

# SHIFT – Ein Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren

Michael Klein  
Diana Moesgen  
Janina Dyba

## **SHIFT – Ein Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren**



Michael Klein  
Diana Moesgen  
Janina Dyba

# **SHIFT – Ein Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter von Kindern zwischen 0 und 8 Jahren**



**Prof. Dr. Michael Klein**, geb. 1954. Mehr als 15 Jahre Tätigkeit als Leitender Psychologe in Fachkliniken für Suchtkranke (Alkohol- und Drogenabhängige). Seit 1994 Professor für Klinische Psychologie sowie Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln. Leiter des dortigen Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) und des Master-Studiengangs Suchthilfe/Suchttherapie.

**Dr. rer. nat. Diana Moesgen**, geb. 1978. 2000–2004 Studium der Psychologie an der Radboud Universiteit Nijmegen, NL. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) in Köln. 2010 Promotion an der TU Braunschweig. 2010–2015 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie. Seit 2015 auch freiberuflich tätig in eigener Praxis.

**Dipl.-Psych. Janina Dyba**, geb. 1987. 2006–2013 Studium der Psychologie an der Universität zu Köln. Seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) in Köln, Koordination von verschiedenen Forschungsprojekten, u.a. im Bereich Crystal Meth und Familie. Seit 2017 externe Doktorandin an der Ruhr-Universität Bochum.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2964-9; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2964-0)

ISBN 978-3-8017-2964-6

<http://doi.org/10.1026/02964-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b>	<b>7</b>
<b>Kapitel 1: Einleitung</b>	<b>8</b>
<b>Kapitel 2: Stand der Forschung</b>	<b>10</b>
2.1 Epidemiologie	10
2.1.1 Suchterkrankungen in Deutschland	10
2.1.2 Kinder aus suchtbelasteten Familien	11
2.2 Psychosoziale Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien	12
2.2.1 Lebensumfeld von Kindern suchtkranker Eltern	12
2.2.2 Besonderheiten der Lebenswelten von Kindern mit Eltern, die illegale Drogen konsumieren	13
2.2.3 Lebensbedingungen in methamphetaminbelasteten Familien	14
2.2.4 Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf betroffene Kinder	15
2.3 Bestehende Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien	17
2.3.1 Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien	17
2.3.2 Unterstützungsangebote für suchtmittelabhängige Eltern	18
2.3.3 Unterstützungsangebote für methamphetaminkonsumierende und -abhängige Eltern	18
<b>Kapitel 3: Das SHIFT-Elterntaining</b>	<b>20</b>
3.1 Ziele des SHIFT-Elterntainings	20
3.2 Entwicklung des SHIFT-Elterntainings	21
3.2.1 Theoretische Fundierung des SHIFT-Elterntainings	21
3.2.2 Die Bedeutung von Praxiserfahrungen für die Entwicklung des SHIFT-Elterntainings	23
<b>Kapitel 4: Rahmenbedingungen zur Durchführung des SHIFT-Elterntainings</b>	<b>25</b>
4.1 Setting	25
4.2 Zielgruppe und Rekrutierung	26
4.3 Vorgeschaltete Klärungsphase	27
4.4 Dauer und Frequenz der Module	28
4.5 Vorbereitung der Module	28
4.6 Allgemeiner Ablauf der Module	28
4.7 Durchführung der Module	29
4.7.1 Wertschätzende Haltung	29
4.7.2 Umgang mit dem Manualtext	29
4.7.3 Pausenregelung	29
4.8 Umgang mit herausfordernden Situationen	30
4.8.1 Unregelmäßige Teilnahme	30
4.8.2 Mangelnde Mitwirkung an den Übungen und am Gruppengeschehen	30
4.8.3 Wochenaufgaben werden nicht erledigt	30
4.8.4 Offene Widerstände gegen die Übungsinhalte	31
4.8.5 Konflikte innerhalb der Elterngruppe	31

