

Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen - alte Konzepte, neue Konzepte

Vortrag an der Evangelischen
Hochschule Dresden, 08. März 2016
Michael Klein, Köln

Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen - alte Konzepte, neue Konzepte

Überblick:

1. Zahlen zum Thema, Geschichte und Zukunft des Themas, klinische Beispiele
2. Jenseits des Co-Abhängigkeitskonzepts – Substanzkonsumstörungen in Familien sind mehr
3. Transmission als Problem und Risiko: Zahlen, Fakten, Traumatisierung
4. Kinder methamphetaminabhängiger Eltern und Kinderschutz
5. Prävention? Ja! – Und wie?

Vorbemerkung:

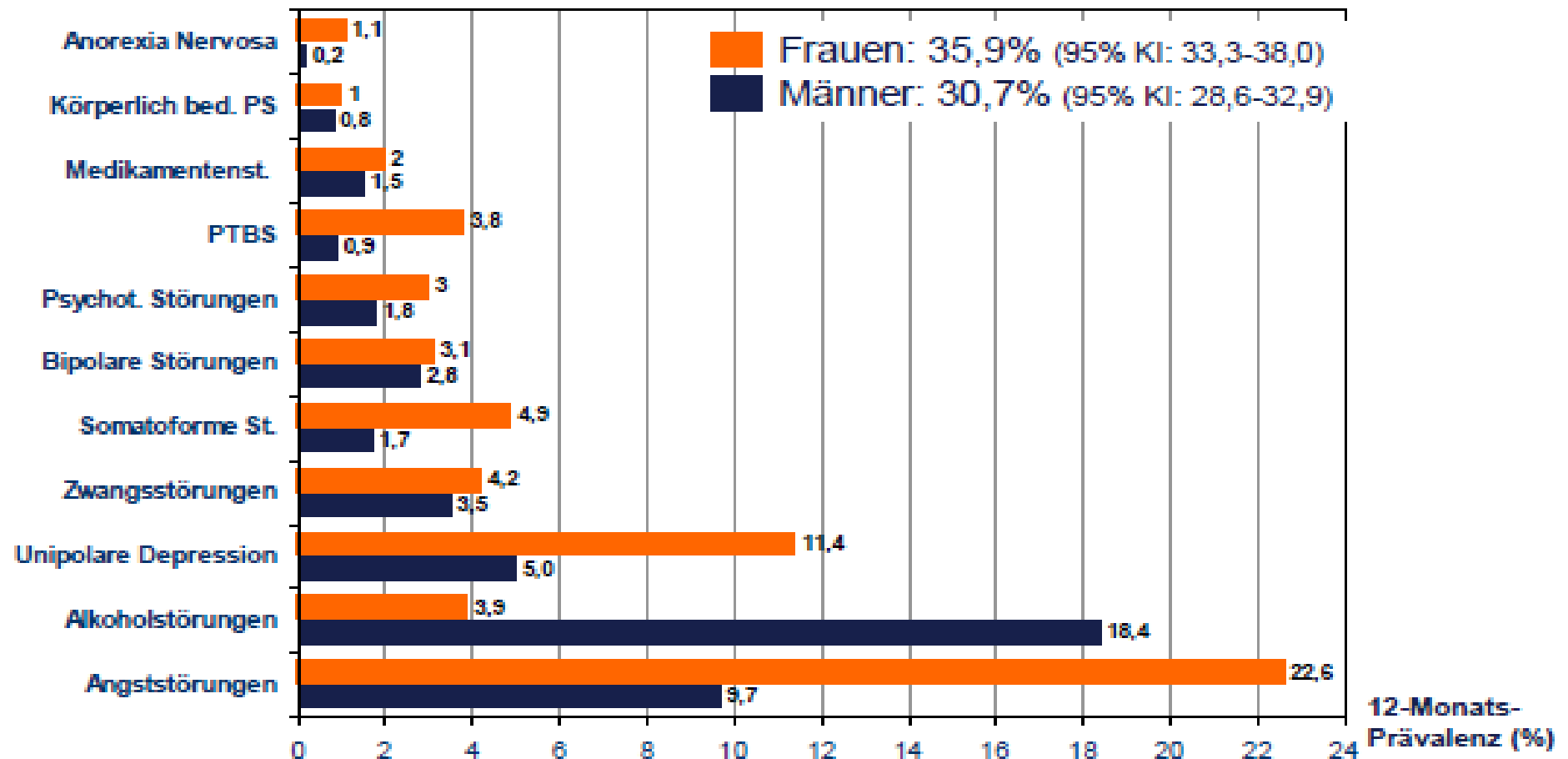
Suchtstörungen gehören zu den wichtigsten psychischen Störungen – Die Frage nach ihren Auswirkungen auf die Familie sollte Regel und nicht Ausnahme sein.

Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen - alte Konzepte, neue Konzepte

