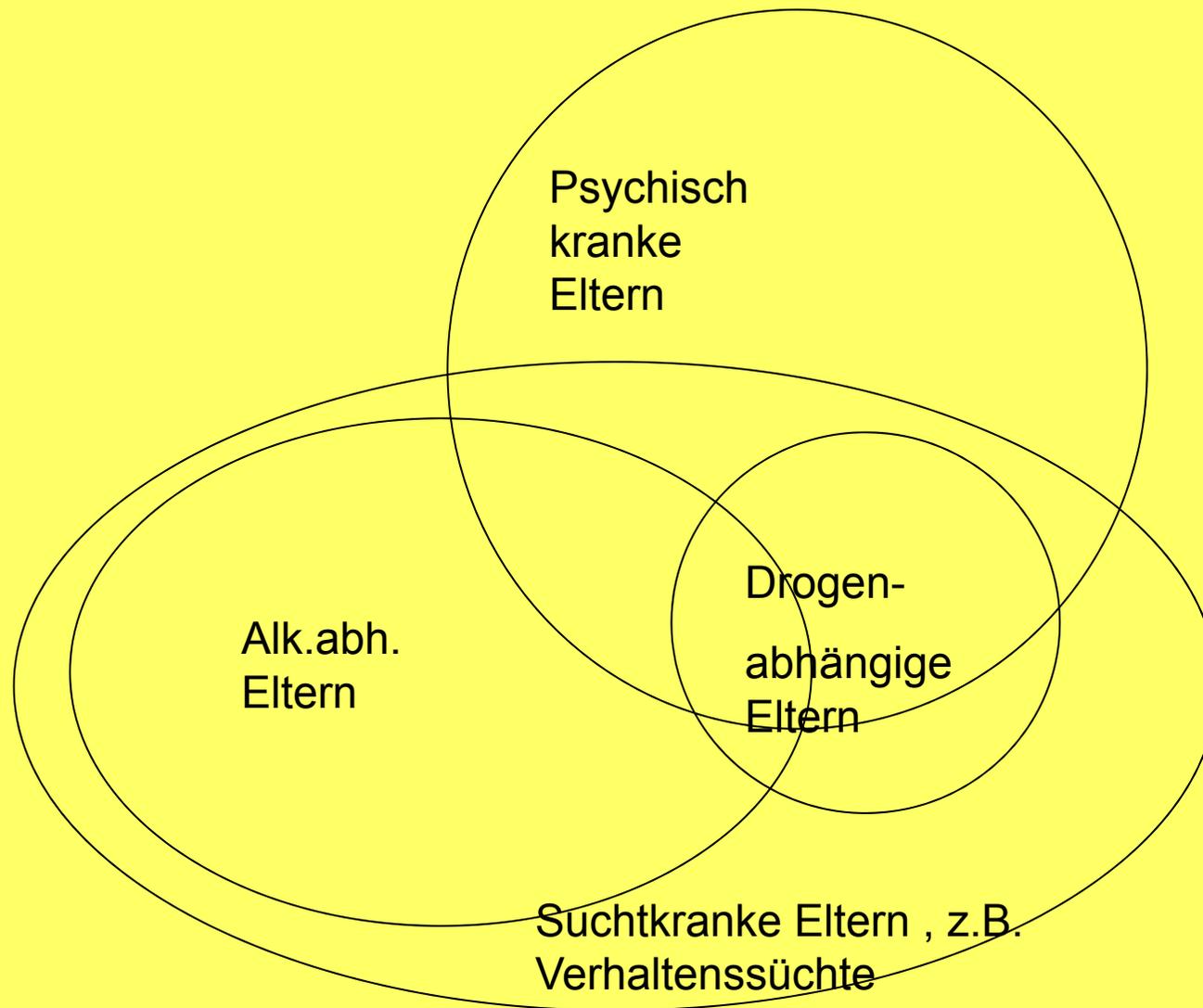


Aus: Zobel, 2008, 143-144

Gelingsensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht- und Drogenhilfe

3. Transmission – Risiken erkennen und verändern

Kinder aus psychisch dysfunktionalen Familien



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



Hauptsymptome psychisch dysfunktionaler Familien: Stress, Parentifizierung und Volatilität

Im Einzelnen:

- Stabilität der Instabilität
- Unberechenbares Verhalten des psychisch Kranken 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 psychisch dysfunktionalen Familie zu leben, bedeutet vor allem psychischen Stress: Alltags- und Dauerstress. Es entstehen oft dysfunktionale Copingmuster.

