

Methamphetamin und Familie: Risiken für die kindliche Entwicklung und das Kindeswohl

Michael Klein

**Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP),
Katholische Hochschule NRW**

Fortbildung, Berlin

21. Juni 2019



Gliederung der heutigen Fortbildung

1. Sucht – Entwicklung, Krankheit, Diagnostik
2. Methamphetamin – eine „Wahnsinnsdroge“
3. Methamphetamin und Familie – Folgen, Risiken, Bedarfe
4. Und jetzt was tun und wie weiter? Interventionen für betroffene Eltern und Familien

1. Sucht – Entwicklung, Krankheit, Diagnostik

•1. Grundverständnis von Sucht („Was ist das Süchtige an der Sucht?“)

Suchterkrankungen ...

- (1) sind die häufigsten psychischen Störungen bei Männern
- (2) verlaufen oft chronisch, progredient und mit Rezidiven
- (3) verlaufen oft transgenerational
- (4) sind eng mit sozialem Abstieg, Verarmung, Gewalt und Marginalisierung assoziiert
- (5) weisen oft ein polyvalentes Konsummuster verschiedener Substanzen auf
- (6) können sich im Ursprung auf Lustgewinn und Glücksstreben beziehen

Grundmerkmale süchtigen Verhaltens

- Unbezwingbares Verlangen nach einer Substanz / Verhaltensweise („Zwang“)
- Verlust der Verhaltenskontrolle („Kontrollverlust“)
- Rückzahlung einer Schuld („addiction“) = Kompensation
- Subjektiv erlebter Druck, „craving“ („Impulsivität von innen“)
- Abhängigkeit von den Wirkungen („Funktionalität“)
- Sozialer, psychischer und körperlicher Abbau und Vernachlässigung („Konsequenzen“)

•1. Funktionalität des Substanzkonsums

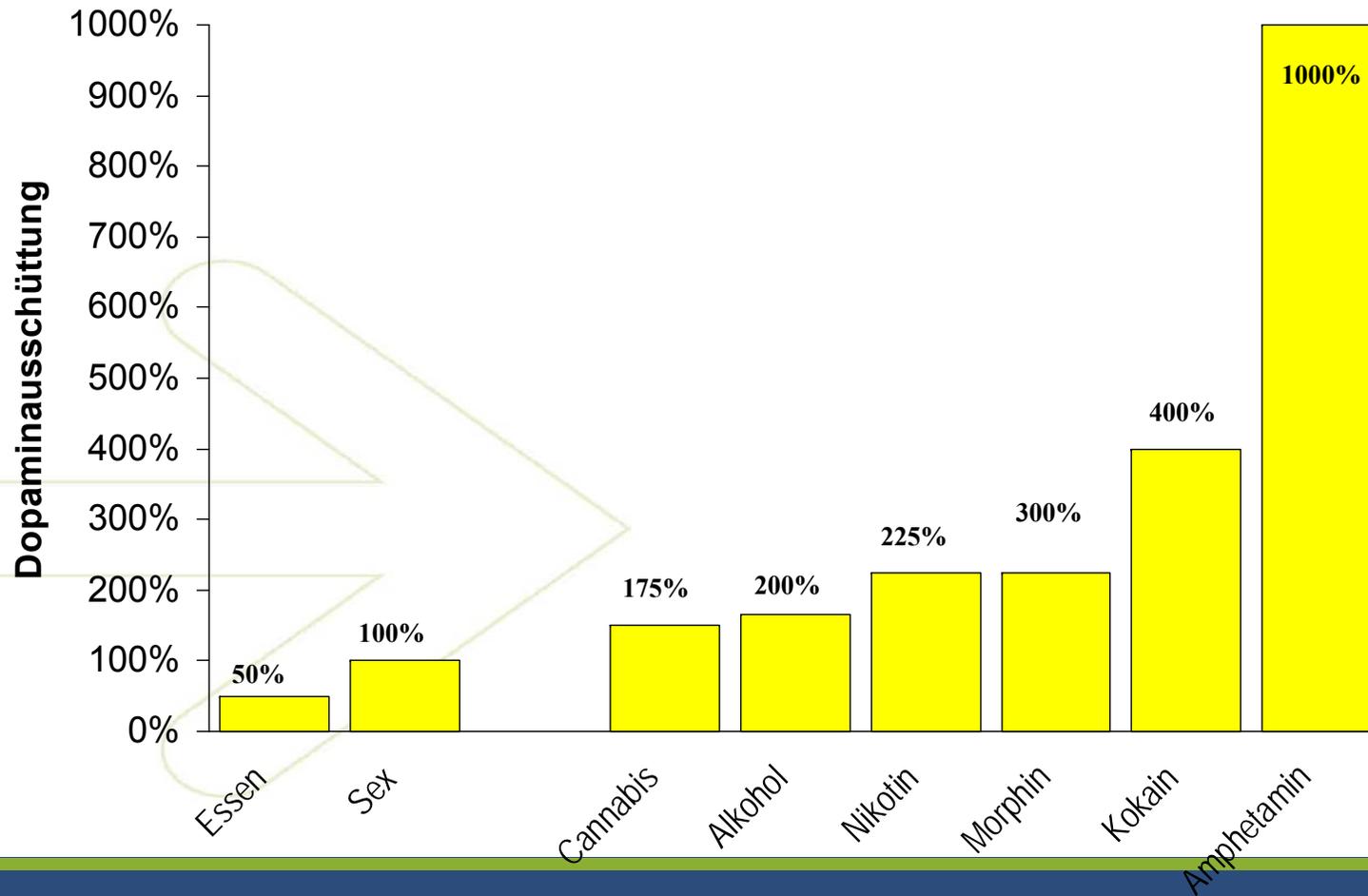
(„Plus-Symptome des Substanzkonsums“; kein [fortgesetzter] Substanzkonsum ohne rewards)

- Grundbedürfnis nach Rausch und Ekstase
- Mittel zum Glücksstreben und zur Selbstbelohnung („Lust und Euphorie ohne Anstrengung“) im mesolimbisch-dopaminergen System
- Mittel zur (temporären) Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderung
- „Soziales Schmiermittel“ (Förderung der Geselligkeit, Abbau sozialer Hemmungen)

Merkmale der Sucht

- 1. Zwang, Verlangen, Impulsivität**
- 2. Regelmäßigkeit, Häufigkeit, Frequenz, Stil**
- 3. Kontrollverlust, Exzessivität, Grenzüberschreitung**
- 4. Dosissteigerung (Toleranz)**
- 5. Positive Funktionalität**
- 6. Negative langfristige Konsequenzen**

Verstärker und Dopaminausschüttung



(Wise, 2000)



ABHÄNGIGKEITSSYNDROM (ICD-10)

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren. (*Craving*)
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (*Kontrollverlust*)
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums (*Körperliche Abhängigkeit*)
4. Nachweis einer Substanztoleranz (*Toleranzentwicklung*)
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen (*Psychische Abhängigkeit I*)
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (*Psychische Abhängigkeit II*)



Fremdmotivation ist der Regelfall, nicht die Ausnahme

Motivierungsbereiche (bei Alkohol- und Drogenstörungen), 8 Fs: Von der Fremd- zur Eigenmotivation

Familie

Finanzen

Firma

Führerschein

Fitness (Gesundheit)

Freiheit (Gesetz bei Drogenabhängigkeit; Sklaverei)

Freunde

Freizeit

Methamphetamin – eine „Wahnsinnsdroge“?

2. Wirkung der Substanz

Ephedra

Substanz und Wirkung

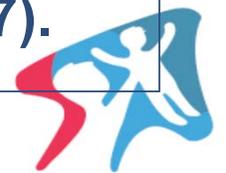
Ephedra (Meerträubel) wird unter dem chinesischen Namen Ma-huang oder als Mormonen-, Brigham- und Mexikanischer Tee gehandelt. Die natürlicherweise enthaltenen Ephedra-Alkaloide (wie z.B. Ephedrin, das auch in Speed enthalten ist) ähneln in Form und Charakter Amphetaminen und besitzen pharmakologische Eigenschaften: in einer bestimmten Dosis wirkt Ephedra-Kraut kreislaufstimulierend, anregend, munter machend und appetitdämpfend; ferner verengt es die Gefäße, entwässert und wirkt krampflösend auf die Bronchien. Wird Ephedra in größerer Menge konsumiert, kommt es zu Speed-ähnlichen Rauschzuständen was nicht heißt, dass das Kraut die harmlose Alternative ist. Wie bei vielen Naturprodukten kann man vor dem Konsum nicht wissen, wie hoch der Wirkstoffgehalt in der Pflanze tatsächlich ist. Die Menge an Wirkstoff, die einen Rauschzustand hervorruft und die Menge, die zu Nebenwirkungen wie Schweißausbrüchen, Herzrhythmusstörungen, Zittern, Krämpfen und psychischen Veränderungen führt, ist schwer abzuschätzen.

(www.drugcom.de)

Methamphetamin (MA)

Chemisch gehört MA zur Familie der Phenethylamine..., der zahlreiche psychostimulierende Substanzen angehören. Die MA-Base ist ein farbloses, leicht flüssiges und in Wasser unlösliches Öl.

Das gängigste Salz ist das Hydrochlorid..., ein in Wasser lösliches transparent-weißes oder cremeweißes Pulver, das auf dem heutigen Schwarzmarkt häufig in Form von kleinen Kristallen ... verkauft wird. Es wird überwiegend geschnupft, teilweise geraucht, geschluckt und in seltenen Fällen in Wasser gelöst injiziert. (Arnaud & Thomasius, 2017).