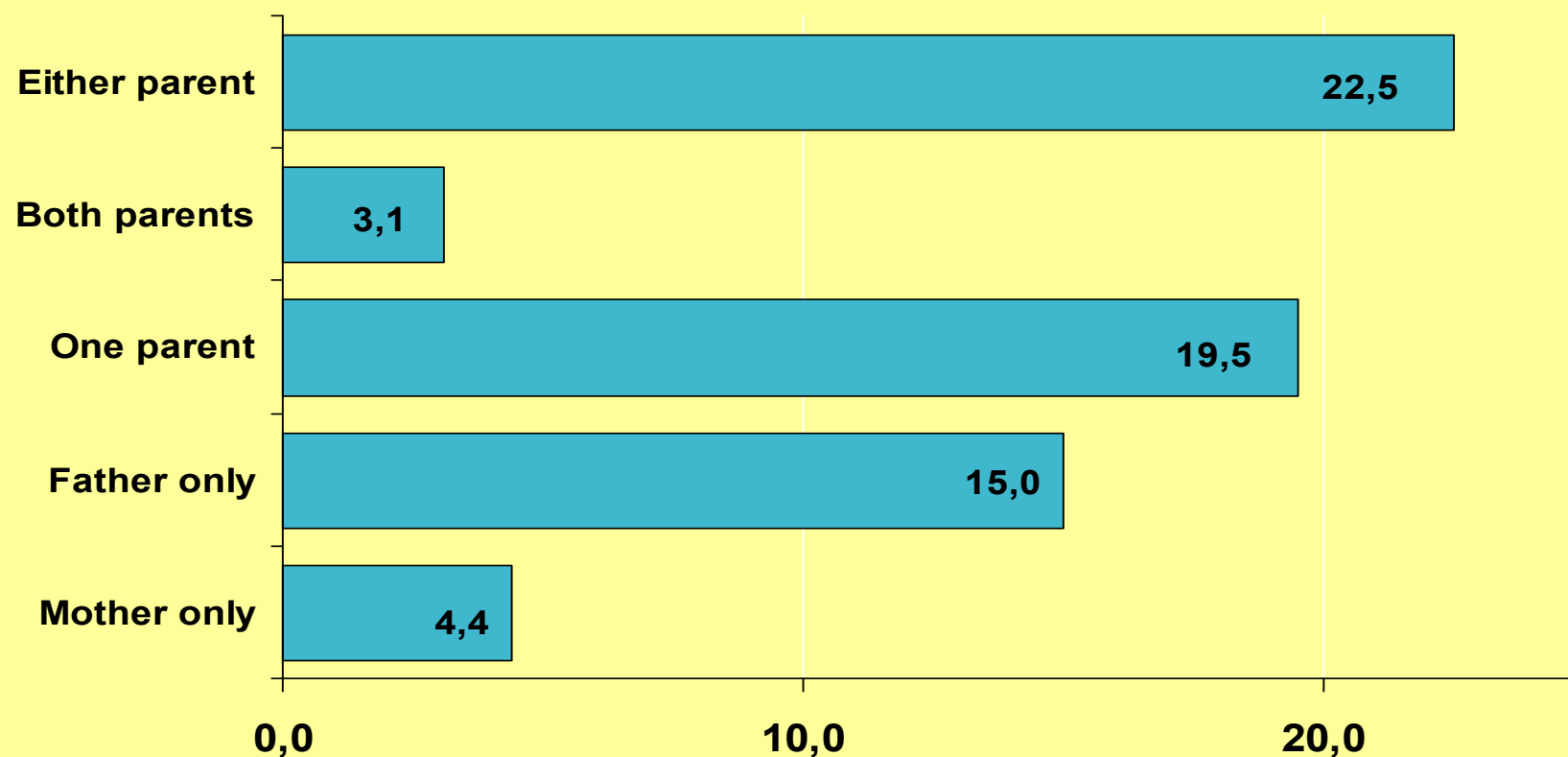
1. Zahlen zum Thema, Geschichte und Zukunft des Themas, klinische Beispiele



Die häufigsten psychischen Störungen bei Männern und Frauen



**Frequency of alcohol problems in parents
(N = 2427; Lifetime, %w; source: EDSP-study; Lieb et al.
2004)**



Suchtprobleme in der Verwandtschaft („high density families“)

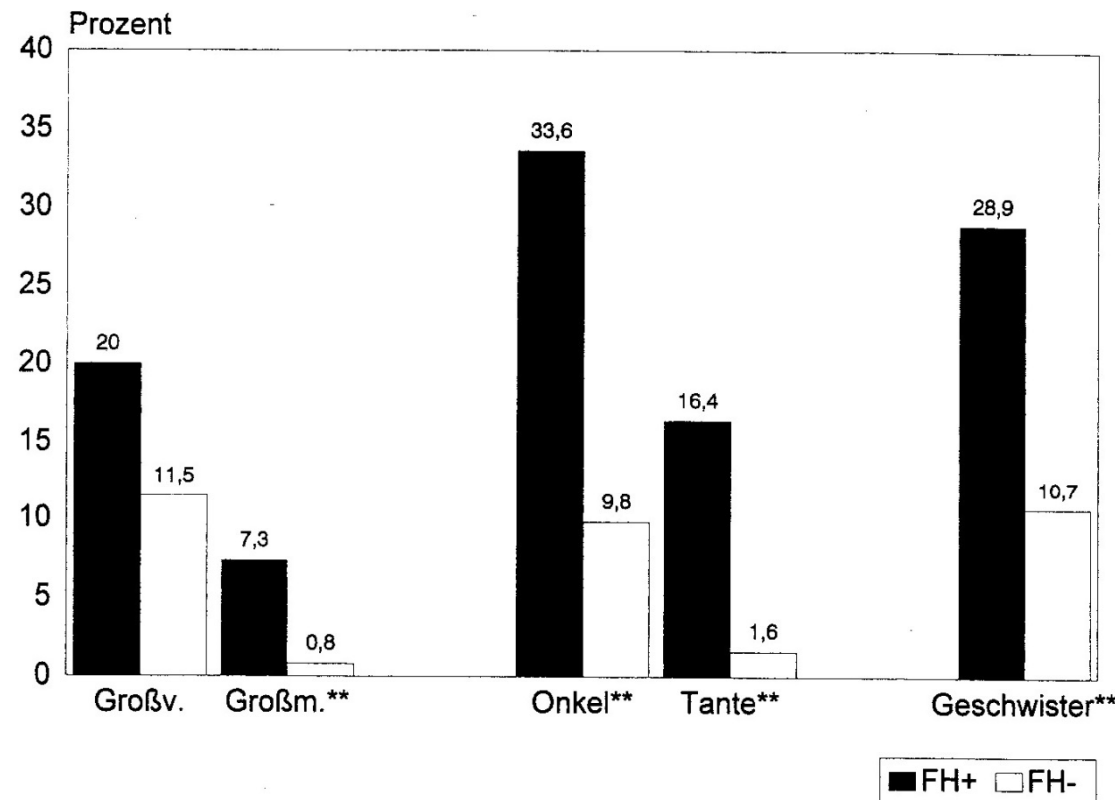


Abbildung 10:

Suchtprobleme in der Verwandtschaft bei Risiko- (FH+) und Kontrollprobanden (FH-)

Anmerkung: ** $p \leq .01$, $n = 244$; ¹ $n = 200$

Zukunft des Drogenkonsums

Seit einigen Jahren ist eine fast explosionsartige Zunahme der Produktion neuer synthetische Drogen (insbes. Amphetamine und Cannabinoide zu beobachten) zu beobachten. Dieses Phänomen wird als „Neue psychoaktive Substanzen“ (NPS) beschrieben. Es wird die Konsumgewohnheiten und die Realität in Drogenszenen (und damit auch Partnerschaften und Familien) nachhaltig verändern. Multipler Substanzkonsum wird häufiger und regelhafter als bisher.

Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen - alte Konzepte, neue Konzepte

Überblick:

2. Jenseits des Co-Abhängigkeitskonzepts –
Substanzkonsumstörungen in Familien sind mehr als das

Einführung

- (1) Partnerschaften und Sexualbeziehungen entstehen überwiegend unter Substanzeinfluss
- (2) Partner regulieren ihren Substanzkonsum gegenseitig, insbes. Frauen mäßigen Männer
- (3) Problematisch Konsumierende finden häufiger als Partner zusammen („selective mating“)
- (4) Töchter suchtkranker Väter heiraten zu ca. 45% einen (später) suchtkranken Partner
- (5) Langfristig belastet und zerstören Suchtkrankheiten Partnerschaften und erzeugen Stress, Leiden, Gewalt und Trennungen
- (6) Sucht häufigste psychische Störung bei Männern

Prozessmodell für alkoholbelastete Partnerschaften

Einen Ansatz der Systematisierung der Interaktion in einer suchtbelasteten Partnerschaft liefert Joan JACKSON (1954) mit einem Phasenmodell, bei dem komplementäre Interaktionsmuster dominieren:

Phase 1: ***Verleugnung des Alkoholproblems***: Diese Phase ist gekennzeichnet von der Vermeidung des Themas und dem Nichtwahrhaben wollen eines Problems mit Alkohol.

Phase 2: ***Eliminierung des Trinkproblems***: Zunächst stehen Kontrolle und Reglementierung im Mittelpunkt. Die Erfahrung, dass das Alkoholproblem sich trotzdem vergrößert, führt häufig zu Ohnmachtsgefühlen und Selbstmitleid.

Phase 3: ***Desorganisation***: In dieser Phase wird das Trinken „hingenommen“, die Partnerin hat häufig resigniert und die abhängige Person wird verstärkt ausgegrenzt, z.T. auch angeklagt und bestraft.

Co-Abhängigkeit wird verstanden als ...

die pathologische Unfähigkeit einer Partnerin, sich vom Suchtverhalten ihres Partners abzugrenzen

das Wegsehen und Ausblenden der Realität in Anbetracht offensichtlicher Suchtprobleme eines Partners

das letzten Endes selbst schädigende Verhalten der übermäßig verstrickten Partnerin in einer suchbelasteten Partnerschaft

ein im Endeffekt komplizenhaften Verhalten einer Partnerin, welches in guter Absicht zu einer faktischen Verlängerung der Sucht des Partners führt

Co-Abhängigkeit stellt damit den Ausdruck einer Persönlichkeitsproblems, im schlimmsten Falle einer dependenten oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung dar.

Alle empirischen Versuche, auch im Sinne einer summativen „Co-abhängigen Persönlichkeitsstörung“ (Cermak, 1988), dieses Konzept für eine Mehrheit der Partnerinnen von Suchtkranken zu bestätigen sind, gescheitert.

Daher bedarf es alternativer Konzepte, die für Einzelfälle co-abhängige Aspekte umfassen können, jedoch das Verhalten der Mehrzahl der betroffenen Partnerinnen valider beschreiben und erklären.

In einer suchtselasteten 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“)

Familiäre Adaption bei Suchtstörungen

- Permanente, oft implizite Beeinflussung des Paar- und Familiensystems durch die psychische Störung (z.B. Depression, Alkohol- und Drogenabhängigkeit) eines oder mehrerer Familienmitglieder: Verhaltensnormen, -regeln, Emotionen, Grenzen verändern sich in kurzfristig wirksamer Anpassung („negative Verstärkung“)
- Familienrituale verändern sich explizit und implizit
- Ausbalancierung des Familiensystems durch verschiedene Verhaltensmuster (z.B. Schamabwehr, Verdrängung, Verleugnung, Kontrollversuche über den Abhängigen, Manipulation der häuslichen Umgebung, Entwicklung von rigiden Rollen, Realitätsverzerrung) bei einzelnen und im Gesamtsystem

Zahlen und Fakten

Es gibt mehr Menschen, die im direkten personalen Umfeld von Suchtkranken leben als Suchtkranke selbst.