Formen des Familienstress (Schneewind, 1991, 2006):

(I) dysfunktional

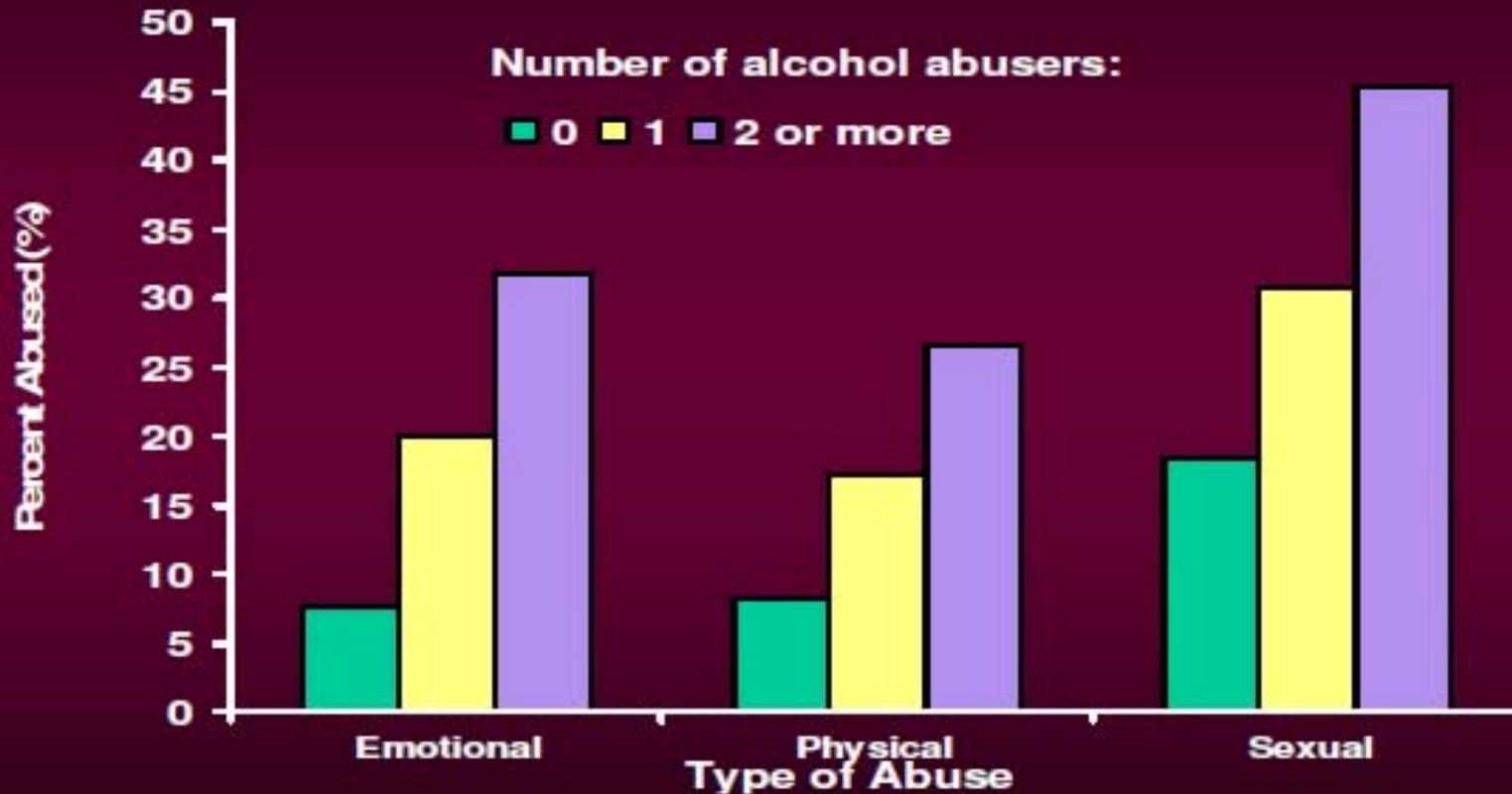
(1) Duldungsstress („Ich kann dem Druck und Stress nicht ausweichen, halte ihn aber nicht aus“)