Der Wirkungskreislauf von MA

CrystalMeth KONSUMKREISLAUF



Hauptproblemsubstanzen im Bereich illegaler Drogen

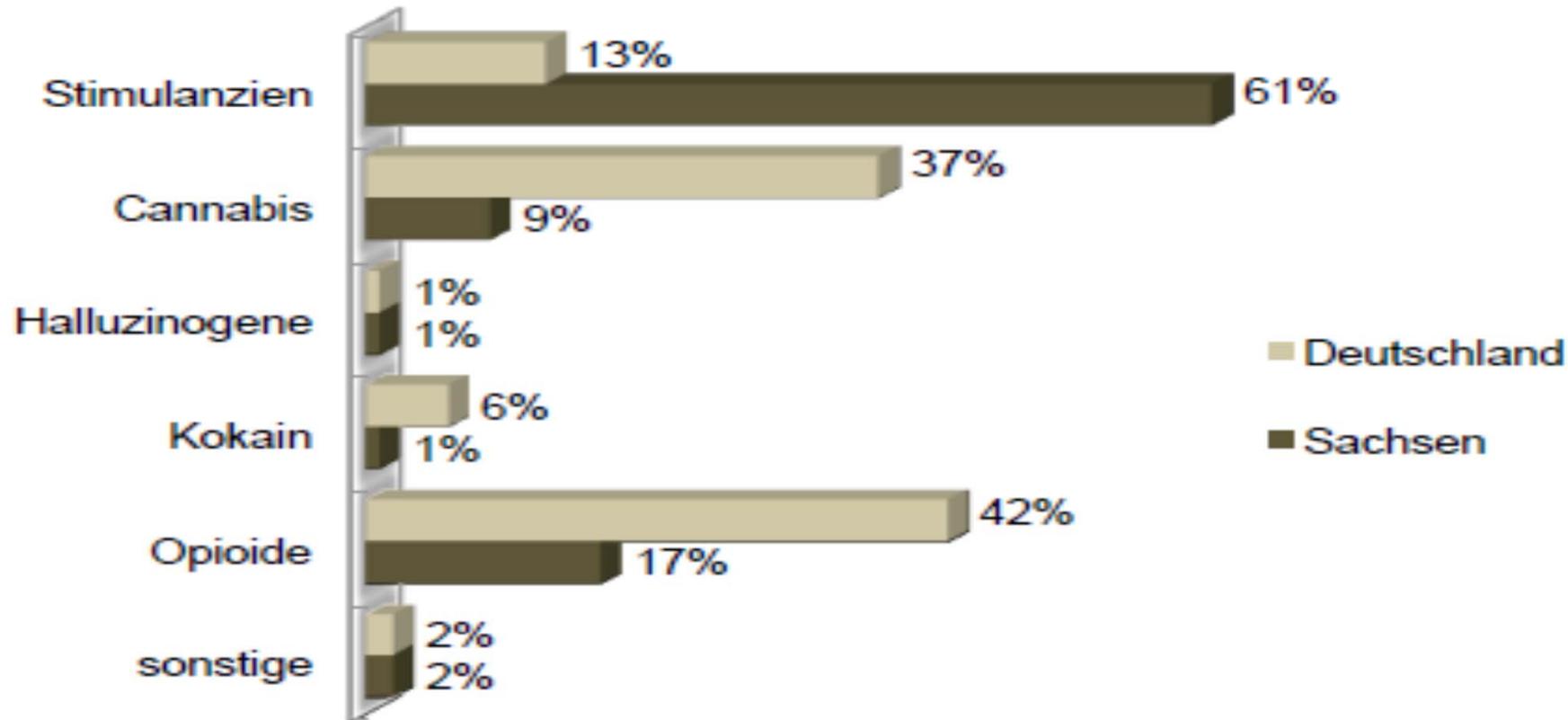


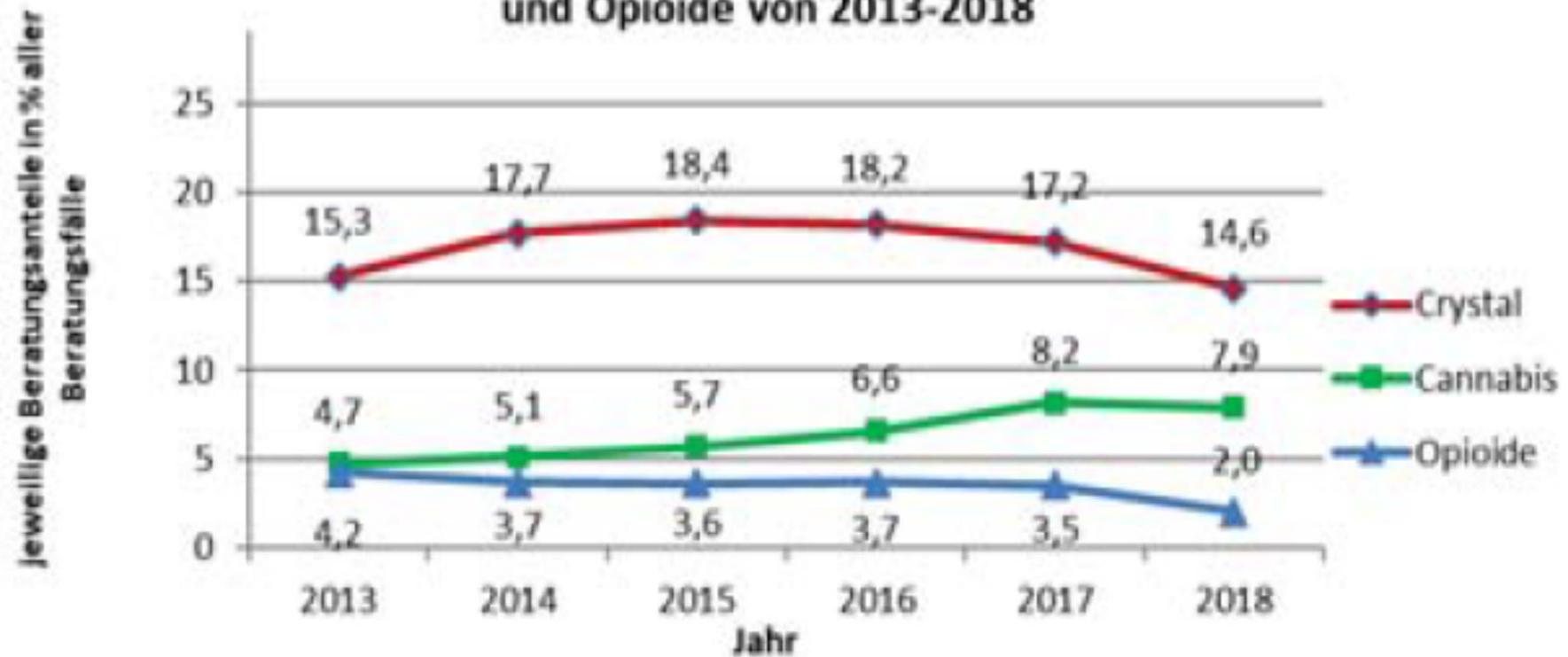
Abbildung 1: Hauptproblemsubstanzen im Bereich illegaler Drogen im Jahr 2014 (2015), eigene Darstellung



Abbildung 3: Crystal Konsumenten in ambulanter Suchtberatung in Sachsen - Anhalt (Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen - Anhalt, 2015, S.4)

Kühn, V. 2015, 22

Anteile am Beratungsaufkommene im Vergleich Crystal, Cannabis und Opiode von 2013-2018

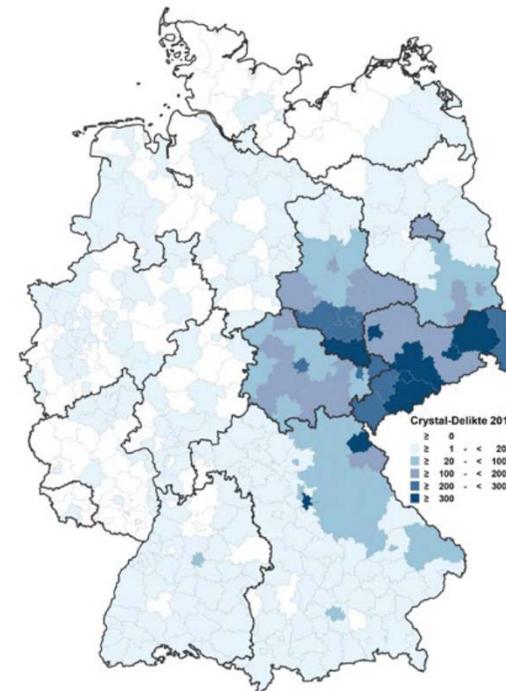


SLS (Dresden), 2019

Crystal Meth in Deutschland

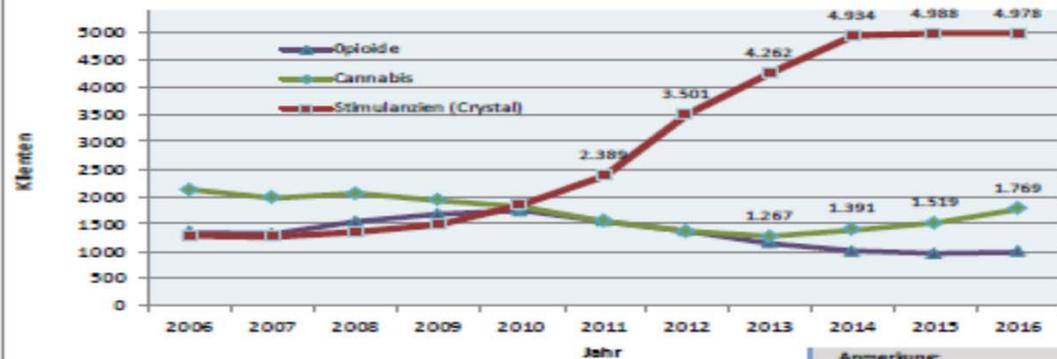
- Steigende Zahl von Fällen des Missbrauchs und der Abhängigkeit von Methamphetamin in Deutschland
- Besonders in den Grenzregionen zu Tschechien (z.B. Sachsen, Nordostbayern, Thüringen)

BTM-Delikte Crystal Meth in Deutschland 2015 (BKA, 2016)



Quelle:
Sächsische
Landesstelle
gegen
Suchtgefahren
e.V.

Klientenentwicklung (SBB) ausgewählter Problembereiche 2006-2016; Sachsen



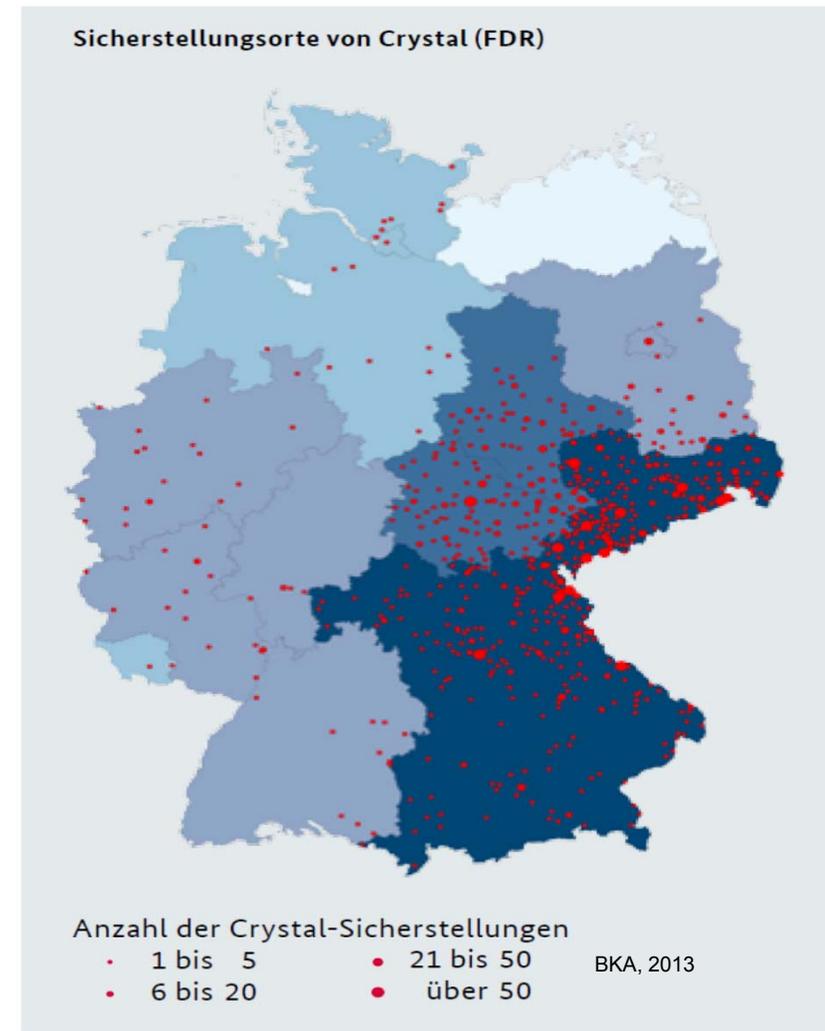
Quelle: SLS-Standardisierte Jahresberichte 2006-2016

Anmerkung:
Seit 2010 ist in der Stoffgruppe „Stimulanzien“ bei über 95% der Fälle Crystal (=Methamphetamin) vertreten.

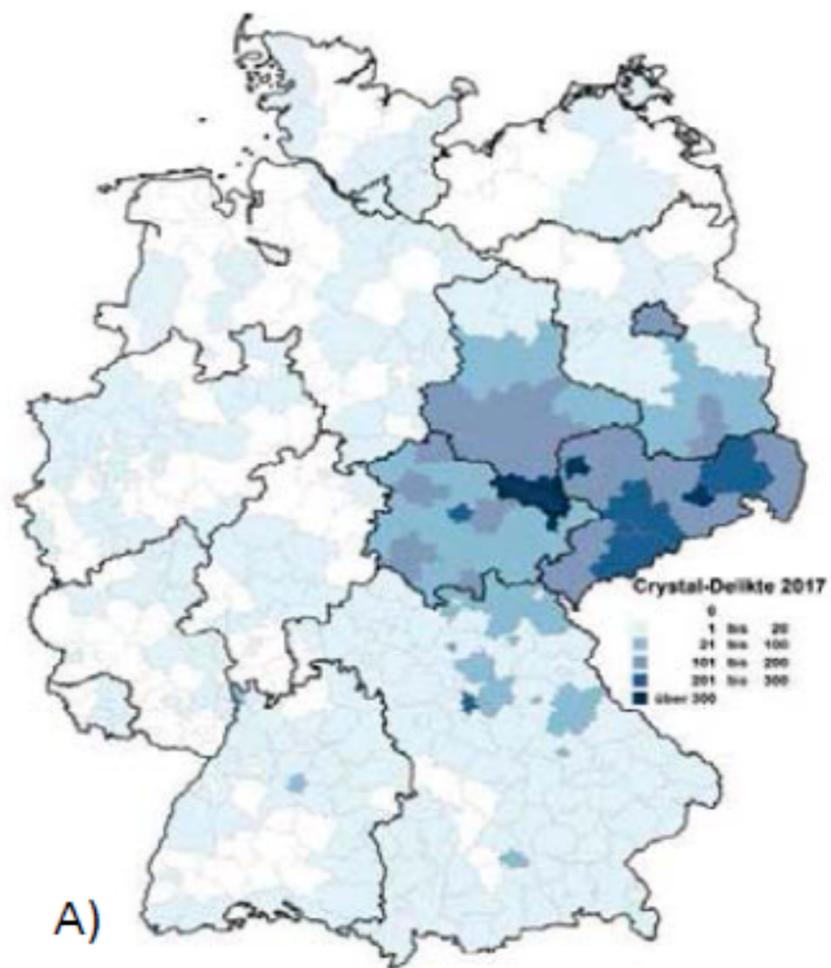


Crystal Meth in Deutschland – Eine Konsumepidemie?