Bei 1.8 Mill. Alkoholabhängigen (D) sind 1.3 Mill. Partnerinnen und 1.6 Mill. Kinder und Jugendliche betroffen.

Auf einen Alkoholabhängigen kommen somit ca. 1.6 – 1.8 nahe Angehörige.

Zahlen und Fakten

Partnerinnen alkoholabhängiger Männer:

In 50% aller Fälle „psychisch auffällig“ (Kogan, 1963)

9% leichte Depression, 12% mittlere oder schwere Depression (Fahrner, 1990)

Erhöhte Quoten (ca. 15%-25%) für abhängige und ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (Cluster C)

45% der Töchter eines alkoholabhängigen Vaters wählen einen (späteren) Alkoholabhängigen zum Partner (Schuckit, 1996)

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften I

- Die abhängige Person erscheint nach außen hin als „das Problem“, kann jedoch eher als „Symptomträger“ eines **dysfunktionalen Systems** gesehen werden.
- Die Sucht bzw. das Suchtmittel wird zur **Regulation der Interaktion** insgesamt und insbesondere bzgl. Nähe und Distanz im Familien- bzw. Paarsystem genutzt.
- Hieraus ergibt sich ein andauernder Kreislauf aus Streit und Disharmonie einerseits sowie Versöhnung und Nähe andererseits, was letztlich zu einer **Chronifizierung von Paarkonflikten** als zusätzlichen Stressor führen kann.
- Einerseits ist eine häufige Inszenierung von Konflikten zu beobachten, andererseits werden reale **innerpartnerschaftliche Abgrenzungen jedoch vermieden** wegen der damit verbundenen Gefahr für den Bestand des Systems. Es besteht hohes Konfliktpotential bei niedriger Lösungskompetenz.

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften II

- Aufgrund der Sucht entwickelt sich häufig eine stark veränderte Arbeitsteilung und Strukturierung in Paarbeziehung und Familie (**rigide Komplementarität** und **Spaltung der Verantwortung**).
- In suchtblasteten Paar- und Familiensystemen sind häufig **komplementäre Interaktionen** zu beobachten; dies bedeutet, dass PartnerInnen mit gegensätzlichen Verhaltensweisen (z.B. übermäßige Verantwortungsübernahme) reagieren.
- Zwischen der Darstellung der Familie nach außen und dem „Innenleben“ gibt es erhebliche Diskrepanzen (**Fassadenhaftigkeit**).
- Zwischen Paar und Umwelt gibt es extrem **undurchlässige Grenzen**, die u.a. mit Gefühlen von Schuld und Scham aufgrund des Suchtproblems zusammenhängen. Folgen sind neben einem familiären „**Pseudo**“-**Zusammenhalt** auch die Abgrenzung gegenüber Impulsen und Informationen von außen.

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften III

- Im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit ist eine **Zunahme von physischer, sexueller und psychischer Gewalt** in Familien und Paarbeziehung festzustellen.
- Häufig erfolgt die **Kommunikation nur mehr über den Alkohol**, wobei die Partnerin versucht, den abhängigen Partner zur Abstinenz oder zur Reduzierung des Konsums zu bewegen („zwingen“). Dieser hat mit dem Suchtmittel ein potentes Mittel, mit dem er auf die Beziehung Einfluss nehmen kann und so erfolgt eine **Konflikteskalation**.
- Infolge der Alkoholabhängigkeit **ändert sich das Verhalten im Bereich Sexualität**. Meist infolge Ablehnung durch die Partnerin nehmen die Intensität sexueller Kontakte, die sexuelle Harmonie und die sexuelle Befriedigung ab. Ebenso lässt alkoholbedingt die sexuelle Libido nach.
 - Sonderrolle der methamphetaminbelasteten Partnerschaften

Veränderungen der Paar- und Familiendynamik in alkoholbelasteten Partnerschaften IV

- Sich abgrenzen, individuelle Ziele verfolgen und die Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Interessen gilt als egoistisches Verhalten und Ausdruck von **fehlender familiärer Loyalität und Verantwortungsbewusstsein**. Lediglich ein triftiger Grund wie absolute Erschöpfung oder Krankheit rechtfertigen dies.
- Häufig entwickeln sich stabile Muster von Kontrolle, Abwertung und Kränkung, die sich über Nähe-Distanz-Konflikte dauerhaft stabilisieren.
- Langfristig kommt es auf Seiten der Partnerin zu einem **tertiären Krankheitsgewinn**, d.h. der Zunahme von Anerkennung durch Dritte und Selbstständigkeit, allerdings mit hohen subjektiven Kosten.

Partnerinnen

Im Einzelnen können für die Partnerinnen folgende Belastungssituationen („Stressoren“) auftreten:

- Unzuverlässigkeit und Unberechenbarkeit des suchtkranken Partners
- Vernachlässigung durch den suchtkranken Partner
- Aggression und Gewalttätigkeit
- Sexuelle Übergriffe, sexueller Missbrauch, Vergewaltigungen
- Vermehrte Partnerschafts- und Familienkonflikte
- Finanzielle Konflikte, erhöhtes Armutsrisiko
- Drohender oder tatsächlicher Arbeitsplatzverlust
- Arbeitslosigkeit, ggf. Langzeitarbeitslosigkeit
- Schulden
- Soziale Marginalisierung, Gefahr sozialer Isolation
- Notsituationen durch Alkohol- oder Drogenintoxikationen des Partners