4.8.6	Dominanz einzelner Gruppenmitglieder .....	31
4.8.7	Alltagsfortschritte bleiben aus .....	31
4.8.8	Rückfälle .....	32
4.8.9	Intoxikation eines Teilnehmers .....	32
4.8.10	Informationen zur Gefährdung des Kindeswohls .....	32
4.8.11	Suizidalität eines Teilnehmers .....	32
4.9	Abschluss der Module .....	32
<b>Kapitel 5: Evaluationsergebnisse .....</b>		<b>34</b>
5.1	Wirksamkeitsevaluation .....	34
5.1.1	Studiendesign .....	34
5.1.2	Messinstrumente .....	34
5.1.3	Stichprobe .....	35
5.1.4	Ergebnisse .....	35
5.2	Prozessevaluation .....	37
5.2.1	Ablauf der Prozessevaluation .....	37
5.2.2	Ergebnisse der Prozessevaluation .....	38
5.3	Fazit zur Evaluation .....	41
<b>Kapitel 6: Manual zur Klärungsphase .....</b>		<b>43</b>
6.1	Ziele der Klärungsphase .....	43
6.2	Theoretische Fundierung der Klärungsphase .....	43
6.3	Ablauf und Inhalte der Klärungsphase .....	44
6.3.1	Wer führt die Klärungsphase durch? .....	44
6.3.2	Welche Klienten sollen die Klärungsphase durchlaufen? .....	44
6.3.3	Welchen Umfang besitzt die Klärungsphase? .....	45
6.4	Die Sitzungen der Klärungsphase .....	45
6.4.1	Sitzung 1: Aufbau und Stärkung der Abstinenzmotivation I .....	45
6.4.2	Sitzung 2: Aufbau und Stärkung der Abstinenzmotivation II .....	46
6.4.3	Sitzung 3: Motivation zur Teilnahme am SHIFT-Elterntaining .....	46
6.5	Abschlussbewertung .....	47
<b>Kapitel 7: Manual zum SHIFT-Elterntaining .....</b>		<b>48</b>
7.1	Modul 1: „Start SHIFTing“ – Einführung in das SHIFT-Elterntaining .....	49
7.2	Modul 2: „Her mit den guten Zeiten“ – Mein Kind und ich .....	51
7.3	Modul 3: „Was tun, wenn's brennt?“ – Herausforderungen in der Erziehung .....	54
7.4	Modul 4: „Keiner ist wie wir“ – Wir als Familie I .....	58
7.5	Modul 5: „Lass uns reden ...“ – Wir als Familie II .....	61
7.6	Modul 6: „Neue Wege – gemeinsam gehen“ – Familie und Sucht .....	65
7.7	Modul 7: „Mehr als Eltern“ – Mein Partner und ich .....	67
7.8	Modul 8: „Tschüss und hin zu mehr“ – Abschied nehmen .....	70
<b>Literatur .....</b>		<b>73</b>
<b>Anhang</b>		
	Übersicht zu den Arbeitsblättern .....	78
	Arbeitsblätter zur Klärungsphase .....	79
	Arbeitsblätter zum SHIFT-Elterntaining .....	86

## CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (vgl. [www.adobe.com/de/reader](http://www.adobe.com/de/reader)) gelesen und ausgedruckt werden.



# Danksagung

Die Entwicklung des SHIFT-Elterntrainings sowie die gesamte Koordination des Projektes „Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ gelang nur mithilfe eines hoch engagierten Teams, dem die Autoren<sup>1</sup> an dieser Stelle ausdrücklich und ganz herzlich danken möchten.

Zu nennen sind hier zunächst unsere wissenschaftlichen Hilfskräfte, die bei Durchführung des gesamten Projektes und der Datenauswertung wertvolle Unterstützung geboten haben, Frau Alice Urban, M.Sc., und Frau Lena Hofmann, M.Sc.