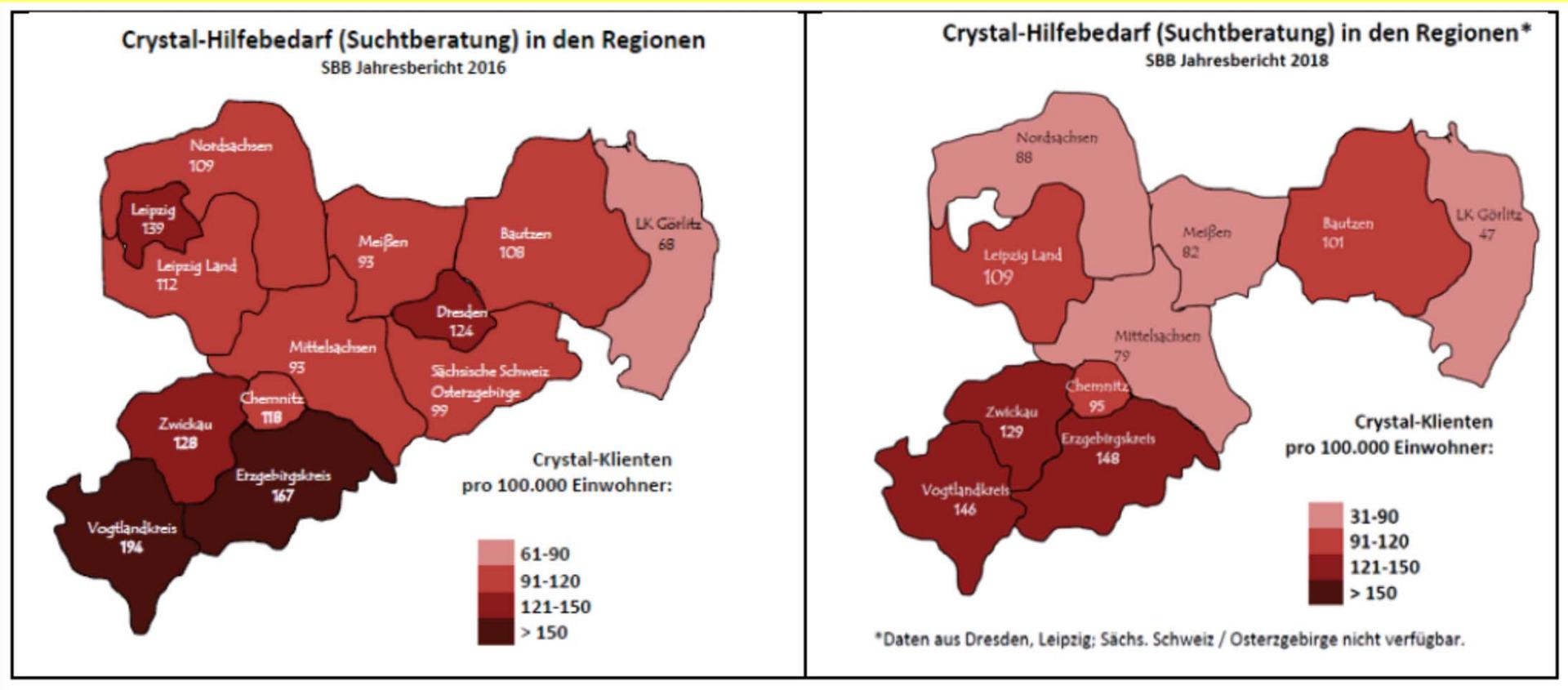
- Epidemiologische Daten schwierig auszumachen, da selten Differenzierung von Amphetaminen und Methamphetaminen
- Deutschlandweiter Konsum von (Meth-) Amphetaminen gleichbleibend (Drogen und-Suchtbericht 2014)
- Starke regionale Ballungen („Pick-up“-Markt)
- Wachsende Problematik speziell in Bundesländern nahe der Grenze zur Tschechischen Republik: gesamtdeutsche Sicherstellungen von Crystal Meth zu über 50 % in Sachsen, Bayern (28%), Thüringen (12%) (BKA, 2013)
- Über 55% der Beratungsfälle in der ambulanten Suchthilfe in Sachsen waren 2013 Crystal Meth abhängig (SLS e.V., 2014).



Geografische Verteilung der Crystal-Delikte (2017)³⁹

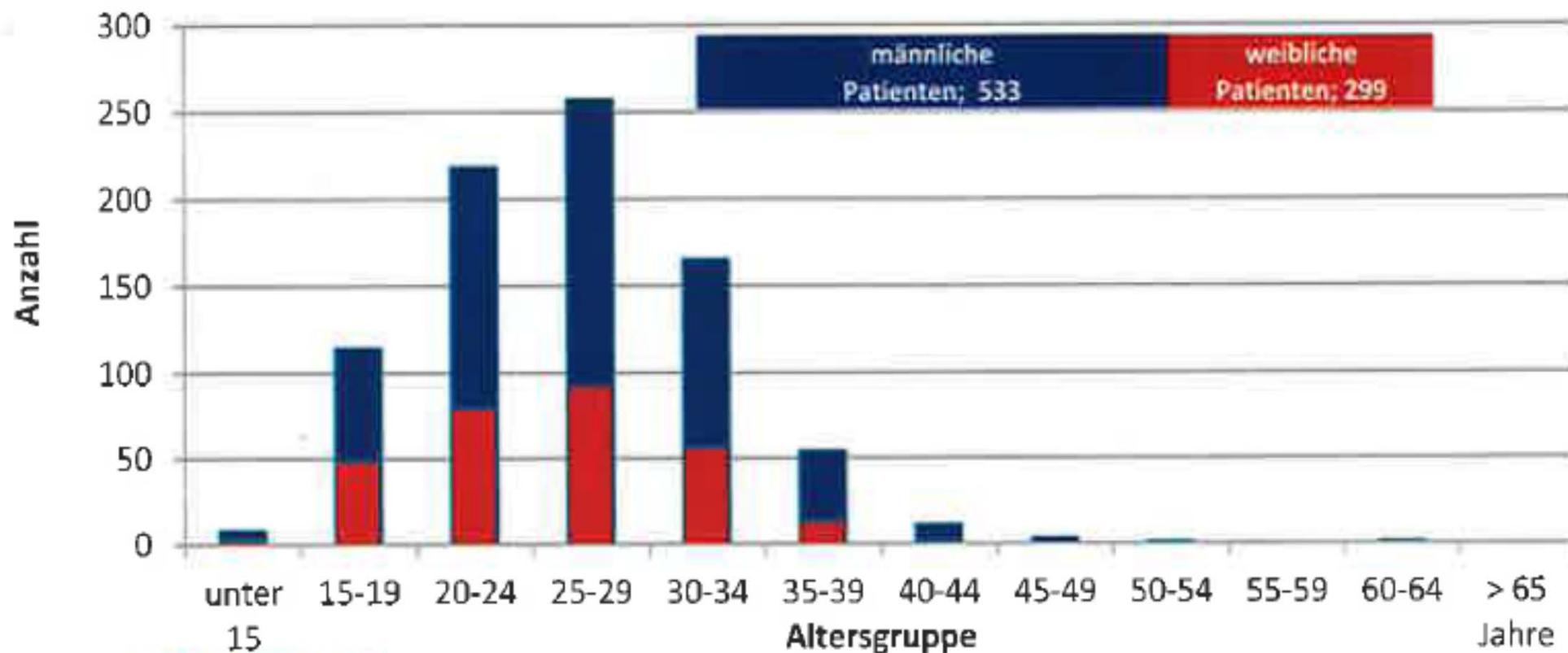


SLS (Dresden), 2019



SLS (Dresden), 2019

Altersstruktur / Geschlecht: stationäre Patienten 2013 in Sachsen mit F15-Diagnose (insbes. Crystal-Problematik)



Quelle: www.gbe-bund.de

www.mindzone.info



I ♥ METH CRYSTAL

sauberdrauf!
mindzone.info

MEHR SELBSTBEWUSSTSEIN UNTER: CRYSTAL.MINDZONE.INFO



AMPHETAMINE

Produktion

Vollsynthetische Drogen werden ausschließlich unter Verwendung von Chemikalien in illegalen Laboren hergestellt. Aufgrund der Vielzahl produzierender Staaten sind keine seriösen Schätzungen zu Produktionsmengen möglich.

Schwerpunkt ist die Gruppe der Amphetamine (intern. Sprachgebrauch ATS [Amphetamine-Type-Stimulants]), hierzu gehören:

- Amphetamin – zumeist Pulverform (in D), seltener Tabletten
- Methamphetamin – zumeist Pulverform, kristalline Form (in D „Crystal“), Tabletten
 - Methamphetamin ist die weltweit am meisten produzierte Synthetische Droge
 - Synthese v. a. aus Grundstoffen Ephedrin bzw. Pseudoephedrin (z. T. Extraktion aus Arzneimitteln), aber auch über BMK (Benzylmethylketon)
- Ecstasy – Der Begriff umfasst die Erscheinungsform Tablette oder Kapsel, die einzelne oder kombinierte Wirkstoffe enthält.

Handel/Schmuggel

Ausgehend von den Hauptproduktionsländern Niederlande, Belgien und Polen europaweiter Vertrieb; aus Tschechien v. a. für den deutschen und österreichi-



schen Markt. Deutschland ist häufig als Transitstaat beim Schmuggel aus den Beneluxstaaten nach Nord-, Ost- und Südeuropa tangiert.

Preise

Durchschnittspreis in Deutschland 2013

Straßenhandel:

Amphetamin	11,60 €/g
Ecstasy	7,90 €/Stück
Crystal	79,60 €/g

Großhandel (Handelsmenge 0,5–1,5 kg):

Amphetamin	3.944 €/kg
Ecstasy	2.664 €/1.000 Stk.
Crystal	31.733 €/kg

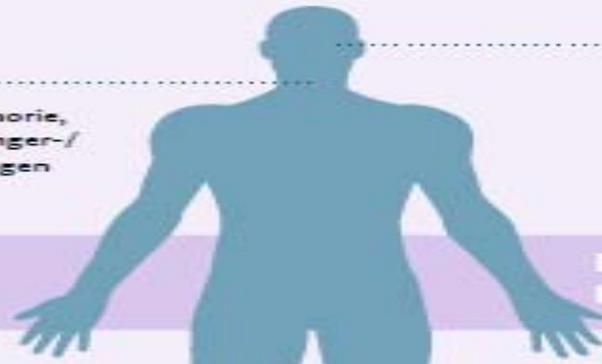
Einnahme

Zumeist orale (sniffen oder rauchen) Anwendung, auch intravenös.

Wirkung

- Leistungssteigernde Wirkung, Euphorie, Unterdrückung von Müdigkeit/Hunger-/Durstgefühl, Gefahr: Kreislaufversagen

Bei regelmäßigem Konsum: psychische Abhängigkeit



PSYCHISCHE ABHÄNGIGKEIT

BIS ZU KREISLAUFVERSAGEN

Sucht- und Drogenbericht, 2015, S. 53

Wirkungen Methamphetamin (akut)

Körperliche Effekte:

- starke körperliche Erregung
- Hunger und Schlafbedürfnis werden unterdrückt
- Erhöhung des Pulses, der Herzfrequenz und des Blutdrucks
- beschleunigte Atmung
- Erweiterung der Pupillen
- Sehstörungen (beispielsweise Doppelbilder) besonders bei hohen Dosierungen.
- Kopfschmerzen
- Mundtrockenheit
- Übelkeit

Als angenehm erlebte psychische Effekte:

- gesteigerter Sexualtrieb (Libidosteigerung)
- erhöhte Risikobereitschaft, Enthemmung
- gehobenes Selbstwertgefühl
- Euphorie
- gesteigerter Rededrang („Laberflash“)

Als unangenehm erlebte psychische Effekte:

- unangenehme innere und motorischer Unruhe
- Nervosität, Aggressivität und Gewaltausbrüche
- Panikattacken
- Konzentrationsstörungen

aus: www.drugcom.de

Wirkungen und Langzeitfolgen Methamphetamin (chronischer Konsum)

Bei hohen Dosen und längerem Gebrauch von Methamphetamin zeigen sich unter anderem:

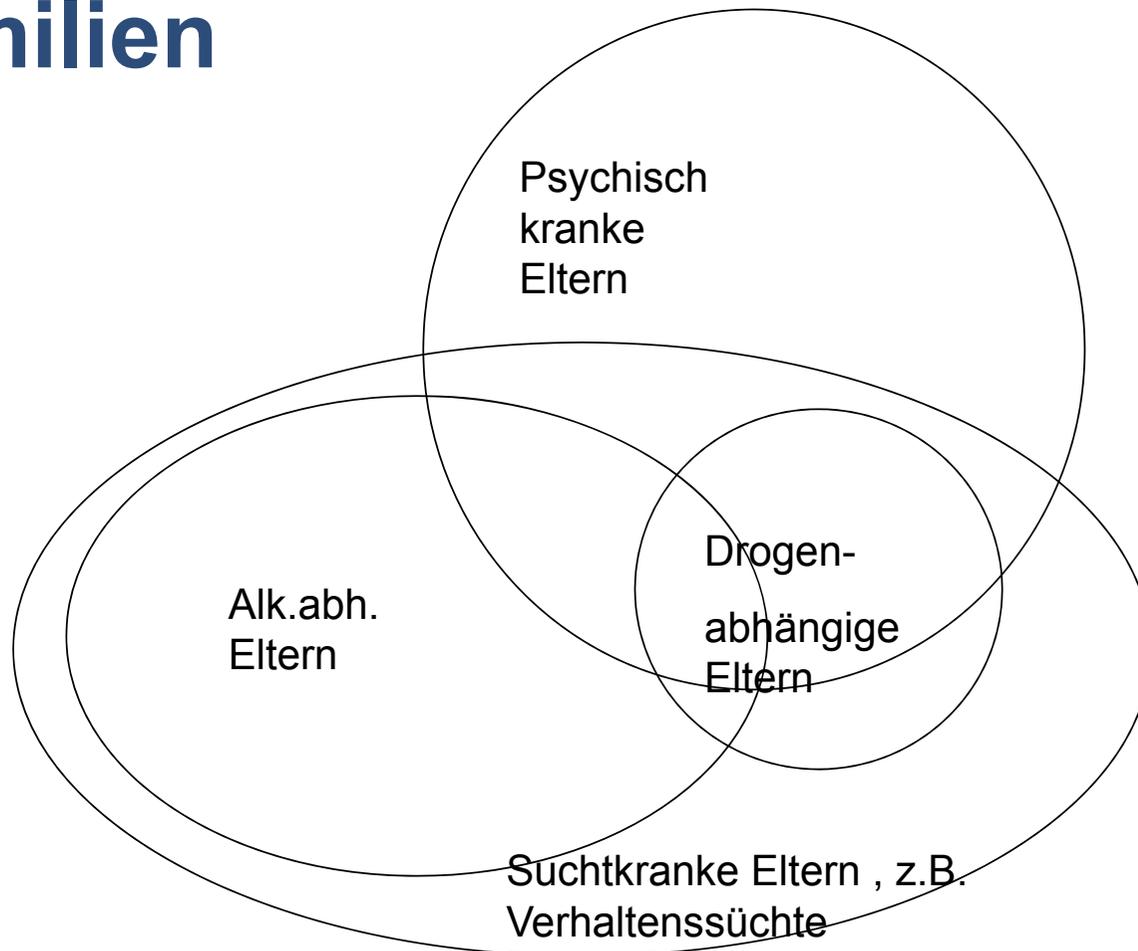
- starker Gewichtsverlust aufgrund der reduzierten Nahrungsaufnahme
- Essstörungen (Anorexie), Schlafstörungen
- Magenschmerzen (im Extremfall Magendurchbruch)
- Hautentzündungen („Speed-Pickel“)
- Starker Juckreiz mit Mikrohalluzinationen, beim Betroffene das Gefühl haben als würden Ameisen auf oder kleine Käfer unter der Haut krabbeln, auch bekannt als Dermatozoenwahn
- Mundfäule und Zahnausfall, bedingt unter anderem durch Mundtrockenheit
- Herzrhythmusstörungen, Herzrasen
- Zittern von Händen und Extremitäten (Tremor)
- Reizbarkeit, aggressives Verhalten
- Lungen- und Nierenschäden
- Gehirnschäden mit Denk- und Konzentrationsstörungen
- Depression, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Angststörungen

aus: www.drugcom.de

Crystal Meth (CM) und Familie – Risiken, Folgen und Hilfen für exponierte Kinder.