(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“)

Alcohol Abuse in the Home and the Risk of Childhood Abuse



Anda (2007)

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)

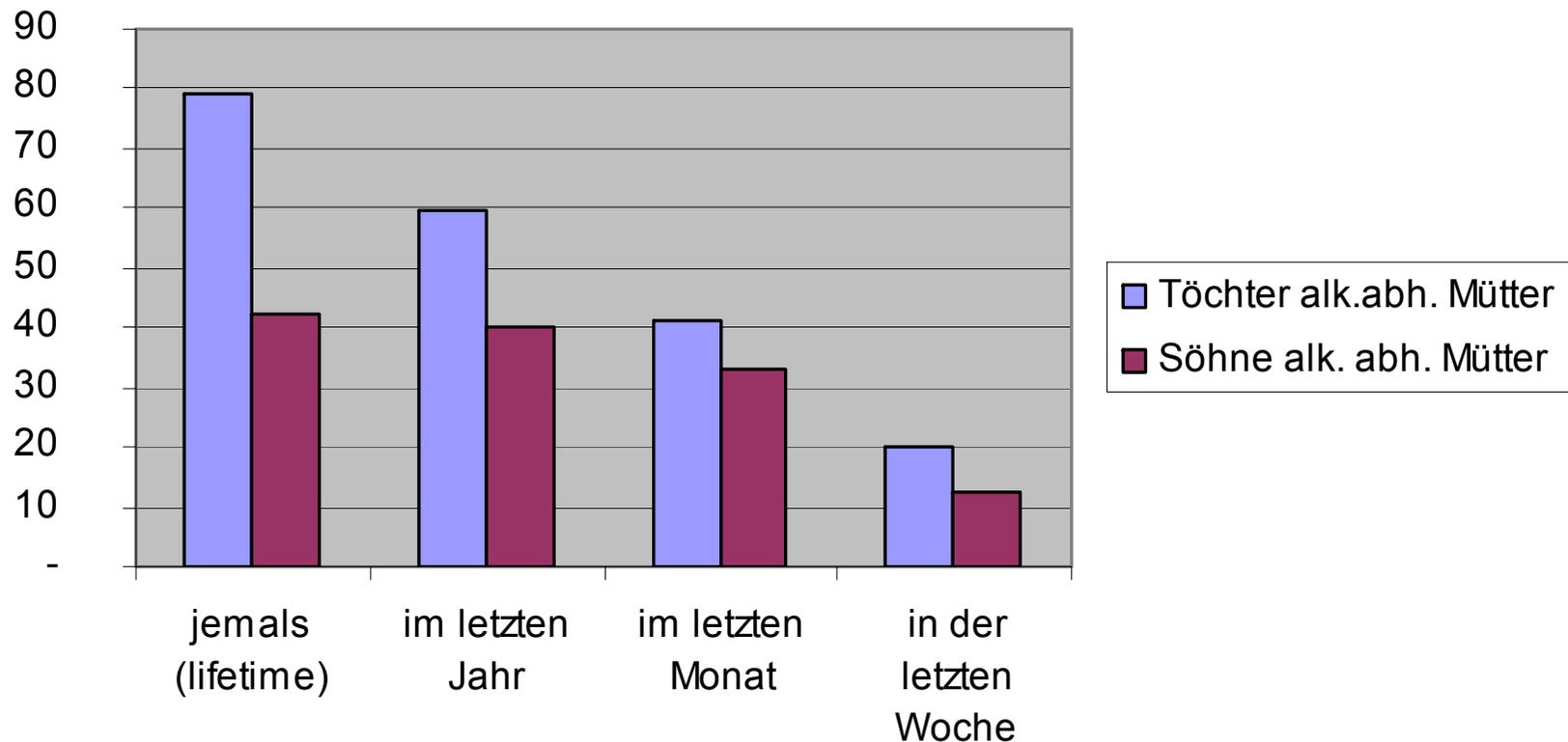
Kategorien widriger Kindheitserfahrungen I