Belastungen für Partnerinnen

Unzuverlässigkeit und Unberechenbarkeit des suchtkranken Partners

Vernachlässigung durch den suchtkranken Partner

Aggression und Gewalttätigkeit

Sexuelle Übergriffe, sexueller Missbrauch,
Vergewaltigungen

Vermehrte Partnerschafts- und Familienkonflikte

Finanzielle Konflikte, erhöhtes Armutsrisiko

Drohender oder tatsächlicher Arbeitsplatzverlust

Arbeitslosigkeit, ggf. Langzeitarbeitslosigkeit

Schulden

Soziale Marginalisierung, Gefahr sozialer Isolation

Notsituationen durch Alkoholintoxikationen des Partners

Sozialer und partnerschaftlicher Druck zum Mittrinken

Zahlen und Fakten

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Beteiligung der Partnerinnen an einer Therapie grundsätzlich mit besseren Behandlungsergebnissen einher gehen, vor allem dann, wenn seitens beider Partner die Partnerschaft positiv eingeschätzt wird (Zweiben, 1999, S. 217). Dieser Gesichtspunkt wirkt sich wiederum, ökonomisch und auch motivational, positiv aus.

Innovationen für die Versorgungspraxis

- Nachsorgeangebote für Paare
- Paartherapie i.e.S.
- Sexualberatung
- Konflikt- und Kommunikationstraining
- Freizeitpädagogische (Familien-) Angebote
- Rückfallprävention
- Hilfen zur Trennungs- und Scheidungsbewältigung
- Eine (neue) Partnerschaft finden und beginnen (Coaching)

Nina, 12 Jahre, beide Elternteile alkoholabhängig
(Kinderseminare FK Thommener Höhe, ca. 1985)



Typische Lebenserfahrungen von Kindern alkoholkranker Eltern (N= 115)

- 1. Nicht zu Freunden gehen, um nicht in die Zwangslage zu geraten, diese zu sich nach Hause einladen zu müssen, wo die Eltern sich beschämend verhalten könnten.
- 2. In der Schule mit den Gedanken zu Hause sein, was dort gerade Schlimmes passiert oder bald passieren wird.
- 3. Andere Kinder beneiden oder eifersüchtig auf diese sein, wenn sie Spaß und Leichtigkeit mit ihren Eltern erleben.
- 4. Sich als Kind unter Gleichaltrigen isoliert, abgewertet und einsam fühlen.
- 5. Sich von den Eltern vernachlässigt, bisweilen als ungewolltes Kind fühlen.

Typische Lebenserfahrungen von Kindern alkoholkranker Eltern (Cork, 1969)

- 6. Für die Eltern sorgen, sich um sie ängstigen, insbesondere wenn die Mutter süchtig trinkt.
- 7. Sich um Trennungsabsichten oder vollzogene Trennungen der Eltern unablässig Sorgen machen.
- 8. Als Jugendlicher die Eltern nicht im Stich lassen wollen (z. B. nicht von zu Hause ausziehen können).
- 9. Die Eltern für ihr Fehlverhalten entschuldigen. Lieber andere Menschen oder sich selbst beschuldigen.
- 10. Vielfache Trennungen und Versöhnungen der Eltern erleben und sich nicht auf einen stabilen, dauerhaften Zustand verlassen können.
- 11. Wenn der trinkende Elternteil schließlich mit dem Alkoholmissbrauch aufhört, weiterhin selbst Probleme haben oder solche suchen.

Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen - alte Konzepte, neue Konzepte

3. Transmission als Problem und als Risiko

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, seinen Resilienzen (Widerstandskräften) uvm.
4. Als Trigger der Transmission gelten biopsychosoziale Faktoren. Eine Suchterkrankung geht mit vielen anderen Risikofaktoren („ACEs“) einher.
→ Transmission als Risiko (= Vulnerabilität), aber nicht als Schicksal

Was beeinflusst das Transmissionsrisiko ?

(z.B. Sher, 1991; Klein, 2008)

- (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)

Direkte und indirekte Effekte können Kinder Suchtkranker betreffen



Direkte (substanzbezogene) Effekte:

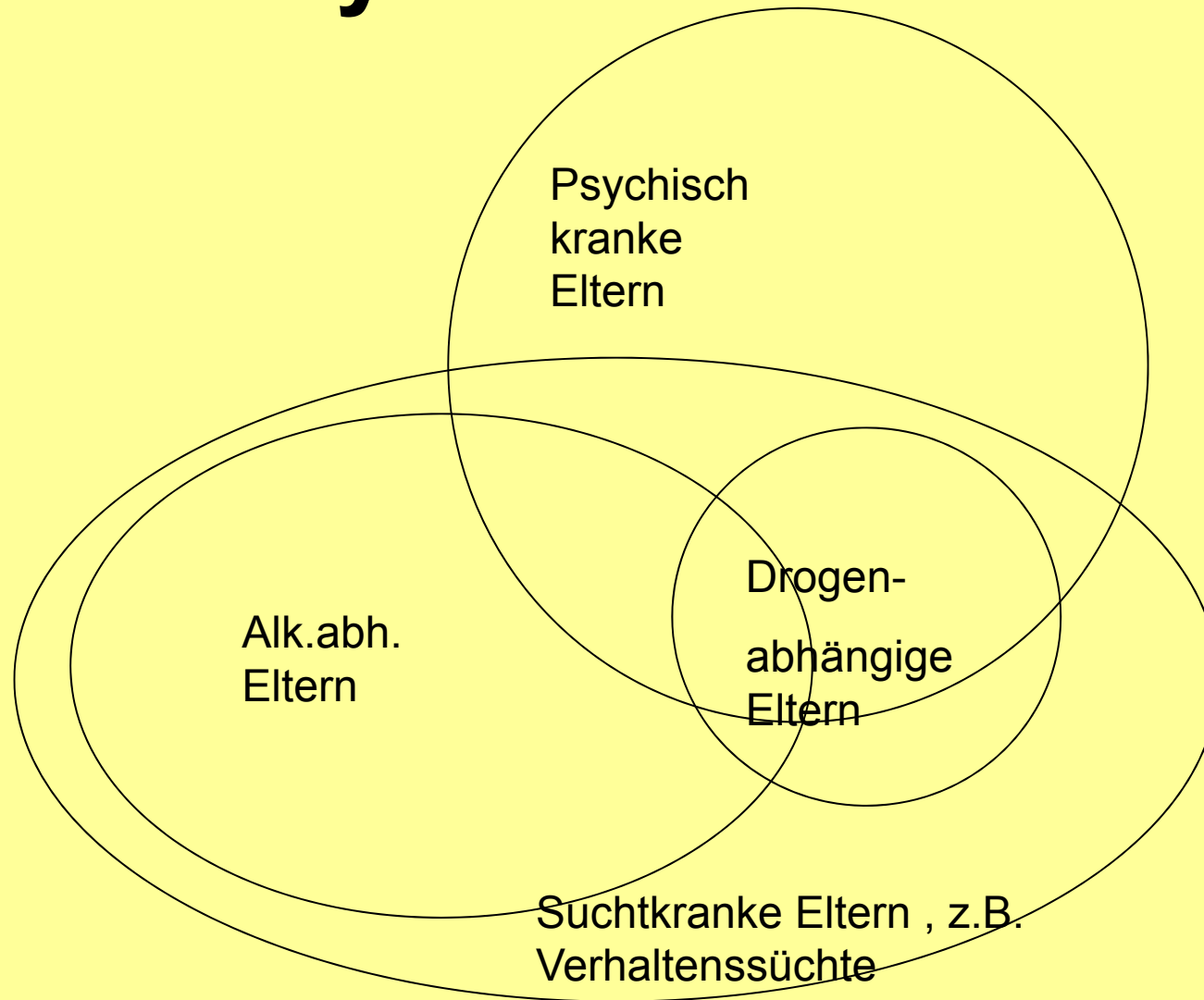
- Behinderungen und Retardierung durch FAS(D)
- Neonatales Abstinenzsyndrom
- Retardierung durch andere Substanzwirkung (z.B. Tabakrauchen)
- Schädigung durch Alkoholvergiftungen in Kindheit und Jugend



Indirekte 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

Kinder aus psychisch dysfunktionalen Familien



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)

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

Hast Du manchmal Angst vor dem Vater?

Elternteil mit Alkoholdiagnose	ja	nein	gesamt
Vater	75 (59.5%)	51 (40.5%)	126
Stiefvater	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12
Kontrollgruppe	4 (6.6%)	57 (93.4%)	61

N= 251; 11- bis 16-Jährige aus nicht klinischer,
repräsentativer Schülerstichprobe

Hauptsymptome alkoholbelasteter Partnerschaften und Familien: Stress 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, Kontroll eskalation, Kontrollverlust
- Übermäßige Frequenz emotionaler, physischer und sexueller Gewalt
- Chronisch belastete Atmosphäre („schleichendes Gift“)
- Verlusterlebnisse, Diskontinuitäten, Brüche

Hauptproblem suchtkranker Eltern aus der Kindesperspektive: Verhaltensvolatilität

Das Hauptproblem suchtkranker Eltern im Erleben ihrer Kinder ist ihre Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit, bisweilen auch ihre Impulsivität, Aggressivität oder Depressivität.

Je stabiler und funktionaler ihr Verhalten wird, desto besser ist dies für ihre Kinder.

Haupterfahrungen der Kinder suchtkranker Eltern: Volatilität des Elternverhaltens

- Instabilität
- Unberechenbarkeit
- Unkontrollierbarkeit
- Gewalt (Zeuge u/o Opfer)
- Misshandlung, Missbrauch,
Vernachlässigung
- Verlusterlebnisse,
Diskontinuitäten

Sucht und Familie: Alte Drogen, neue Drogen - alte Konzepte, neue Konzepte

**4. Kinder drogenabhängiger (insbes.
methamphetaminabhängiger) Eltern – Wie
können Suchttherapie und Kinderschutz
gelingen?**

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)

Suchtkranke Eltern(teile) bei Drogenabhängigen

Anzahl Personen			
54	Patientinnen in gemischten Drogentherapieeinrichtungen	51,0 % ein suchtkranker Elternteil	Hanel, 1988
191	Patienten in gemischten Drogentherapieeinrichtungen	36,0 % ein suchtkranker Elternteil	Hanel, 1988
59	Offene Drogenszene	54,2 % ein suchtkranker Elternteil	Sickinger, 1994
56	Drogenabhängige in Therapie	51,8 % ein suchtkranker Elternteil	Arnold & Steier, 1997
34	Patientinnen im niedrigschwelligen Drogenentzug	41,2 % alkoholabhängige Mutter	Hoffmann et al., 1997
68	Patienten im niedrigschwelligen Drogenentzug	48,5 % alkoholabhängige Mutter	Hoffmann et al., 1997
102	Drogenabhängige im niedrigschwelligen Drogenentzug	58,8 % alkoholabhängiger Vater	Hoffmann et al., 1997
501	Drogenabhängige im niedrigschwelligen Bereich	45,0 % alkoholabhängiger Vater	Mann & Kapp, 1997
651	männliche Drogenkonsumenten	22,2 % alkoholabhängiger Vater 10,3 % alkoholabhängige Mutter	Küfner et al., 2000

Fremdplatzierungsquoten bei Kindern von Drogenabhängigen

Umfang der Gruppe	Fremdplatzierungsquote	Institution / Indikation	Autor(en)
66	43,4 %	Gemischte Einrichtungen der Drogenhilfe (WA)	Nair et al., 1997
45	38,0 %	Familienorientiertes ambulantes Modellprojekt	Puxi & Kremer-Preiß, 1998
172	51,7%	gemischte Einrichtungen der Drogenhilfe	Scheib & Steier, 1998
360	61,9 %	Qualifizierte Entgiftungseinrichtungen, Köln	Klein, 1999
142	35,7 % regelmäßige Programmteilnehmer	Modellprojekt für crackabhängige Mütter	Magura et al., 1999
	77,8 % Programmabbrecher		
607	29,0 %	Modelleinrichtungen Substitution	Raschke et al., 2000

Wie viele Drogenabhängige haben Kinder?