3. Elternverhalten unter CM und kindliche Entwicklung

Kinder aus psychisch dysfunktionalen Familien



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



vgl. Cleaver et al., 1999, 2011

Gründe für eine verstärkte Beschäftigung mit dem Thema Methamphetamin und Familie (vgl. Calhoun et al., 2015; Klein et al., 2017)

- (1) Höhere Zahl betroffener Kinder als bei anderen Drogen
- (2) Mehr psychotische Episoden und psychische Komorbiditäten der KonsumentInnen
- (3) Höhere Aggressivität im Alltag
- (4) Volatileres Elternverhalten
- (5) Mehr Probleme mit Depressivität, Schlaf, Hyperaktivität und Tagesrhythmen der Eltern
- (6) Schwangerschaft und frühe Kindheit als sensible Entwicklungsphasen besonders betroffen

All in all: Hohe Risiken für Kindeswohlgefährdung

Im Vergleich zu schwangeren Frauen ohne Drogenkonsum haben Frauen, die in der Schwangerschaft Methamphetamin konsumieren, durchschnittlich einen geringeren sozio-ökonomischen Status, keinen Partner bei Kindesgeburt sowie mehr psychosoziale (Perspektivlosigkeit) und psychische Probleme (u.a. Depression, Traumata). Zudem konsumieren Frauen signifikant häufiger zusätzliche Drogen (Tabak, Alkohol, Marihuana) [Haarig, 2019].

Strukturelle Gründe für eine verstärkte Beschäftigung mit dem Thema Methamphetamin und Familie

- (1) Regional steigende Fallzahlen bei Konsumenten in heterosexuellen Beziehungen und Familien
- (2) Höhere Kinderzahlen bei Konsumenten und Abhängigen
- (3) Pränatale Schädigung → fetales Drogensyndrom
- (4) Mehr psychotische Episoden und Komorbiditäten
- (5) Höhere Aggressivität der Konsumenten
- (6) Volatileres Elternverhalten in der Eltern-Kind-Interaktion
- (7) Mehr Aggressivität und Gewaltverhalten
- (8) Mehr elterliche psychische Unerreichbarkeit aufgrund von Substanzwirkung, Schlafstörungen, psychotischen Episoden

Alles in allem: Erhöhtes Risiko für Kindeswohlgefährdungen



Kinder Methamphetamin-konsumierender und – abhängiger Eltern

- Kinder Methamphetamin-konsumierender und -abhängiger Eltern wachsen häufig in einem Umfeld auf, welches verschiedene potenzielle Risiken für die Entwicklung des Kindes birgt:
- Ambivalenz elterlichen Verhaltens
- Vernachlässigung bzw. unzureichende Versorgung/Beaufsichtigung;
- Diskontinuität der Beziehung (Trennung durch Fremdunterbringung der Kinder, Krankenhaus/Reha-Aufenthalte, Inhaftierungen der Eltern)
- niedriger sozioökonomischer Status
- psychische Komorbiditäten der Eltern (Depression, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen)
- (frühe) Traumatisierungen
- Exposition gegenüber konsumierenden Eltern und/oder Substanzen.



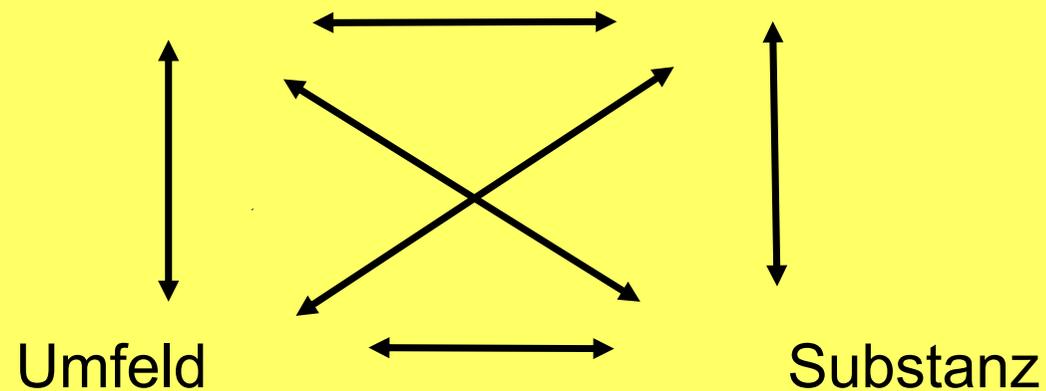
Rollen in suchtbelasteten Familien

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)

Dynamisches Bedingungsgefüge der Abhängigkeitsentstehung („Ätiologie“)

Psychische Funktionen

Biologische Funktionen



Was beeinflusst das Transmissionsrisiko (erhöhend, abschwächend)?

- (1) Dauer und Intensität der Exposition
- (2) Schwere der elterlichen psychischen Störung
- (3) Genetisches Risiko (Vulnerabilität)
- (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)

(Sher, 1991; Zobel, 2006, Klein, 2008, Klein et al., 2013, Moesgen, 2014)

Crystal Meth: Typologie der Konsumierenden

- Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum von Methamphetaminen in Deutschland (Milin et al., 2013):
- Freizeitkonsumenten
- Spezielle Gruppen in der schwulen Community
- Konsumenten mit besonders riskanten Konsumgewohnheiten
- Konsumenten mit antisozialen Persönlichkeitstendenzen
- Personen mit psychischer Komorbidität und Traumatisierungen
- Konsumenten in Zusammenhang mit Schule, Ausbildung und Beruf (NE)
- **Konsumierende Eltern, insbesondere junge Mütter (vgl. „Young Mums“, Klee, 1997)**



Besonderheiten bei Kindern methamphetaminabhängiger Eltern I (im Vgl. mit Kindern alkoholabhängiger Eltern)

Die Schädigungen bei Kindern drogenabhängiger Eltern sind in mehreren Bereichen gravierender als bei den Kindern Alkoholabhängiger. Dies resultiert aus folgenden Gründen:

Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten viel üblicher ist als bei Alkoholabhängigen. Dadurch können die negativen Effekte des drogenabhängigen Elternteils nicht in ausreichendem Maß kompensiert (kein „Buffering“-Effekt) werden.

Die Kinder sind häufiger von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel die Mutter, auf.

Besonderheiten bei Kindern methamphetaminabhängiger Eltern II (im Vgl. mit Kindern alkoholabhängiger Eltern)

Die Kinder erleben im Zusammenhang mit den Konsumfolgen der Eltern und der Beschaffungskriminalität mehr traumatische Situationen, z.B. Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters u.ä.

Die Kinder sind meist in ihren frühen Lebensjahren von der Abhängigkeit eines Elternteils betroffen, was nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychopathologie ein stärkeres Entwicklungsrisiko mit sich bringt.

Die Kinder erleben stärkere soziale Isolation und Ächtung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und erleben sich dadurch insgesamt in ihrem Selbstwertgefühl als instabiler und gefährdeter.

Besonderheiten bei Kindern methamphetaminabhängiger Eltern III (im Vgl. mit Kindern alkoholabhängiger Eltern)

Die Kinder leiden stärker unter **sozialer Marginalisierung** der Familie, z.B. in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen.

Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigen **höhere Komorbidität** laufen die Kinder Gefahr, häufiger eine doppelte Schädigung aufgrund des komplexeren Störungsbildes ihrer Eltern zu erleiden.

In Einzelfällen, die klinisch durchaus bekannt und dokumentiert sind, erleiden Kinder **Vergiftungen durch psychotrope Substanzen**, die im Lebensumfeld der Eltern gewöhnlich den Status der Normalität besitzen.

Aufgrund einer **größeren Zahl von Frühgeburten** und anderer ungünstiger perinataler Effekte kann es zu verstärkten Problemen beim Beziehungsaufbau („bonding“, „attachment“) zwischen Mutter und Kind kommen. Die Kinder weisen häufiger ein schwieriges Temperament auf, was bei den Eltern zu Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen führen kann.

- Laut einer Forschungsstudie der University of Toronto von 2005 kann Crystal folgende Auswirkungen auf den Fötus haben
- Fehlbildungen durch Gefäßverengungen,
- verringerte motorische Koordination,
- schwere Entwicklungsverzögerungen,
- niedriges Geburtsgewicht,
- Lippen- und Gaumenspalte,
- Herzfehler,
- Frühgeburt,
- geistige wie körperliche Behinderung,
- Gehirnerkrankungen,
- erhöhtes Risiko für AD(H)S,
- Lernbehinderung,
- eingeschränkte psychosoziale Wahrnehmung in den ersten 3 Lebensjahren.

- <https://www.crystal.sachsen.de/27658.html>

Crystal Meth und Elternschaft

- Crystal Meth-konsumierende Eltern sind als spezielle Subgruppe der CM-Konsumenten in Deutschland mit erhöhtem Risiko für das Kindeswohl identifiziert worden (Klein, Moesgen & Dyba, 2015).
- CM-Konsumierende haben häufiger und mehr Kinder als andere Drogenabhängige.
- Daher sind unter CM-Abhängigen und CM-Konsumierenden mehr Kinder vom elterlichem Konsum betroffen als bei jeder anderen illegalisierten Substanz.
- Potenzielle Gründe: hoher Anteil weiblicher Konsumentinnen, junges (gebärfähiges) Durchschnittsalter, sexuell enthemmende Substanzwirkung, mehr sexuelle Promiskuität, veränderte Risikoeinschätzung unter CM-Einfluss.



Das Projekt „Crystal Meth und Familie I“ 2014 -2015

- Multi-methodales Projekt, fokussierte auf Informationsgewinn zur familiären Situation Methamphetaminkonsumierender und zur psychosozialen Lebensumwelt der mitbetroffenen Kinder in Bezug auf CM-Abhängige in der ambulanten Suchthilfe
- Kooperation mit sächsischen Suchthilfeeinrichtungen
- Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (Laufzeit 2014 – 2015)
- Vier Projektbestandteile:
 - Dokumentenanalyse entsprechender Fälle in der sächsischen Suchthilfe
 - Qualitative Interviews mit (ehemals) konsumierenden Eltern
 - Standardisierte Psychodiagnostik der Kinder
 - Fokusgruppen mit Fachkräften aus Sucht- und Jugendhilfe



Relevante Merkmale in Familien mit Crystal-Meth-abhängigen Eltern (N=150)

Hohe Traumatisierungsquote der Elternteile in ihrer Kindheit (> 60%); akute häusliche Gewalt in 37% aller Fälle

Hohe Zahl suchtkranker Eltern (ca. 55%)

Durchschnittsalter der Eltern: 28.5 Jahre

Durchschnittlich seit 9.7 Jahren CM konsumiert

Durchschnittlich 1.9 Kinder, davon ca. 45% in Fremdunterbringung

Durchschnittsalter der Kinder 6.3 Jahre

91% zuletzt nicht berufstätig

97% der Partner konsumieren auch CM

80% nasale Applikation von CM

75% multipler Substanzkonsum

50% längere Abstinenzphasen während der Beratungszeit

Verhaltensänderungen bei Crystal Meth-abhängigen Eltern I (N=150)

➤ 75% der Fälle:

- Irrationale Entscheidungen und Verhaltensweisen
- Gereiztheit, Agitiertheit, geringe Frustrationstoleranz
- Gedächtnislücken, Konzentrationsprobleme
- Stimmungsschwankungen
- Antriebsarmut, depressive Phasen
- Übermäßig lange Wach- bzw. Schlafphasen
- Aggressiv, körperlich und verbal

Verhaltensänderungen bei Crystal Meth-abhängigen Eltern II (N=150)

➤ 50% der Fälle:

- Paranoides Denken
- Gefühle von Gleichgültigkeit dem Kind gegenüber
- Vernachlässigung (Kind, sich selbst)

Synopse der Verhaltensänderungen bei Crystal-Meth-abhängigen Eltern

(N=150)

- (1) Neuropsychologische Veränderungen: Einschränkung der kognitiven Funktionen
- (2) Affektive Verflachung
- (3) Internalisierende Verhaltensprobleme: Depressivität und Rückzug
- (4) Psychotisches Erleben
- (5) Unruhe, Impulsivität und Aggression

Ergebnisse: Crystal-Meth und Familie-Studie mit Unterstützung des BMG (Klein, Dyba & Moesgen, 2015)

Basisbedürfnisse, die für Kinder drogenabhängiger Eltern erfüllt sein müssen (nach A. Baller, KDO, Amsterdam)

- Angemessenes Wohnen, inkl. Sauberkeit, Hygiene, Heizung, Wasser- und Stromversorgung
- Ausreichende ausgewogene Ernährung
- Adäquate Kleidung
- Absicherung eines Mindestlebensunterhalts
- Sicherung regelmäßiger ärztlicher Versorgung
- Vorhandensein einer festen kontinuierlichen Bezugsperson („responsible caregiver“)