(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)

Gelingsensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht- und Drogenhilfe

4. Verschiedene Suchtformen, psychische Komorbiditäten 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

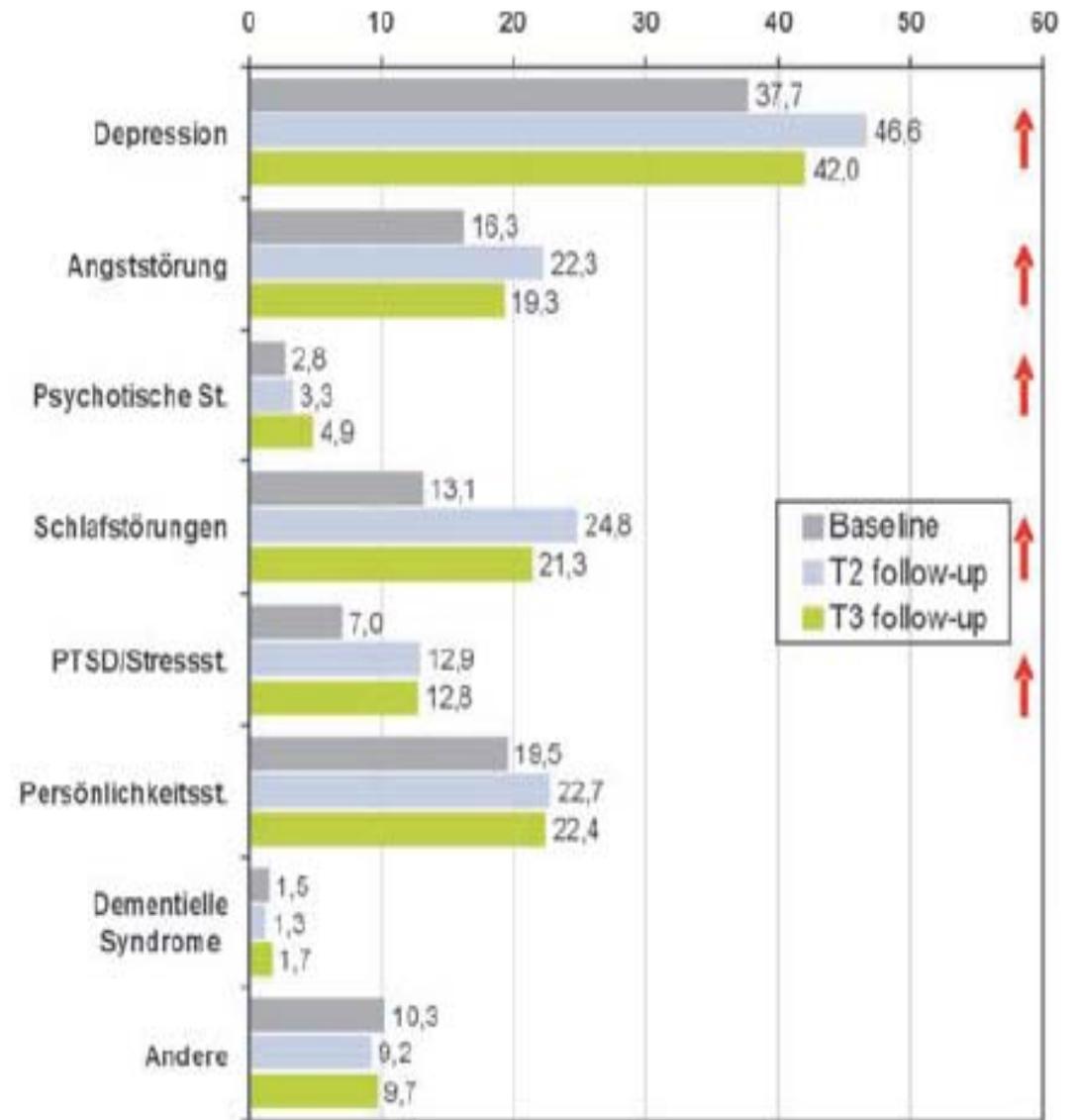


Abb. 10:

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

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

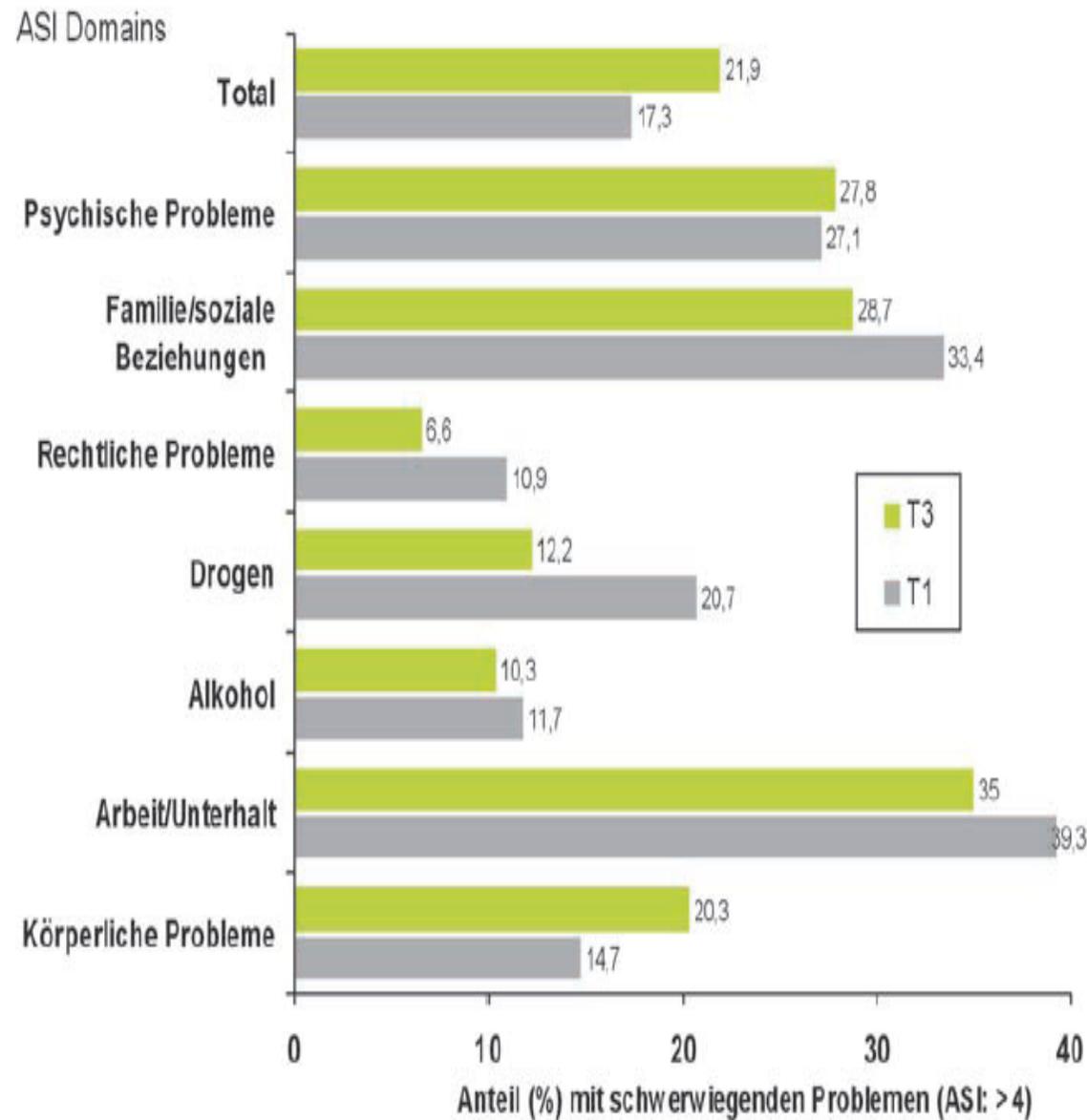


Abb. 7:
Anteil der Patienten mit schwerwiegenden behandlungsbedürftigen Problemen (> 4) im ASI (n = 1493)

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

Einzelne Forschungsergebnisse Väter & Sucht

„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 (punitiv, hyperautoritäre) Erziehungshaltungen und entsprechende Erziehungspraktiken sowie Erziehungseinstellungen, die physische Bestrafung favorisierten (McMahon, 2008).

Gelingensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht- und Drogenhilfe

4. Und jetzt zu den konkreten
Gelingensbedingungen bzw. den
Misslingenstraditionen

Ziele und Perspektiven der Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern (→ Fachkräfte)

Wissen schaffen und Handeln fördern

Einstellungen ändern und positive Haltung schaffen

Umfassende Mental-Health-Bildung

Suchtspezifische Empathie entwickeln

Kinderschutz priorisieren

Kompetenz, Übung, Routine bis Gewohnheit in der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern entwickeln

→ vom lokalen Projekt zur bundesweiten Versorgung

Förderung gemeinsamer
Unterstützungsnetzwerke für Kinder
psychisch und suchtkranker Eltern

Die Hilfen müssen ressourcenorientiert sein

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 (continuously 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).

Dimensionen der Familienresilienz (Walsh, 2006, 2009)

- (1) Glaubenssysteme („belief systems“)**
- (2) Organisationsmuster der Familie**
- (3) Familiäre Kommunikationsprozesse und Problemlöseverhalten**

Gemeinsame Netzwerke in Suchthilfe und Jugendhilfe für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern - Hemmnisse

- (1) Weitgehend getrennte Versorgungssysteme mit hoher Spezialisierung
- (2) Individuumsfixierung in den Hilfesystemen (insbes. SGB V, SGB VI)
- (3) Abwehr, Bagatellisierung, kognitive Verzerrungen (Sucht, PS)
- (4) Ängste, Abwehr und Leugnung (Elternebene)

Gemeinsame Netzwerke in Suchthilfe und Jugendhilfe für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern – Fördernde Faktoren

- (1) Zunehmende Sensibilisierung der Fachkräfte und Öffentlichkeit („awareness“)
- (2) Präventionsgesetz (wenn offen, flexibel und weitgehend unbürokratisch)
- (3) Familientherapeutische Kompetenz vielerorten
- (4) Kinderschutz und Frühe Hilfen

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

Basisanforderungen an gelingende Hilfen

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**)

Hilfreiche Gelingensbedingungen

Für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern:

- (1) Bewusstseinsbildung (Fachkräfte, Politik, Betroffene, Öffentlichkeit)
- (2) Frühzeitigkeit
- (3) Lokale Netzwerke zur Implementierung (sensu Schulterschluss) knüpfen → Hohe Reichweite
- (4) Elternmotivierung (akzeptierend,
- (5) Langer Atem der Fachkräfte (> 2 Jahre Vorlauf)
- (6) Positives Image der Hilfen („PR“)
- (7) Nachhaltigkeit und Unumkehrbarkeit (Implementierungsforschung)
- (8) Niedrigschwellig, nicht stigmatisierend
- (9) Gesicherte Finanzierung (☹ → ☺)

ABSCHLUSS
11. FEBRUAR 2015

SCHULTERSCHLUSS

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

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

[schulterchluss]

Schulterchluss für Kinder & Jugendliche in suchtblasteten Familien
Impulse aus dem bayernweiten Kooperationsprojekt

Kooperationstagung für Fachkräfte aus der Jugend- & Suchthilfe
München, Freitag, 22. Februar 2019

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-



alm university universität
uulm



Deutsches
Jugendinstitut



KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN „FORSCHUNG“

IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern

Silke Wiegand-Greife, Michael Klein, Michael Kölch, Albert Lenz, Mike Seckinger, Rainer
Thomasius, Ute Ziegenhain

<https://www.ag-kpke.de/wp-content/uploads/2019/02/Stand-der-Forschung-1.pdf>

Gelingsensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht- und Drogenhilfe

5. Praxismodelle („best practise“)

SHIFT = Suchthilfe
und Familientraining



SHIFT
Elternteraining

**FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
CRYSTAL**



SHIFT+
Elternteraining

**FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
DROGEN**

Klein, Dyba & Moesgen, 2019

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

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.