Ein ganz besonderer Dank gilt insbesondere den Praxiseinrichtungen, die an der Konzeption des SHIFT-Elterntrainings mit ihrem Fachwissen und ihren teils langjährigen Erfahrungen aus der Praxis beratend beteiligt waren und das Training im Rahmen der Evaluationsphase in ihren Einrichtungen inklusive der Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung implementiert haben:

Standort	Suchthilfe-einrichtung	Jugendhilfe-einrichtung
Zwickau	Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke, -gefährdete und Angehörige der Caritas Zwickau	Sozialpädagogische Familienhilfe der Caritas Zwickau

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Fließtext nur die männliche Form verwendet, wenn über bestimmte Personen (z. B. „Teilnehmer“, „Trainer“) gesprochen wird. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint. Alle Leserinnen werden um Verständnis gebeten.

Standort	Suchthilfe-einrichtung	Jugendhilfe-einrichtung
Chemnitz	Stadtmission Chemnitz e.V., Jugend-, Sucht- und Drogenberatung	
Vogtland	Diakonisches Beratungszentrum Vogtland gGmbH, Suchtberatungsstellen Plauen und Oelsnitz	Brücke Plauen e.V.
Trockenborn-Wolfersdorf	Suchthilfezentrum für Mutter und Kind Wendepunkt, Trockenborn-Wolfersdorf	
Dresden	Jugend- und Suchtberatungsstelle der Landeshauptstadt Dresden	Radebeuler Sozialprojekte gGmbH
Gera	Psychosoziale Suchtberatungsstelle der Diakonie Gera	Erziehungs- und Familienberatung der Diakonie Gera
Leipzig	Suchtzentrum Leipzig, Drogenfreie Wohngemeinschaft	Zentrum für Drogenhilfe des Klinikums St. Georg in Leipzig, SBB Alternative II

Ohne die Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Beteiligung der Familien wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Ihnen und allen weiteren Projektbeteiligten möchten wir an dieser Stelle ganz herzlich danken!

Michael Klein, Diana Moesgen und Janina Dyba

Köln, Mai 2019

# Kapitel 1

## Einleitung

Das SHIFT-Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter mit Kindern bis zu acht Jahren wurde im Rahmen des vom Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) geförderten Projektes „Crystal Meth und Familie II – Konzeption und Evaluation einer Intervention für methamphetaminabhängige Eltern zur Förderung der Familienresilienz und Elternkompetenz“ entwickelt und im Rahmen einer prospektiven Multicenter-Studie wissenschaftlich evaluiert. Der Name SHIFT steht zum einen für die Abkürzung von „Suchthilfe Familientraining“ und bedeutet zum anderen auf Englisch übersetzt „Wechsel“. Mit diesem Projekt entstand erstmalig in Deutschland ein Elterntraining für drogenabhängige Eltern, welches auf aktuellen Erkenntnissen aus der Präventions- und Interventionsforschung beruht und gleichzeitig vielfältige Praxiserfahrungen integriert.

Das Projekt wurde vom 01.03.2016 bis zum 28.02.2018 durchgeführt und nahm in seiner ersten Erprobungsphase ausschließlich Eltern in den Fokus, die entweder methamphetaminabhängig waren oder kristallines Methamphetamin („Crystal Meth“) zumindest regelmäßig konsumierten oder konsumiert hatten. Aus diesem Grund wird an verschiedenen Stellen dieses Buches näher auf diese Substanz eingegangen. Das hier vorliegende Manual soll sich jedoch auch an Eltern richten, die andere illegale Drogen konsumieren, von ihnen abhängig sind oder von ihnen abhängig waren. Dies betrifft vor allem opioidabhängige Eltern, insbesondere in Substitutionsbehandlung, aber auch Cannabis- und Kokainabhängige. Aufgrund des weitverbreiteten Mischkonsums von Substanzen und der entsprechend hohen Quoten für Polytoxikomanie scheint die Betrachtung jeglichen Substanzkonsums im Familienkontext, insbesondere im illegalen Bereich, die geeignete Herangehensweise für präventive und kinderschutzorientierte Bemühungen zu sein.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass ein Großteil der hier vorgestellten Übungen nicht methamphetamin-