Basisbedürfnisse, die für Kinder drogenabhängiger Eltern erfüllt sein müssen II

- Gewährleistung der Aufsichtspflicht, Verhütung von Unfällen und Verletzungen
- Gewaltfreie Erziehung
- Strukturierter verlässlicher Alltag, incl. geregelter Tag-Nacht-Rhythmus
- Gewährleistung einer ausreichenden pädagogischen Förderung und Erziehung
- Teilnahme am sozialen Gleichaltrigenleben (peer-Gruppen)



Synopse der häufigsten Auswirkungen und Verhaltensprobleme bei Kindern von CM-abhängigen Eltern (N=150)

- (1) Vernachlässigungssymptome**
- (2) Entwicklungsverzögerungen, Retardierungen**
- (3) Sprach- und Artikulationsstörungen**
- (4) Schlaf(rhythmus)störungen**
- (5) Externalisierende Verhaltensprobleme, besonders Jungen: Sozialverhalten, ADHS**
- (6) Internalisierende Verhaltensprobleme, besonders Mädchen: Angst, Depressivität**
- (7) Parentifiziertes Verhalten**
- (8) Persönlichkeitsauffälligkeiten (Frühformen von PS?)**

Ergebnisse: Crystal-Meth und Familie-Studie mit Unterstützung des BMG (Klein, Dyba & Moesgen, 2015)

Partnerschaften

- Oft Kennenlernen über Konsum und Konsum beider Partner
- Instabile Partnerschaften
- Beziehungsabhängigkeit der Frauen
- Sexuelle Ausdauer und Experimentierfreude, einige Beziehungen auf der körperlichen Ebene basierend
- Schwangerschaften oft ungeplant und spät bemerkt bei Unklarheit über Vaterschaft
- Aktueller Männlicher Partner sehr oft nicht Kindsvater

Merkmale der exponierten Kinder

- Oft entwicklungsverzögert und verhaltensauffällig (Sprache, Motorik, Bindungsstörungen)
- Ambivalent und unsicher (durch Inkonsequenz und Unberechenbarkeit der Eltern)
- Eltern werden nicht als Autorität anerkannt (distanzloses und grenzenloses Verhalten den Eltern gegenüber)
- Parentifizierung und Rollentausch (ältere Kinder wirken oft erwachsen)
- Materielle Bedürfnisbefriedigung

Lebenswelt der Kinder

- Mehrere Kinder verschiedener Väter in den Familien
- Versorgung volatil: unterschiedlich und abhängig von Konsumstatus
- Haushalte sind teilweise in Ordnung, physische Versorgung gewährleistet vs. keine sichergestellte Betreuung in (vor allem in Konsumpausen)
- Eltern wenig Intuition für kindliche Bedürfnisse, z.B. durch Fokus auf sich selbst oder Partner
- Vernachlässigung der Beziehung zum Kind
- Gewalt und Aggression im Lebensumfeld, z.B. zwischen den Eltern, weniger physisch als psychisch
- Nicht altersgerechtes Umfeld und inadäquater Umgang

- Häufig in Fremdunterbringung und nicht beim konsumierenden Elternteil
- Eltern beschäftigen sich auch mit fremduntergebrachten Kindern

Ergebnisse des Forschungsprojekts „Crystal Meth & Familie I“ Dokumentenanalyse in der Suchthilfe (N=308)

Eltern:

- Niedriger sozioökonomischer Status (Arbeitslosigkeit, Schulden)
- Häufig eigene problematische Biografie und psychische Komorbiditäten (bei wenig therapeutischer Anbindung)
- Missbrauch / Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen
- Hinweise auf vermehrt impulsive und emotional distanzierte, psychotische Verhaltensweisen
- Partner/innen sind häufig nicht leibliche Eltern der Kinder
- Oftmals konsumieren beide Partner
- Teilweise Gewalt in Partnerschaften

Kinder:

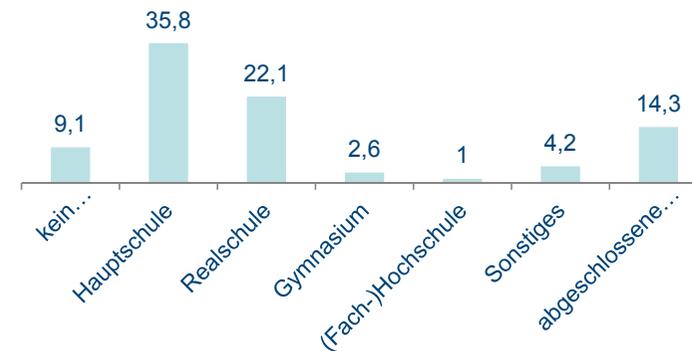
- Junges Durchschnittsalter
- Potenzielle pränatale Exposition
- Häufig nicht beim konsumierenden Elternteil untergebracht
- Entsprechend Hinweise auf Diskontinuität in der Beziehung zu Eltern (Fremdunterbringung, Inobhutnahmen)
- **Kinder als relevantes Abstinenzmotiv für die konsumierenden Eltern**



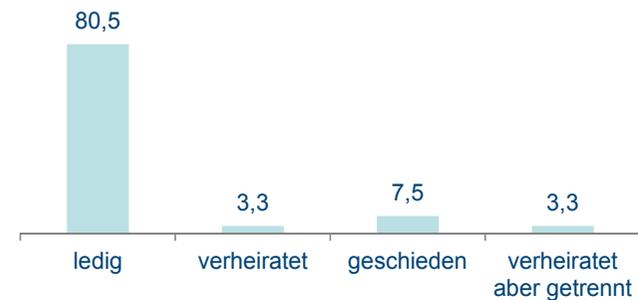
Fallakten: Klienten/innen: Soziodemografischer Hintergrund

- **Alter:** M = 30,03 Jahre (SD = 5,33)
- **Geschlecht:** 55,2% weiblich, 44,8% männlich
- **Berufstätigkeit:** nur bei 16,6% war eine Berufstätigkeit angegeben
- **Schulden:** 57,3% hatten Schulden
- **Justizprobleme:** 44% waren auffällig geworden (besonders durch BTM-Delikte, Verkehrsdelikte, Beschaffungskriminalität, Gewaltdelikte)

Bildungsabschluss (in %)

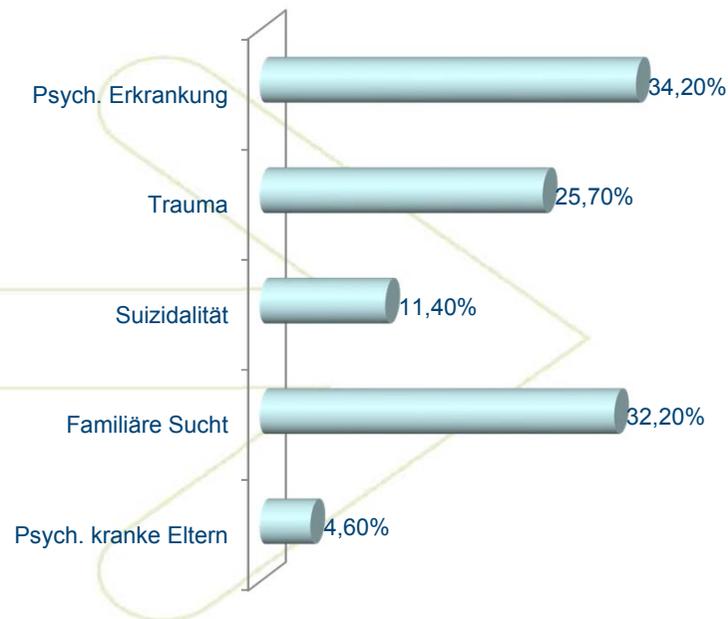


Familienstand (in %)



Klienten/innen: Psychosoziale Anamnese (N = 306)

Psychosoziale Anamnese



- **Psych. Erkrankungen:**

Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen (speziell emotional-instabil)

- **Traumatisierungen:**

Zu ca. 70% in Kindheit und Jugend, häufig Missbrauch und Gewalt in der eigenen Kernfamilie

- **Familiäre Suchtbelastung:**

Zumeist Alkoholabhängigkeit von Vater und/oder Mutter, Alkoholproblematik und Konsum illegaler Drogen von Geschwistern



Crystal Konsum (N = 306)

Konsum:

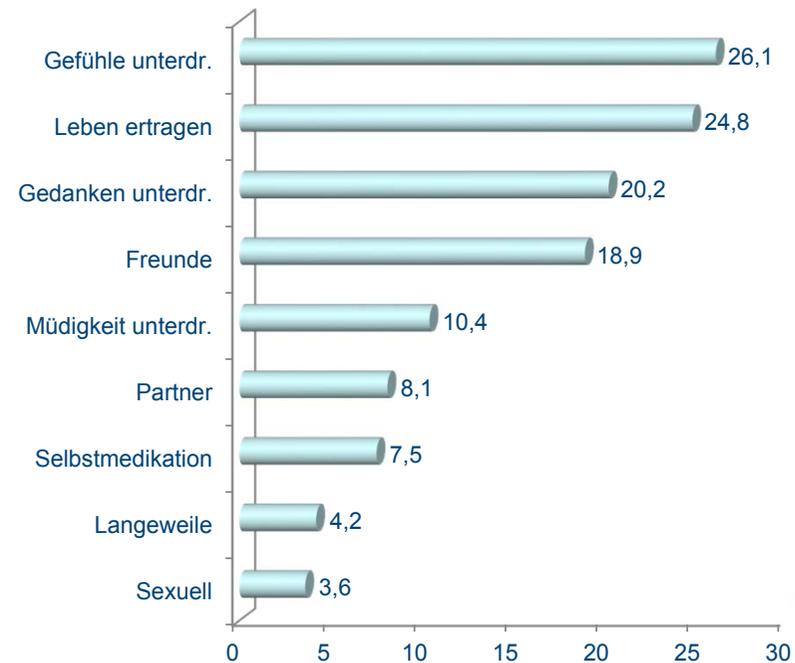
- Der **Erstkonsum** von Crystal lag im Durchschnitt 10,52 Jahre zurück (SD = 4,99)
- Zu 81,1% Abhängigkeit von der Substanz
- Applikation primär nasal

Häufig Konsum weiterer Substanzen:

- **Alkohol:** Konsum bei 41,4% bekannt (davon 31,3% aktueller Missbrauch oder Abhängigkeit)
- **Cannabis:** bei 57,7% bekannt (davon 38,1% aktueller Missbrauch oder Abhängigkeit)
- **MDMA:** bei 13,7% bekannt (davon 5,0% aktueller Missbrauch oder Abhängigkeit)
- **Opioid:** bei 13,4% bekannt (davon aktuell 5,9% Missbrauch oder Abhängigkeit)

Insgesamt wiesen 56% der Klienten Missbrauch oder Abhängigkeit einer weiteren Substanz auf

Konsummotive (in %)

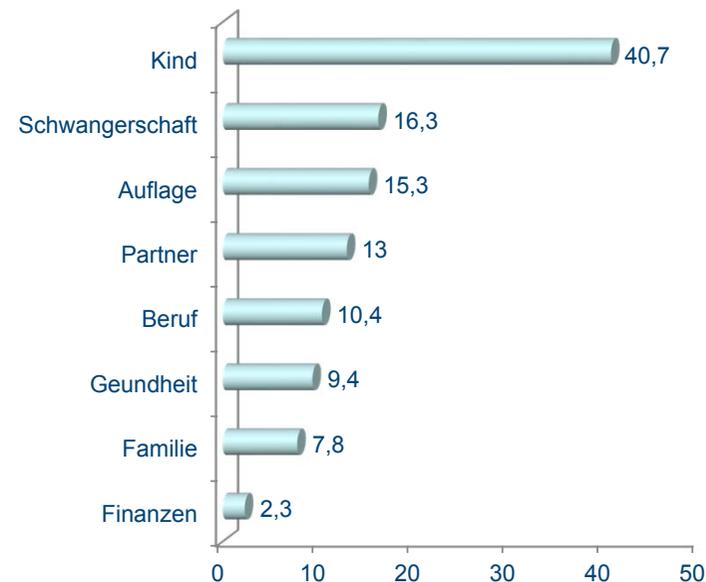


Crystal Abstinenz (N = 306)

Abstinenz:

- 15% Klienten/innen waren bereits zu Beratungsbeginn abstinent (z.B. nach Haft oder Entwöhnungsbehandlung)
- Der Anteil stieg auf 59,9% im Beratungsverlauf
- Die durchschnittliche Abstinenzdauer betrug $M = 15,49$ Monate ($SD = 13,35$)

Abstinenzmotive (in %)



Erziehung

- Methamhetaminkonsum erzeugt häufig dysfunktionales Erziehungsverhalten
- Elterlicher Methamphetaminkonsum stellt dementsprechend einen sehr ungünstigen Entwicklungseinfluss für die exponierten Kinder dar. Diese haben ein erhöhtes Risiko für
 - affektive Störungen
 - Verhaltensauffälligkeiten
 - eigenen späteren Substanzkonsum
- **Unter Berücksichtigung des hohen Anteils von Müttern und Vätern unter Methamphetaminabhängigen zeigt sich der Bedarf einer elternzentrierten präventiven Intervention für diese spezifische Zielgruppe.**

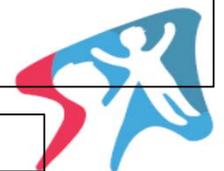
(Calhoun et al., 2015; Cleaver et al., 2011; Dyba et al., in preparation; Milin et al., 2014)



Merkmale der exponierten Kinder

- Oft entwicklungsverzögert und verhaltensauffällig (Sprache, Motorik, Bindungsstörungen)
- Ambivalent und unsicher (durch Inkonsequenz und Unberechenbarkeit der Eltern)
- Eltern werden nicht als Autorität anerkannt (distanzloses und grenzenloses Verhalten den Eltern gegenüber)
- Parentifizierung und Rollentausch (ältere Kinder wirken oft erwachsen)
- Materielle Bedürfnisbefriedigung

Crystal Meth und Familie; mit Unterstützung des BMG; Klein, Moesgen & Dyba, 2015



Lebenswelt der Kinder

- Mehrere Kinder verschiedener Väter in den Familien
- Versorgung volatil: unterschiedlich und abhängig von Konsumstatus
- Haushalte sind teilweise in Ordnung, physische Versorgung gewährleistet vs. keine sichergestellte Betreuung in (vor allem in Konsumpausen)
- Eltern wenig Intuition für kindliche Bedürfnisse, z.B. durch Fokus auf sich selbst oder Partner
- Vernachlässigung der Beziehung zum Kind
- Gewalt und Aggression im Lebensumfeld, z.B. zwischen den Eltern, weniger physisch als psychisch
- Nicht altersgerechtes Umfeld und inadäquater Umgang
- Häufig in Fremdunterbringung und nicht beim konsumierenden Elternteil
- Eltern beschäftigen sich auch mit fremduntergebrachten Kindern



Interventionen für suchtkranke Eltern

- Die Behandlung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist in der Regel auf die Person selbst fokussiert (“Klientenfokussierung”)
- Strukturierte Interventionen zur Stärkung elterlicher Kompetenzen sind i.d.R. nicht Teil des Behandlungsangebots (Arria et al., 2013)
- Dennoch gibt es verschiedene Elterntrainings für suchtkranke Mütter und/oder Väter (z.B. *MUT!*, *Familien stärken...*) (Calhoun et al., 2015; Renk et al., 2016)
 - Der Großteil der Elterntrainings ist “*skill-based*” und integriert v.a. Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie
 - Andere Interventionen sind „*attachment-based*“ und konzentrieren sich auf Interaktion und Bindung zwischen Eltern und Kind



Crystal Meth (CM) und Familie – Risiken, Folgen und Hilfen für exponierte Kinder.