29,0 %	Niedrigschwelliger Hilfebereich	Hartmann et al., 1994
31,0 %	Substitutionsbehandlung Hamburg	Janczak & Wendelmuth, 1994
30,3 %	Substitutionsbehandlung Niedersachsen	Schulzke, 1994
50,0 % weibl. 30,0 % männl.	Substitutionsbehandlung Hessen	Arnold et al., 1995
34,9 %	Drogenhilfeverbund JJ, Frankfurt	Englert & Ziegler, 1999
31,6 %	Qualifizierte Entzugsein- richtungen, Köln	Klein, 1999

Anteil der Kinder mit einer alleinerziehenden drogenabhängigen Mutter

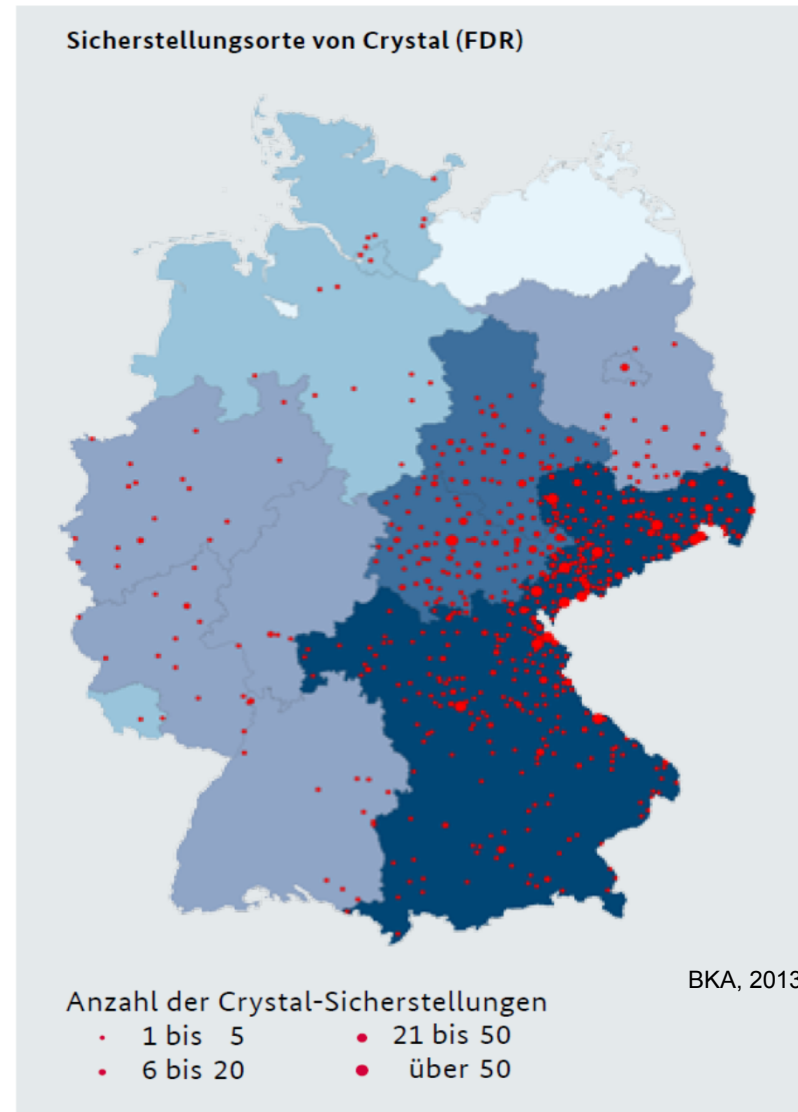
Zahl der Kinder	Anteil der Kinder bei alleinerziehenden Müttern	Quelle
34	35,3 %	Arnold & Steier, 1997
56	41,0 %	Puxi & Kremer-Preiß, 1998
148	15,5 %	Substitutionsambulanz des SKM (Köln) mündliche Information, 2000
9% aller Opiatabhängigen und 8% aller Kokainabhängigen lebten 1998 alleine mit einem Kind in einem Haushalt zusammen (Simon & Palazetti, 1999)		

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

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).



Crystal Meth in Deutschland:

Konsumentengruppen

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

Ergebnisse der „Illinois Studie“ Psychische Gesundheit der Kinder

(Haight et al., 2009)

- Trauma Checklist for Children: 86% erreichten auf mindestens einer Subskala den Grenzbereich oder klinisch relevanten Bereich.
- Child Behavior Checklist (CBCL): 52% der Kinder erreichen ein Gesamtergebnis im Grenzbereich oder klinischen Bereich.
Relevante Subskalen dabei: Nachdenklichkeit, Aggression, Rückzug und Depression.