spezifisch ist, da nicht die konkrete Substanz und ihre Wirkweise thematisiert wird, sondern eher die Behandlung von Themen im Vordergrund steht, die für Methamphetaminabhängige – und auch für andere Drogenabhängige! – im Alltag von besonderer Relevanz sind, wie z.B. die Verschiebung von Prioritäten und/oder die Vernachlässigung von alltäglichen und familiären Verpflichtungen. Im Vordergrund stehen also die drogeninduzierten Veränderungen auf das Eltern- und Erziehungsverhalten. Damit das Manual praktisch für verschiedene Substanzgruppen eingesetzt werden kann, sind jene Übungen, bei denen im Rahmen der Erprobungsphase die Droge Crystal Meth explizit thematisiert wurde, mit einem „M“ (für Methamphetamin) markiert. In den dazugehörigen Instruktionen und den Arbeitsblättern wurde anstelle des Wortes „Crystal Meth“ ein Platzhalter oder das Wort „Drogen“ eingefügt. Inhaltliche, substanzunspezifische Anpassungen wurden bei Bedarf an den entsprechenden Stellen vorgenommen. In zwei Modulen werden zwei verschiedene Übungen zur Auswahl angeboten, eine methamphetaminspezifische und eine substanzunspezifische.

Zur Struktur dieses Buches: Der Forschungsstand (Kapitel 2) soll dem Leser den aktuellen, wissenschaftlichen Status quo zum Thema „Kinder aus drogenbelasteten Familien“ und bestehenden Elterntrainings aufzeigen. Darüber hinaus werden die Ziele des SHIFT-Elterntrainings und die Grundlagen seiner Entwicklung in Kapitel 3 dargestellt. In Kapitel 4 werden Empfehlungen für Rahmenbedingungen für die Durchführung des SHIFT-Elterntrainings ausgesprochen. Wichtige Praxiserfahrungen und viele hilfreiche Hinweise für die Durchführung sind ebenfalls Teil dieses Kapitels. Die integrierten Tipps und Hinweise basieren hauptsächlich auf den Ergebnissen der quantitativen Auswertungen der Prozessevaluationen sowie auf den qualitativen Rückmeldungen aller SHIFT-Trainer, die das Elterntraining im Zuge

der projektbezogenen Feldphase durchgeführt haben. In Kapitel 5 werden Auszüge der Evaluationsergebnisse präsentiert. In Kapitel 6 lernt der Leser die vorgeschaltete Klärungsphase kennen, welche als klärende und motivierende Intervention vor der Teilnahme am SHIFT-Elterntraining dringend zu empfehlen ist. In Kapitel 7 werden schließlich alle acht Module des SHIFT-Elterntrainings beschrieben, inklusive Zielen,

Ablaufplan, benötigten Materialien sowie detaillierten Instruktionen zu den Übungen und praktischen Hinweisen und Tipps zu ihrer Durchführung. Auf der beiliegenden CD-ROM befinden sich die Arbeitsblätter, die für die Klärungsphase und das SHIFT-Elterntraining zu verwenden sind. Eine Übersicht über alle Arbeitsblätter finden Sie im Anhang dieses Manuals.

# Kapitel 2

## Stand der Forschung

### 2.1 Epidemiologie

#### 2.1.1 Suchterkrankungen in Deutschland

Suchterkrankungen – vor allem alkoholbezogene Störungen – gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Jachertz, 2013). Die Untersuchung der Verbreitung des Konsums von legalen und illegalen Suchtstoffen erfolgt seit den 1980er Jahren in regelmäßigen Abständen durch das Epidemiologische Suchtsurvey (ESA). Das ESA ist eine bundesweite Befragung von Personen zwischen 18 und 64 Jahren aus der deutschen Allgemeinbevölkerung, die auf schriftlichen, telefonischen und internetbasierten Erhebungen beruht. In der letzten Erhebungswelle 2015 wurden 9.204 Männer und Frauen zum Gebrauch von Tabak, Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten befragt (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016). Den Konsum von Alkohol in diesem Befragungszeitraum berichteten 72,8%. Hinweise auf klinisch relevanten Konsum in den letzten 12 Monaten wiesen 28,3% (Männer) bzw. 9,6% (Frauen) auf. Die Ergebnisse zum Gebrauch illegaler Drogen zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz illegaler Drogen bei 6,1% für Cannabis und bei maximal 1% für alle anderen Substanzen (Kokain, Amphetamin und Methamphetamin) lag. Zwar sind diese Prävalenzen deutlich niedriger als die Zahlen zu legalen Substanzen (deren Verfügbarkeit deutlich einfacher ist), jedoch handelt es sich bei den Konsumenten von illegalen Drogen um eine besonders gefährdete Subgruppe aus der Bevölkerung, deren Erreichung durch adäquate Angebote sicherzustellen ist. Insbesondere der Missbrauch von Methamphetamin wird in der klinischen Versorgung als zunehmende Herausforderung betrachtet (Arnaud & Thomasius, 2017).