4. Und jetzt was und wie?
Interventionen für betroffene Eltern
und Familien

Als Konkrete Hilfemaßnahmen für Kinder suchtkranker Eltern auf sekundärpräventiver Ebene sollten folgende Elemente erfolgen:

- Frühzeitige Ansprache ohne Stigmatisierungseffekte
- Kontinuierliche Gruppen- und Einzelarbeit
- Verstandenwerden in der spezifischen Lebens- und Familiensituation als Kind eines suchtkranken Elternteils (suchtspezifische Empathie)
- Akzeptanz für Symptome
- Wertschätzung der Lebensleistung des Kindes in der Suchtfamilie
- Erlaubnis zum Sprechen von bisher Verswiegenem
- Vermeidung negativer Konsequenzen des Sprechens
- Möglichst begleitende Elternarbeit
- Abbau von Scham- und Schuldgefühlen
- Bewältigung traumatischer Erfahrungen (z.B. im Bereich physischer oder sexueller Gewalt)
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Förderung der Gefühlswahrnehmung und der Gefühlsregulation (angesichts der Tabutrias „Sprich nichts, fühle nicht, traue keinem!“ von Black, 1988).

Bedarf einer spezifischen Elternintervention

- Es besteht ein erheblicher Hilfebedarf in suchtblasteten Familien, v.a. in jenen, in denen junge Kinder involviert sind
- Bestehende Elterninterventionen für Suchtkranke fokussieren eher Substanzkonsum im Allgemeinen oder richten sich speziell an alkohol- oder opiatabhängige Eltern
- Keine Intervention richtet sich bisher speziell an methamphetaminabhängige Eltern → potenziell geringere Wirksamkeit, da Crystal Meth-spezifische Besonderheiten nicht berücksichtigt werden
- SHIFT ist die erste (Eltern-)Intervention, die positives Erziehungsverhalten im Kontext von Methamphetaminabhängigkeit fördert und dabei die Spezifika der Zielgruppe berücksichtigt



Transfer der Ergebnisse des Projektes „Crystal Meth und Familie I“ in die Praxis:

Forschungsprojekt:

„**Crystal Meth & Familie II** -

Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“



FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
CRYSTAL



SHIFT
Elterntaining



Projektprofil

- Titel: „**Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz**“ („**CM II**“)
- Folgeprojekt von „Crystal Meth und Familie - Zur Analyse der Lebenssituation und des Hilfebedarfs betroffener Kinder (2014 - 2015)“
- Finanzierung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
- Projektlaufzeit: **31.03.2016 - 28.02.2018**
- „Taufe“ der Intervention: „**SHIFT-Elterntraining**“
- **Kooperation** mit Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe in Sachsen und Thüringen

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages





Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung

Bundesministerium
für Gesundheit



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Drogenbeauftragte der Bundesregierung
BMG · BÄK · DGPPN

S3-Leitlinie Methamphetamin- bezogene Störungen

 Springer

<http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/literatur/s3-ii-methamphetamin-bezogene-stoerungen-lang.pdf>

S3-Leitlinien Methamphetamin (2017); hier: Kontext Familie

Empfehlungen	Empfehlungsgrad
<p><u>7-20</u> Bei Bedarf sollte eine Paarberatung insbesondere im Hinblick auf konsumassoziierte Partnerschaftskonflikte, Gewalt und Sexualität angeboten werden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>
<p><u>7-21</u> Bei Verdacht auf häusliche Gewalt sollen Abklärung und Dokumentation erfolgen und gegebenenfalls Opferschutzmaßnahmen veranlasst werden.</p> <p>Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑↑</p>

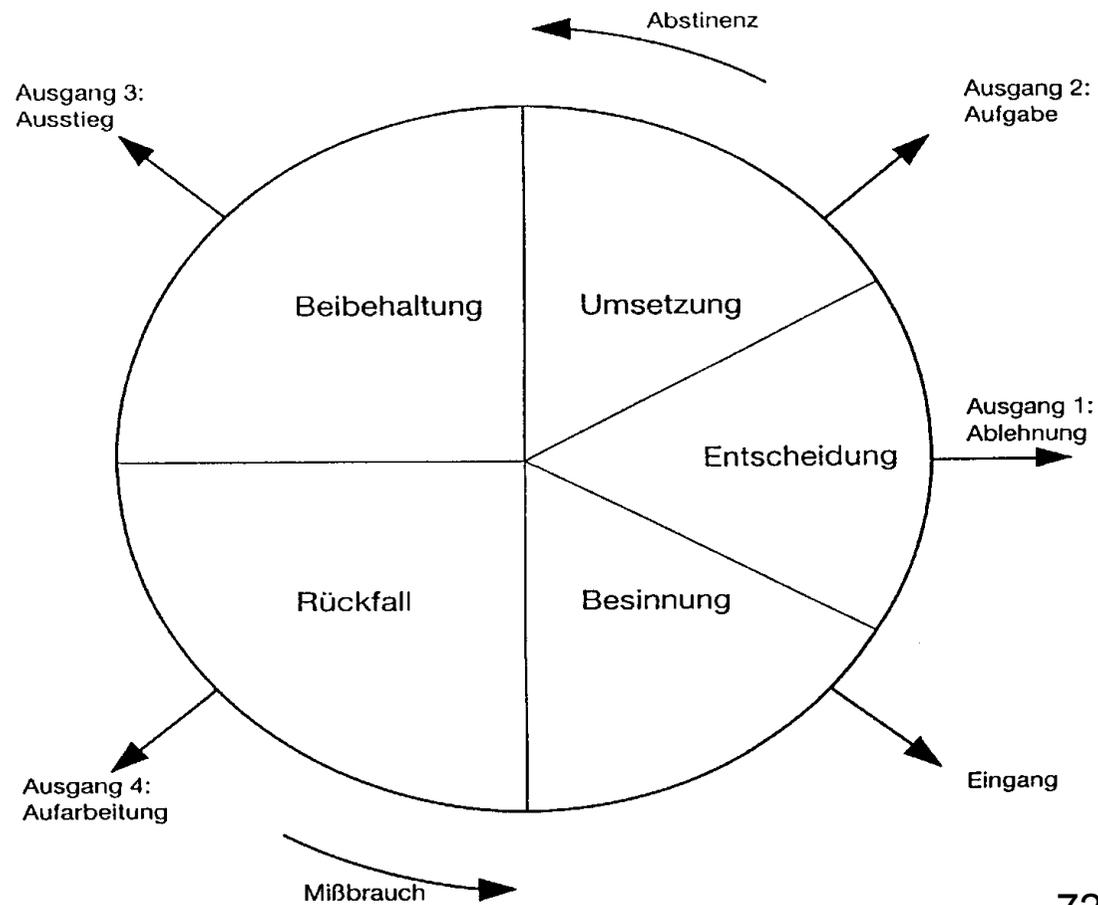
S3-Leitlinien Methamphetamin (2017); hier: Kontext Familie

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. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>
<p><u>7-23</u> Methamphetamin konsumierenden Eltern sollen Elternkompetenztrainings angeboten werden. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>
<p><u>7-24</u> Methamphetamin konsumierende Eltern sollen über Angebote der Jugend- und Familienhilfe informiert werden. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>

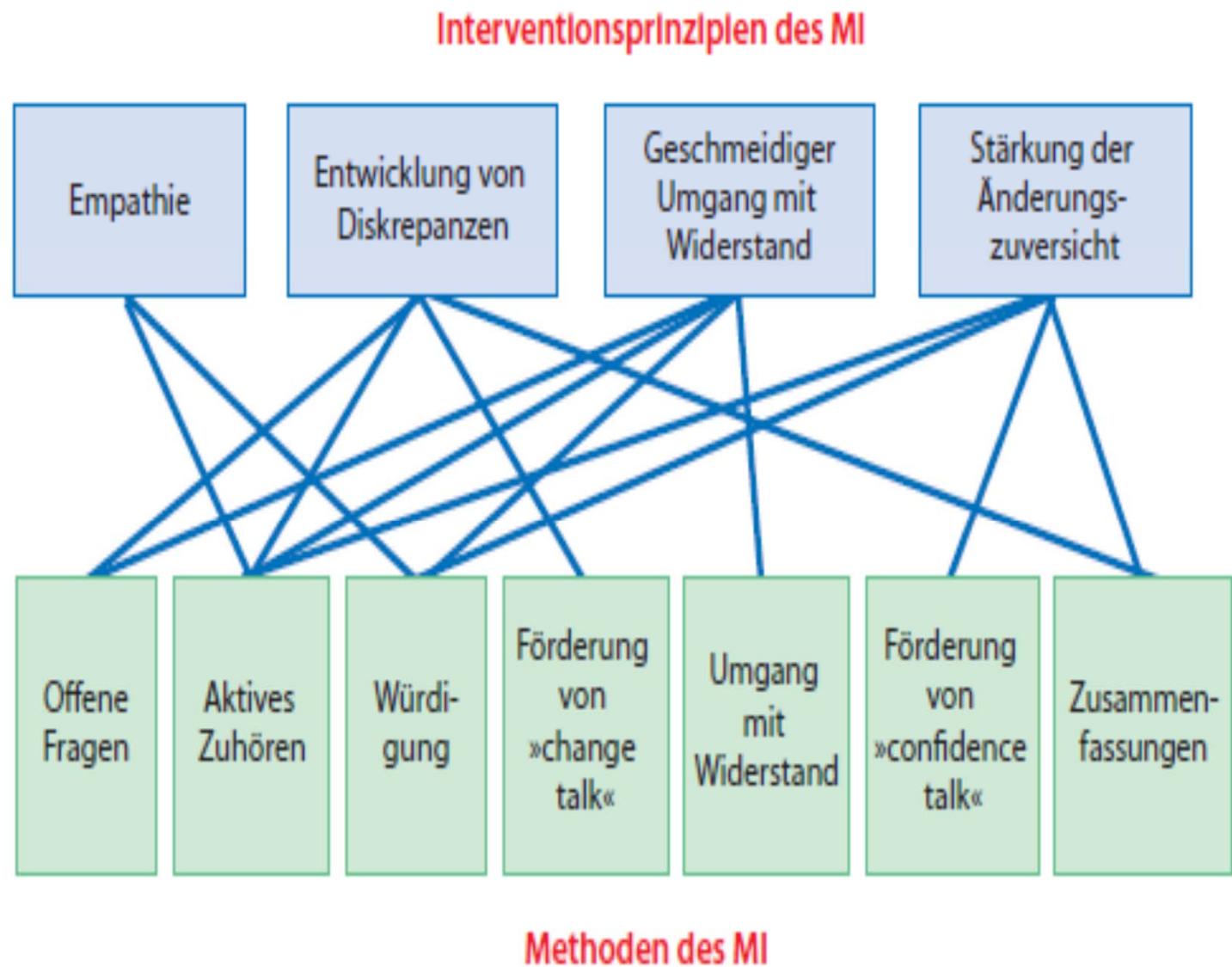
S3-Leitlinien Methamphetamin (2017); hier: Kontext Familie

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. 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. 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. Expertenkonsens Abstimmungsergebnis: 100%</p>	<p>↑↑</p>

Stufen des Veränderungsprozesses (nach Prochaska & DiClemente, 1988)



■ **Abb. 34.7.** Komponenten des Motivational Interviewing (MI).
(Mod. nach Körkel & Veltrup, 2003)



Zieloffene Suchttherapie

	Alkohol	Zigaretten	Haschisch Marihuana	Heroin	Substitute: z. B. Subutex Methadon Polamidon	Crack	Kokain (Pulver)	Aufputsch- mittel (z. B. Speed, Am- phetamine)	Beruhi- gungsmittel (Benzos, Rohypnol, Valium o. a.)	Schmerz- mittel (z. B. Dolvi- ran, Valoron o. a.)	Ecstasy, MDMA, o. a.	LSD, Pilze oder andere Halluzino- gene	Schnüffel- stoffe	weitere Substan- zen
Frage 1: Welche der folgenden Substanzen haben Sie in den letzten 12 Monaten konsumiert?														
Frage 2: Wie soll es mit diesen Substanzen für Sie weitergehen?														
Nichts verändern, weiterkonsumieren wie bisher														
weniger/anders konsumieren (seltener oder von der Menge her weniger)														
zeitlich begrenzte Abstinenz (... Monate)														
zeitlich unbegrenzte Abstinenz, die Substanz nie mehr konsumieren														
sonstiges														

Abb. 1 Arbeitsblatt zur systematischen Zielabklärung (aus [53]).