Crystal Meth Studie I in Sachsen

(Klein, Dyba & Moesgen, 2015)

Ergebnisse der Fokusgruppen mit Fachkräften (N = 14):

Der biografische Hintergrund der Klienten sei meist schwierig (instabiles Elternhaus, suchtkranke Eltern und Geschwister, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen), wobei Biografien sich in vielen Fällen in der nächsten Generation zu wiederholen schienen. Insgesamt hätten viele Klienten wenige Ressourcen, die Mehrheit bezöge ALG II und hätte komplexe Problemfelder, vor allem im Bereich Wohnung und Finanzen. Die Suchtmittel der Eltern, wie z. B. Alkohol, würden meist abgelehnt. Auffällig sei, dass psychische Komorbiditäten (wie z.B. Depression, Borderline-Störung) immer relevanter würden. Teilweise würden die Klienten als verantwortungsbewusst wahrgenommen, Bemühungen gelängen jedoch nur bei längerer Abstinenz. An effektivem Zeitmanagement fehle es meist.

Crystal Meth Studie I in Sachsen

(Klein, Dyba & Moesgen, 2015)

Ergebnisse der Fokusgruppen mit Fachkräften (N = 14):

Bezüglich Partnerschaft und Sexualität bestand die Erfahrung, dass sich die Partner meist über den Konsum kennenlernten, beide konsumierten und nur wenige Kindsmütter noch mit dem Kindsvater liiert seien. Viele Partnerschaften wurden von den Fachkräften eher als instabil, und teilweise destruktiv wahrgenommen, wobei eine Beziehungsabhängigkeit der Frauen thematisiert wurde. Klienten berichteten von langer sexueller Ausdauer und Experimentierfreude unter Crystal Meth-Einfluss, in Extremfällen mit Erinnerungslücken über Sexualkontakte.

Verhaltensänderungen bei Crystal Meth-abhängigen Eltern I

(N=306)

Irrationale Entscheidungen und Verhaltensweisen

Gereiztheit, Agitiertheit, geringe Frustrationstoleranz

Paranoides Denken

Gedächtnislücken, Konzentrationsprobleme

Stimmungsschwankungen

Lange Wach- bzw. Schlafphasen

Aggressiv, körperlich und verbal

Verhaltensänderungen bei Crystal Meth-abhängigen Eltern II

(N=306)

Gefühle von Gleichgültigkeit dem Kind
gegenüber

Antriebsarmut, depressive Phasen

Vernachlässigung (Kind, sich selbst)

Synopse der Verhaltensänderungen bei Crystal-Meth-abhängigen Eltern

(N=306)

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

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

Synopse der häufigsten Auswirkungen und Verhaltensprobleme bei Kindern von CM-abhängigen Eltern (N=306)

- (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?)**

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 elterliche Komorbidität** laufen die Kinder Gefahr, häufiger eine Schädigung aufgrund des komplexeren Störungsbildes ihrer Eltern zu erleiden.

Kinder **werden kognitiv und emotional Teil des illegalen** Lebensfelds der Eltern; Drogenkonsum und –intoxikation erhalten Alltags- und Normalitätsstatus.

Aufgrund einer **größeren Zahl von Schwangerschaften, Aborten und 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. Prä – und perinatale Schädigungen können auftreten.

Kinder in suchtbelasteten Familien – Entwicklung, Risiken, Hilfen

6. Prävention? Ja! – Und wie?
Insbesondere: Selektive und indizierte Prävention

Formen der Prävention

Nach dem Institute of Medicine (1998), übernommen von der WHO, bezeichnet Prävention nur jene Interventionen, die vor der Manifestation einer Erkrankung einsetzen, dafür wird in diesem prämorbidem Bereich aber genauer differenziert:

Universelle Prävention: Für alle Personen nützliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Selektive Prävention: Schwerpunktprävention für Personen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko

Indizierte Prävention: Interventionen bei Personen mit manifestem Risiko- oder Problemverhalten

Elemente in Präventionsprogrammen

- (1) Förderung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit
- (2) Verbesserung der Emotionskontrolle
- (3) Förderung der Resilienzen
- (4) Ausbau und Verbesserung des Sozialen Netzwerks
- (5) Förderung der Elternkompetenzen und der Eltern-Kind-Interaktion
- (6) Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung



Trampolin – ein evidenzbasiertes modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Michael Klein, Sonja Bröning, Diana Moesgen & Rainer Thomasius



Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.

Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.



Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.



Für eine starke Zukunft Ihres Kindes.

trampolin®
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.



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)

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 KVA (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 (angesichts der Tabutrias „Sprich nichts, fühle nicht, traue keinem!“ von Black, 1988).

Cognitive Deconstruction: The Seven C's:

"I didn't **C**ause it.
I can't **C**ontrol it.
I can't **C**ure it.

But
I can help take **C**are of myself by
Communicating feelings
Making good **C**hoices and
Celebrating myself."

(aus: Children's program kit, SAMSHA, 2003)

Konsequenzen

Für suchtbelastete Familien bieten sich folgende Interventionsmethoden im Sinne eines konzertierten, koordinierten Vorgehens an:

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

Michael Klein

Kinder und Suchtgefahren

Risiken
Prävention
Hilfen

Mit einem Geleitwort von
Sabine Bätzing



 Schattauer

Thomasius ■ Schulte-Markwort ■ Küstner ■ Riedesser

Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter

Das Handbuch:
Grundlagen und Praxis

Mit Geleitworten von Sabine Bätzing
und Dietrich Wersich



 Schattauer

Michael Klein · Diana Moesgen
Sonja Bröning · Rainer Thomasius

Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken

Das „Trampolin“- Programm



HOGREFE



www.encare.info / www.encare.de



www.kidkit.de



Relevante Internetadressen

www.addiction.de

www.kidkit.de

www.nacoa.de

www.encare.info bzw. www.encare.de bzw. www.encare.at

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