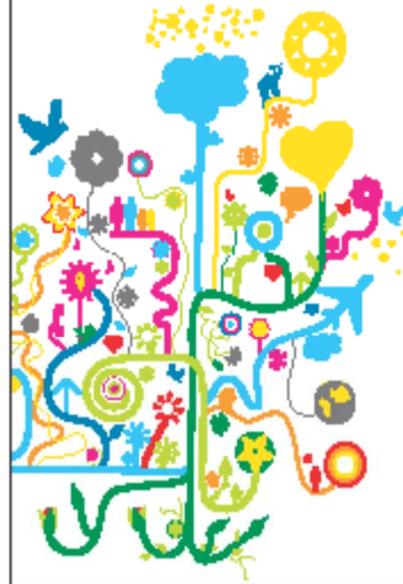
Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

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)

Das Vaterthema in der Suchttherapie

Vaterführerschein (VAFÜ)

- 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 die Drogen: Wozu? Woher? und Wie geht's weiter?
- Ich und mein Lebenssinn: Worin besteht er? Wo will ich hin?
- Ich und meine Kinder: Was war? Was ist? Was wird? Mut zur Zukunft?

Gelingsensbedingungen für Familienorientierung in der Sucht- und Drogenhilfe

6. Konsequenzen für Versorgung, Prävention und Hilfen

Ausgangssituation in den Hilfesystemen

Kinder suchtkranker Eltern

... erhalten nur in 10% aller Fälle Hilfen,
wenn ihre Eltern Hilfen im Rahmen einer
Suchtbehandlung erhalten (EBIS, 1998)

Ausgangssituation in den Hilfesystemen

Kinder suchtkranker Eltern

... sind in der Jugendhilfe nach wie vor ein überwiegend „blinder Fleck“.

aber: Fast 40% von 423 im Rahmen von Jugendhilfemaßnahmen betreuten Kindern weisen ein Elternteil mit einem Alkoholproblem auf; fast alle alkoholabhängigen Mütter, die einen Partner haben, leben mit einem alkoholabhängigen Mann zusammen, was für die betroffenen Kinder eine doppelte Exposition mit Suchtproblemen bedeutet (Hinze & Jost, 2006)

Ausgangssituation in den Hilfesystemen

Kinder suchtkranker Eltern

... sind in der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch zu entdecken.

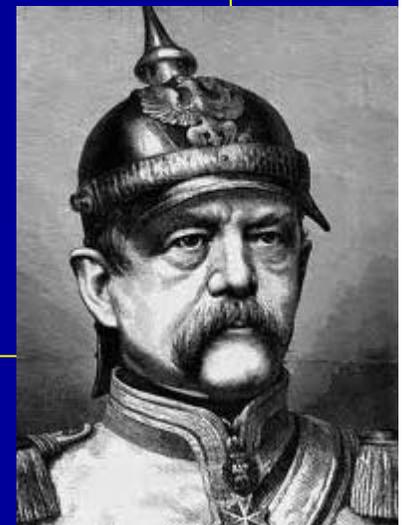
Denn: Fast 50% aller kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten einer ambulanten Normalpraxis weisen ein alkoholabhängiges Elternteil auf (Rosen-Runge, 2002).

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“)

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-
Gesundheitsmaßnahmen (SGB V) aufbauen

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.

Von der Innovation zur Implementierung

Phasen der Versorgungsoptimierung:

- (1) Sensibilisierung
- (2) Informierung
- (3) Konzeptionierung
- (4) Erprobung und Optimierung
- (5) Evaluation und Evidenzgenerierung
- (6) Verstetigung
- (7) Sozialrechtliche und finanzielle Absicherung

Kindeswohl als Leitmotiv

(„child protection and mental health mainstreaming“ → „Health in all policies“)

Das Kindeswohl muss als prioritäres Leitmotiv in allen Hilfebereichen verankert und umgesetzt werden.

Dies betrifft Kinder- und Jugendhilfe ebenso wie Prävention, Psychiatrie, Psychotherapie und Suchthilfe.

Ohne Kindeswohl langfristig keine gelingende Entwicklung und keine Reduktion der Zahl psychischer Störungen.

Suchtstörungen spielen dabei eine zentrale Rolle, da süchtiges Verhalten meist zur Selbstmedikation von frühen Verhaltens- und Erlebensstörungen eingesetzt wird.

Hilfen: strukturell und individuell

Bei den künftig notwendigen Hilfen für Kinder suchtkranker 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

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