Einübung von MI-Prinzipien

Ziel: Evokation authentischer selbstbezogener Äußerungen

- (1) Offene Fragen**
- (2) Aktives Zuhören**
- (3) Würdigung**
- (4) Förderung von „Change Talk“**
- (5) Umgang mit Widerstand „dancing vs. wrestlich“**
- (6) Förderung von „Confidence Talk“**
- (7) Zusammenfassungen**

Weitere Informationen zu MI

**Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015, 3. Auflg.).
Motivierende Gesprächsführung. Freiburg:
Lambertus.**

www.motivationalinterviewing.org



SHIFT = Suchthilfe und
Familientraining



SHIFT
Elterntraining

**FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
CRYSTAL**



SHIFT+
Elterntraining

**FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
DROGEN**

Entwicklung des SHIFT-Elterntrainings

Basis des **SHIFT-Elterntrainings**:

Theoriegeleitet:

- neueste Befunde zu Methamphetaminabhängigkeit, Familie, Partner- und Elternschaft
- aktuelle Forschungsergebnisse zu verhaltensbasierten und bindungsorientierten Elterntrainings
- in Anlehnung an evidenzbasierte / bewährte verhaltens- und suchtherapeutische Techniken / Interventionen / Manuale

Praxisorientiert:

- bisherige Erfahrungen der Kooperationspartner (Netzwerktreffen, Rückmeldungen...)
- Erfahrungen aus früheren Interventionsstudien (z.B. Trampolin)



Rahmen des SHIFT-Elterntrainings

- **Modularisierte Gruppenintervention** für betroffene Elternteile
- Vorgeschaltete Clearingphase (ca. 2 Termine)
- **2 Gruppenleiter** in jeder Sitzung
- **6-8 Teilnehmer** pro Gruppe
- **8 Module á 75-90 Minuten**
- Jedes Modul behandelt **ein bestimmtes Thema**
- **(Inter-)Aktive Beteiligung** der Teilnehmer

Clearing-Phase

- Klärung, ob KlientIn *kognitiv* in der Lage ist, am SHIFT-Elterntraining und den begleitenden Befragungen teilzunehmen, z.B. hinsichtlich
 - Aufmerksamkeit
 - Konzentrationsfähigkeit
 - Gedächtnis
 - Reflektionsfähigkeit
- Überprüfung, ob Klient hinsichtlich seines *Sozial- und Interaktionsverhaltens* in der Lage ist, am SHIFT-Elterntraining und den begleitenden Befragungen teilzunehmen, z.B. hinsichtlich
 - Absprachefähigkeit
 - Team- und Kooperationsfähigkeit des Klienten
 - Fähigkeit zur Emotionsregulation

Clearing-Phase

- Klärung, ob Klient vor dem Hintergrund seines aktuellen *Konsumstatus* in der Lage ist, am SHIFT-Elterntraining und den begleitenden Befragungen teilnehmen (z.B. Veränderungsbereitschaft in Bezug auf Abstinenz)
- Überprüfung, ob *Beikonsum* besteht und ob und inwiefern dieser für eine Teilnahme am SHIFT-Elterntraining hinderlich ist
- Motivierung zu einer künftigen *Abstinenz* bzw. Festigung einer bereits bestehenden Abstinenz
- Motivierung zur *Teilnahme* am SHIFT-Elterntraining

→ Wissen zum aktuellen Konsumstatus im Vorfeld des Clearings war hilfreich, ggf. war es empfehlenswert, vorher entsprechende Informationen einholen

Didaktik des SHIFT-Elterntrainings

- Psychoedukation
- Arbeitsblätter
- Rollenspiele
- (Selbst-)Beobachtungsaufgaben
- Austausch in der Gruppe und Diskussion
- Hausaufgaben zum Transfer in den Alltag

Ablauf der Module

Der **Ablauf** aller Module verläuft im Grunde gleich:

1. Begrüßung der Teilnehmer und Blitzlicht
2. Kurze Nachbesprechung der Wochenaufgabe
3. Durchführung von 2-3 themenspezifischen Übungen
4. Wochenaufgabe und Verabschiedung



Module des SHIFT-Elterntrainings

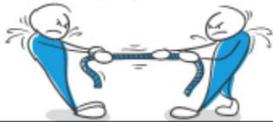
Modul	Ziele
1	Einstieg: „Start SHIFTing“. Gegenseitiges Kennenlernen, Austausch von Wünschen & Erwartungen, Vereinbarung von Gruppenregeln, Vertrauen gewinnen
2	Erziehung I : „Her mit den guten Zeiten“. Ressourcenorientierte Betrachtung der eigenen Elternschaft, Sensibilisierung für kindliche Bedürfnisse, 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

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, Eruiierung 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

„Konflikte in meiner Partnerschaft“

Im Folgenden sind verschiedene Bereiche des Zusammenlebens in einer Partnerschaft aufgeführt, in denen Konflikte entstehen können. Kreuzen Sie bitte an, wie oft es in Ihrer aktuellen (bzw. letzten) Beziehung die genannten „Streitpunkte“ gab.



Hierüber streiten wir...	oft	manchmal	nie
Umgang mit Geld			
Arbeit und Beruf			
Haushalt und Wohnung			
Kindererziehung			
Freizeitgestaltung			
Freunde und Verwandte			
Verhalten des Partners / der Partnerin			
Zuwendung des Partners / der Partnerin			
Attraktivität und Aussehen			
Vertrauen und Eifersucht			
Persönlicher Freiraum			
Sexualität			
Fremdgehen			
Persönliche Angewohnheiten			
Kinderwunsch / Familienplanung			
Fehlende Unterstützung des Partners / der Partnerin			
Forderungen des Partners / der Partnerin			
Umgang mit Crystal Meth			
Umgang mit anderen Drogen, Alkohol oder Medikamenten			
Gewalttätige Auseinandersetzungen			
Sonstiges:			

„Unsere Zukunft: Was nehme ich mir vor?“

Im SHIFT-Elternteraining haben Sie Einiges gehört und gelernt. Bitte Überlegen Sie nun einmal, was Sie sich von dem Gelernten besonders zu Herzen nehmen möchten und was Sie sich konkret vornehmen möchten. Überlegen Sie zum Schluss, wer oder was Ihnen bei der Umsetzung helfen kann.



Für **mich selbst** nehme ich mir für die Zukunft vor:



Für **mein/e Kind/er** nehme ich mir für die Zukunft vor:



Für **meine Partnerschaft** nehme ich mir in Zukunft vor.



Für **meine Familie** nehme ich mir für die Zukunft vor:

Diese Personen oder Dinge können mir helfen, meine Ziele zu erreichen:

„Angenehme Gefühle teilen“

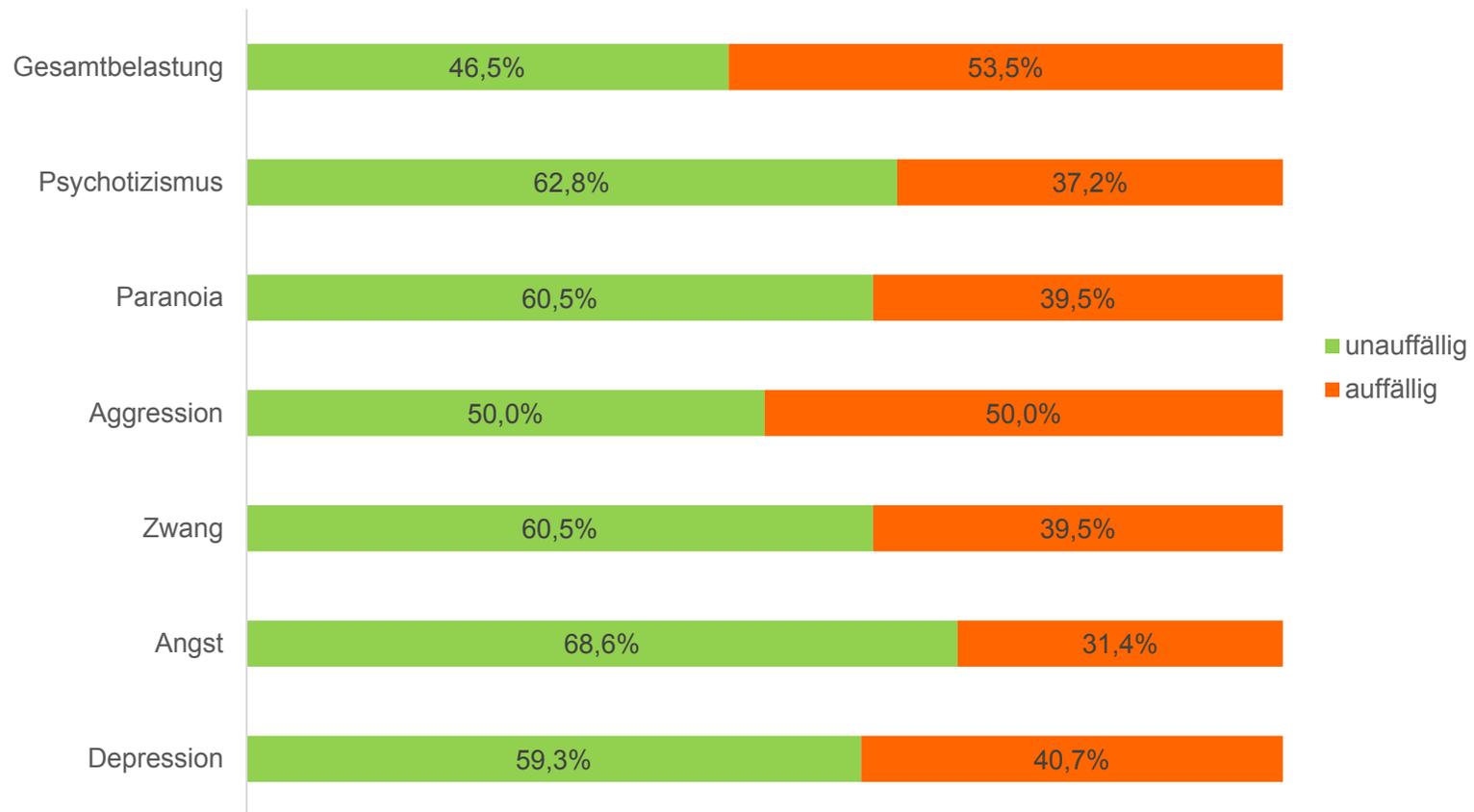
Gemeinsam mit Ihrem Kind gute Gefühle zu teilen: das tut nicht nur dem Kind gut, sondern macht Ihnen beiden Spaß!

Wie können Sie dafür sorgen, dass sich Ihr Kind gut fühlt? Wie können Sie ihm Zuneigung zeigen? **Hier finden Sie einige Ideen:** Überlegen Sie einmal, was Sie schon gemacht haben und was Sie noch öfter tun könnten! Wenn Ihnen noch mehr einfällt, schreiben Sie diese gerne am Ende der Liste dazu!

- Ich lächle mein Kind freundlich an.
- Ich sage meinem Kind, dass ich es gerne habe.
- Ich nehme mir Zeit mit meinem Kind zusammen zu sein.
- Ich spreche mit ruhiger und liebevoller Stimme.
- Ich schmusse oder knuddle mit meinem Kind.
- Ich nehme mein Kind liebevoll in den Arm.
- Ich bemerke, wenn mein Kind genug hat.
- Ich spreche mit meinem Kind.
- Ich höre meinem Kind zu.
- Ich lobe mein Kind, wenn es etwas Spezielles macht.
- Bei Wiedersehen begrüße ich mein Kind.
- Ich sage wohin ich gehe, wenn ich eine Weile weg muss.
- Ich zeige meinem Kind, dass ich es liebe so, wie es ist.
- Ich erzähle meinem Kind Geschichten oder singe ein Lied vor.
- Ich spiele zusammen mit meinem Kind und wir haben Spaß dabei.
- Ich habe Vertrauen zu meinem Kind.
- Ich Sorge dafür, dass es meinem Kind gut geht.
- Ich Sorge dafür, dass es mir gut geht und ich entspannt mit meinem Kind zusammen sein kann.
- Ich.....
- Ich.....

