

KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

SHIFT- Abschlusstagung

Michael Klein, Köln
07. Mai 2021

Familie und Sucht

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

Biopsychosoziale Vulnerabilität (hier: Modelllernen)

Elephant in the living room

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**

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“)

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 Familienstressses (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“)

Besonderheiten bei Kindern drogenabhängiger 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 drogenabhängiger 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 drogenabhängiger 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.

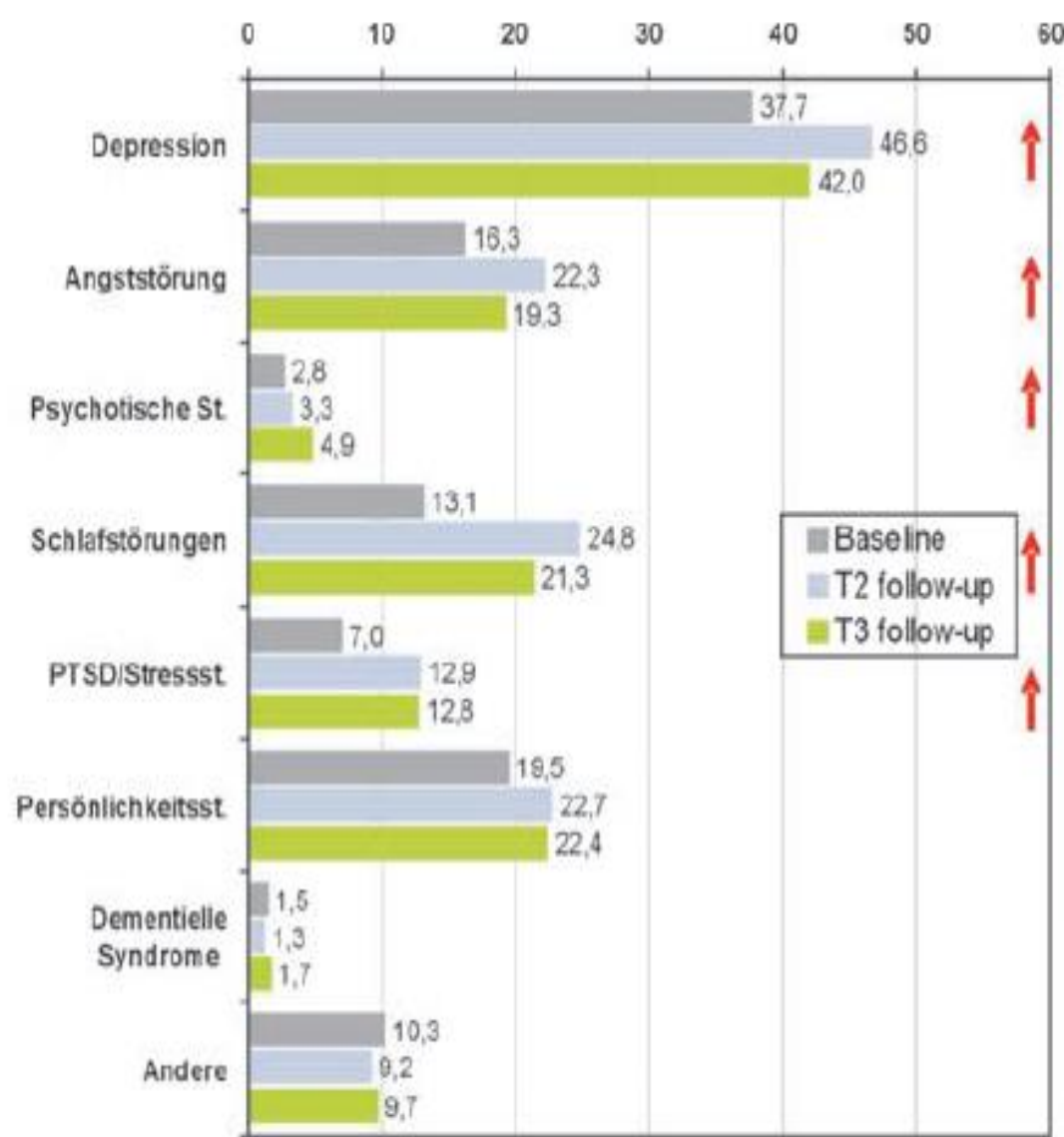


Abb. 10:

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

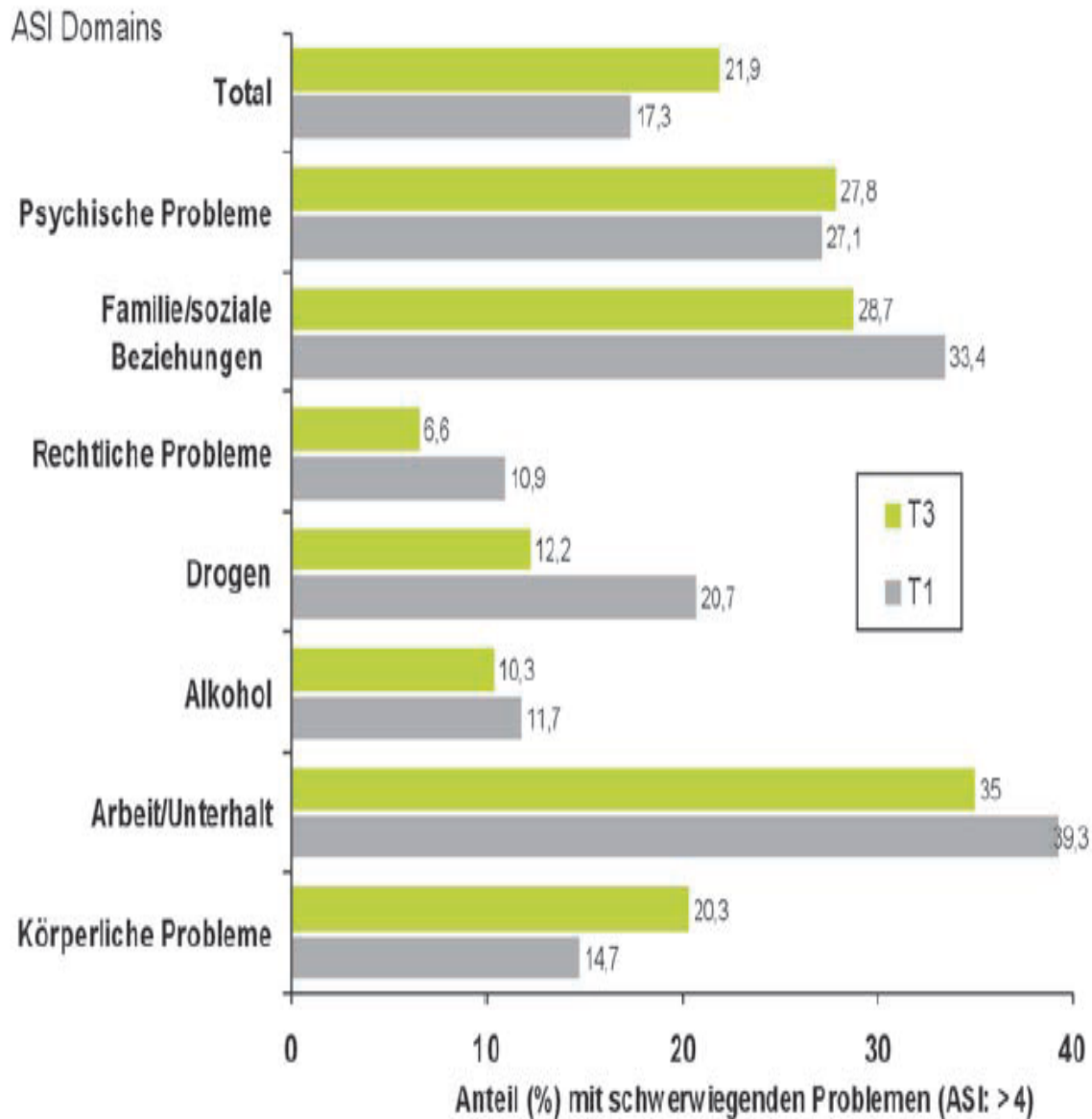


Abb. 7:
Anteil der Patienten mit schwerwiegenden behandlungsbedürftigen Problemen (> 4) im ASI (n = 1493)

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

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

Dimensionen der Familienresilienz (Walsh, 2006, 2009)

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

Dimensionen der Familienresilienz

(Froma Walsh, 2006)

(1) Glaubenssysteme („belief systems“)

- Den Widrigkeiten einen Sinn oder eine Erklärung geben
- Positiver Zukunftsausblick („alles kann gut werden“)
- Transzendentaler, spiritueller Bezug

Dimensionen der Familienresilienz

(Walsh, 2006)

(2) Organisationsmuster der Familie

→ Flexibilität

→ Bezogenheit, Verbundenheit

→ Soziale und ökonomische Ressourcen

Dimensionen der Familienresilienz

(Walsh, 2006)

(3) Familiäre Kommunikationsprozesse und Problemlöseverhalten

- Klarheit
- Offene emotionale Mitteilung („sharing“)
- Gemeinschaftliches Problemlösen

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** (☹ → ☺)

SHIFT = Suchthilfe
und Familientraining



SHIFT
Elternteraining

**FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
CRYSTAL**



SHIFT+
Elternteraining

**FÜR
MEINE
FAMILIE
& MICH
OHNE
DROGEN**

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?

Vaterführerschein (VAFÜ)

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

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

„Mein Kind hat nichts gemerkt“.

(Typische Wirklichkeitskonstruktion suchtkranker Elternteile)

Hintergrund:

→ Selbstwertdienliche Attribution

→ Scham- und Schuldgefühl als zentraler intrapsychischer Prozess; Stressregulation durch Suchtmittel beim Abhängigen bzw. durch Symptombildung oder Resilienz bei den Angehörigen

→ Schamabwehr als zentraler intrapsychischer Prozess

→ Abwehr, Verleugnung, Verdrängung und Aggression als zentrale Reaktionen darauf

→ Mangelnde Selbstreflexion, übertriebene Ich-Syntonie

Quo vadis in den Hilfesystemen?

Im Idealfall ist die Beratung/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

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

Konsequenzen für die stationäre Suchttherapie

Elternschaft als relevantes Thema jeder Behandlung

Diagnostik und Modifikation der Elternkompetenz

Förderung der Eltern-Kind-Beziehung

Pränatale Alkohol- und Drogenprävention (FASD-Adult)
auch im Erwachsenenalter berücksichtigen

→ Verbindliche Kombination aus elterlicher Suchttherapie und Suchtprävention und psychischer Gesundheitsförderung für die exponierten Kinder in koordinierten Behandlungssettings

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.

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