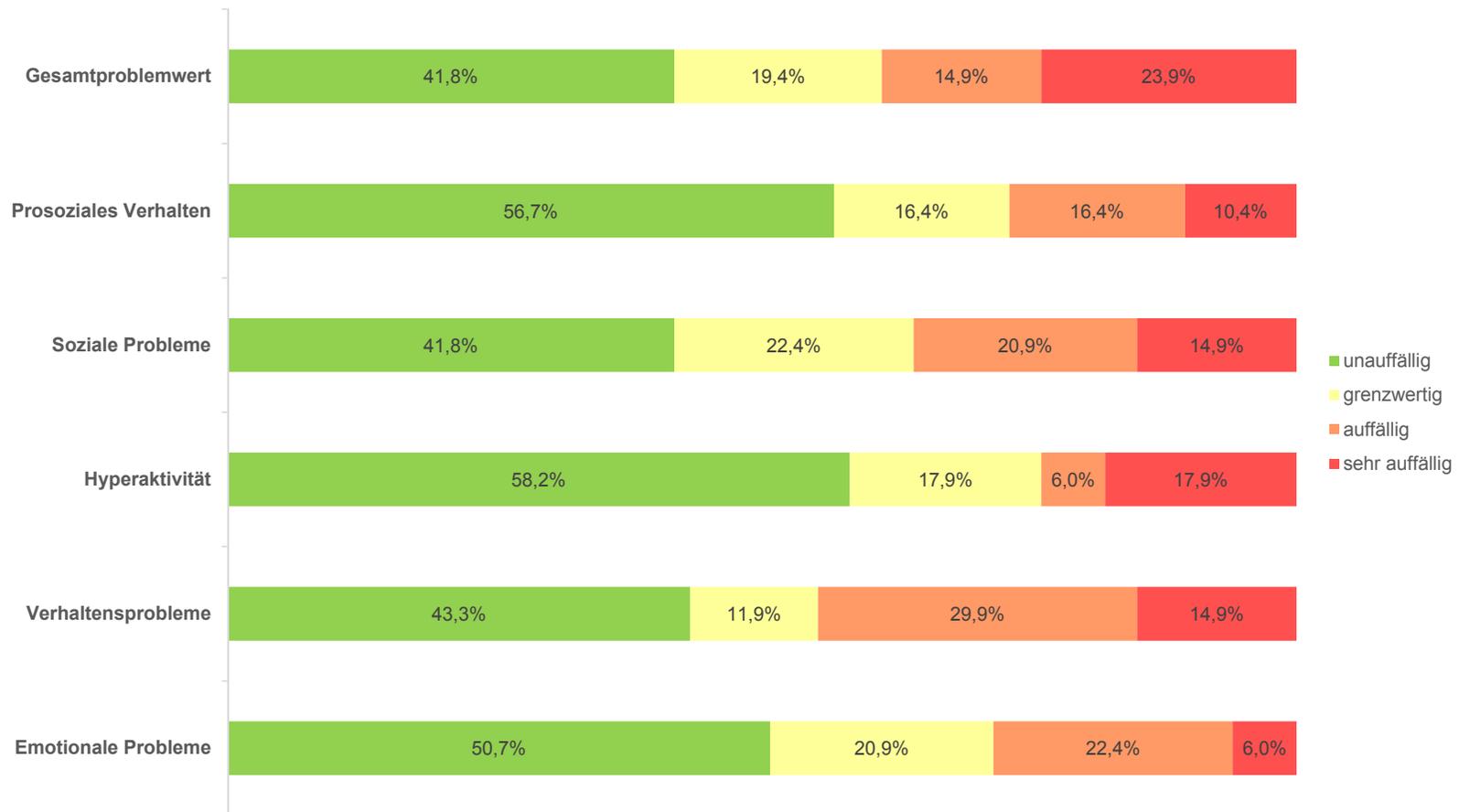


Ausgangssituation: Psychische Belastung Eltern (BSI, n = 86)

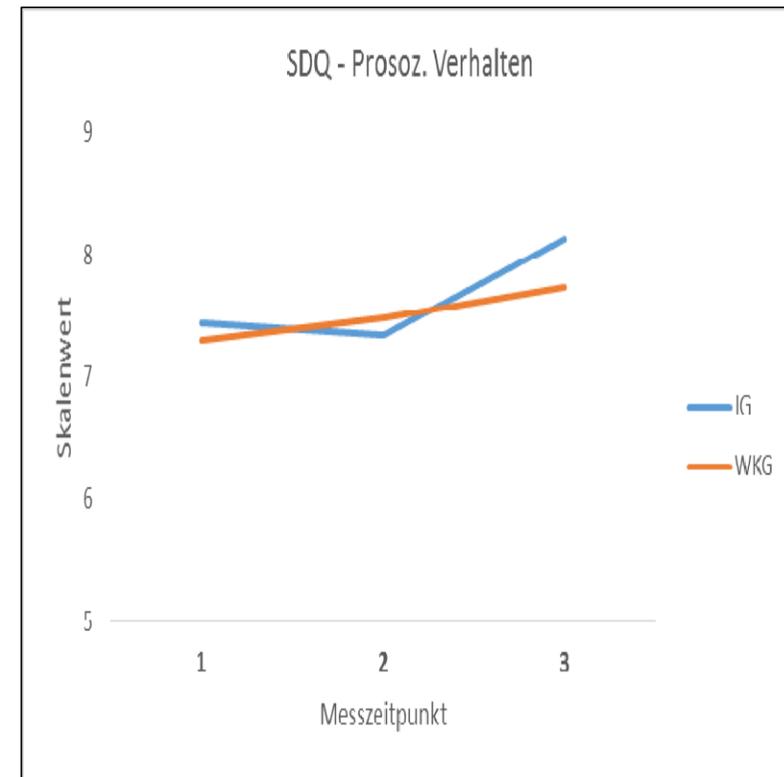
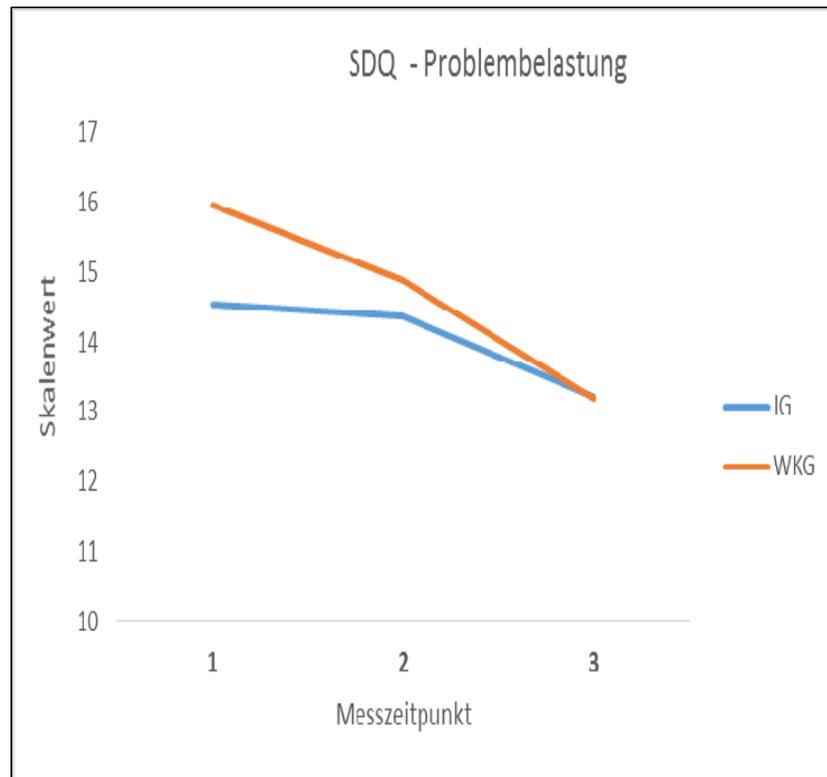


Ausgangssituation: Kindliche Belastungen

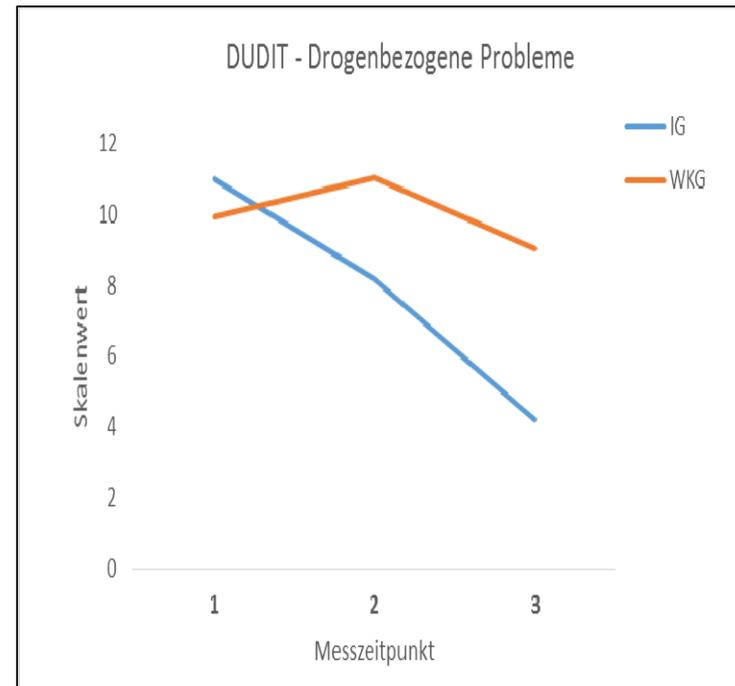
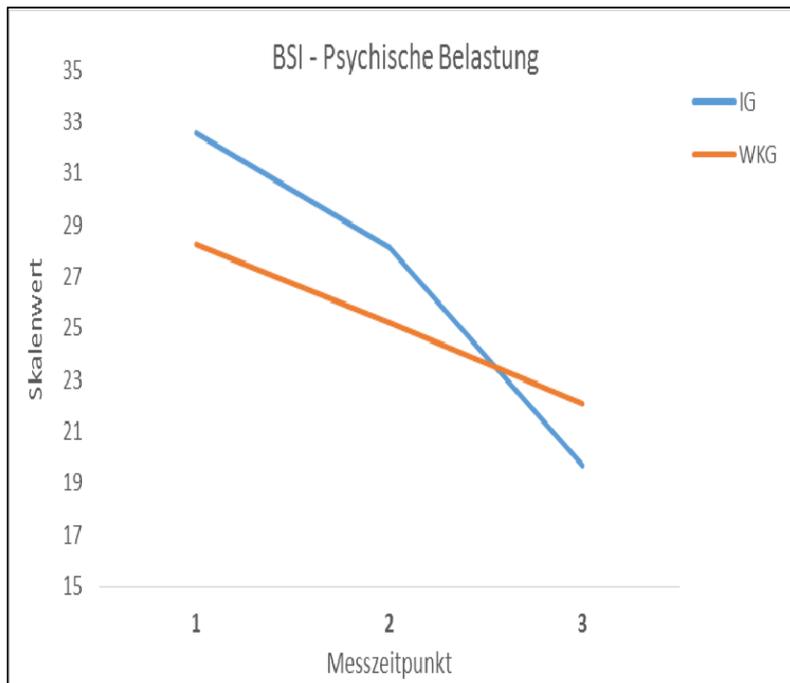
(SDQ, n = 67)



Wirksamkeit: Kindliche Problemlagen (n=46)



Wirksamkeit: Psychische Belastung ⁽ⁿ⁼⁶⁷⁾ & drogenbezogene Probleme ⁽ⁿ⁼⁵⁵⁾ Eltern



Aktuelle Publikationen:

Klein, M. (2018). Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht. *Suchtmedizin* 20 (1), 52 – 62.

Dyba, J., Klein, M. & Wetzel, W. (2017). Elternschaft, Partnerschaft und familiäre Konstellationen bei Methamphetaminkonsumierenden – Eine Analyse der Beratungsdokumentation in der ambulanten Suchthilfe. *Suchttherapie* 18, 73 – 78.

Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). Kinder suchtkranker Eltern - Grundsatzpapier und Fakten zur Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Kinder aus suchtbelasteten Familien* (S.4 - 26). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Berlin.

Moesgen, D., Dyba, J. & Klein, M. (2017). Methamphetaminabhängigkeit und Elternschaft – Herausforderungen und Hilfen. In: Stöver, H., Dichtl, A. & Graf, N. (Hrsg.). *Crystal Meth. Prävention, Beratung und Behandlung* (S. 244 – 252). Frankfurt: Fachhochschulverlag.

Moesgen, D., Klein, M. & Dyba, J. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft – Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. *Suchttherapie* 18, 65 – 72.

Wieland, N. & Klein, M. (2018). Substanzbezogene Störungen und traumatische Erfahrungen in der Kindheit- Ein Überblick. *Suchttherapie* 29 (1), 1 – 10.

Relevante internationale Literatur

Asanbe, C.B., Hall, C. & Bolden, C.D. (2008). The Methamphetamine Home: Psychological Impact on Preschoolers in Rural Tennessee. *The Journal of Rural Health*, 24 (3), 229-235.

Haight, W. L. (Hg.) (2009): *Children of Methamphetamine-Involved Families. The Case of Rural Illinois*. Oxford, New York: Oxford University Press.

McGuinness, T.M. & Pollack, D. (2008). Parental Methamphetamine Abuse and Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22 (3), S. 152-158.

Messina, N.; Jeter, K. Marinelli-Casey, P.; West, K. & Rawson, R. (2011): Children Exposed to Methamphetamine Use and Manufacture. *Child Abuse and Neglect*, 38 (11). S. 1872-1883.

Paravesh, N., Mazhari, S. & Nazari-Noughabi, M. (2015). Frequency of Psychiatric Disorders in Children of Opioid or Methamphetamine – Dependent Parents. *Addiction and Health*, 7, (3-4), S. 140-148.

Smith, L.M., LaGasse, L.L., Derauf, C., Grant, P., Shah, R., Arria, A. et al. (2006). The Infant Development, Environment, and Lifestyle Study: Effects of Prenatal Methamphetamine Exposure, Polydrug Exposure, and Poverty on Intrauterine Growth. *Pediatrics*, 118 (3), S. 1149-1156.

Smith, L.M.; LaGasse, L.; Derauf, C. Grant, P.; Rizwan, S. Arria, A. et al. (2008): Prenatal Methamphetamine Use and Neonatal Neurobehavioral Outcome. *Neurotoxicology and teratology*, 30, S. 20–28.



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

URL: www.addiction.de; www.disup.de