Grundsätzlich unterliegt der Konsum von Suchtmitteln wechselnden Trends und Entwicklungen. Im Fall des Konsums von Methamphetamin ist zudem eine regionale sowie alters- und geschlechtsspezifische Betrachtung der Verbreitung erforderlich. Bundesweit berichten laut ESA 0,6% der Befragten (0,7% der Männer und 0,5% der Frauen), schon einmal in ihrem Leben Methamphetamin konsumiert zu haben (Gomes de Matos et al., 2016). Bei Männern in Sachsen (3,2%) sowie bei Frauen in Thüringen (2,1%) lag die Prävalenz im Vergleich zur bundesweiten Verbreitung allerdings signifikant höher, ebenso wie der geschlechteraggregierte Wert in den beiden Bundesländern (1,7 bzw. 2,0%). Eine gesonderte Betrachtung von Altersgruppen zeigte, dass sich gegenüber dem Bundesgebiet (0,9%) signifikant erhöhte Werte unter den 25- bis 39-Jährigen in Sachsen und Thüringen ergaben. Von den 15- bis 17-Jährigen, die ausschließlich in Sachsen befragt wurden, berichteten 0,4% den Konsum von Methamphetamin.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Verbreitung von Methamphetamin in Deutschland weitestgehend (noch) regional begrenzt ist, v.a. allem auf Grenzregionen zu Tschechien. Aus den Jahresprävalenzen wird diese regionalspezifische Verteilung ebenfalls deutlich: Bundesweit betrug die 12-Monats-Prävalenz für Crystal Meth-Konsum für beide Geschlechter 0,2%. Von den Befragten aus Hessen sowie von den weiblichen Befragten in Nordrhein-Westfalen und Sachsen hatte in diesem Zeitraum keine Person Methamphetamin konsumiert – zumindest hatte dies keiner der Befragten angegeben. Am höchsten war die Prävalenz in Thüringen, wo sie mit 0,8% signifikant über dem bundesweiten Wert lag. In Thüringen gab etwa die Hälfte der Konsumenten (7 von 15 Personen) eine Frequenz von zehn Mal oder häufiger an. In Sachsen waren es drei von vier Personen. Zudem

gab dort keine der Personen einen einmaligen Konsum an.

Aus dem Bericht der Suchtkrankenhilfe Sachsen (Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren, 2018) wird deutlich, dass im Vergleich zu den bundesweiten Durchschnittswerten die F15-Diagnosen nach ICD-10 (Stimulanzen) in Sachsen um das Dreifache erhöht sind (23,8 % vs. 6,9 %). In Sachsen verbergen sich hinter diesen Diagnosen vorwiegend Problematiken in Zusammenhang mit der Substanz Crystal Meth. Zwischen 2009 und 2014 hat sich der Hilfebedarf bzw. der Beratungsanteil in den sächsischen Suchtberatungsstellen signifikant erhöht. Ein Höchststand war mit ca. 25 % Beratungsanteil bzgl. F15-Problematik im Jahr 2014 zu verzeichnen. In den Folgejahren hat sich dieser Anteil geringfügig auf 23,8 % verringert, was auf einen stagnierenden Trend auf hohem Niveau hinweist. Deutschlandweit kann ein leicht steigender Trend in der Zunahme des Beratungsanteils aufgrund von Stimulanzen festgestellt werden. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass die Diagnosekategorie F15 auch Substanzen wie Ecstasy und Amphetamine umfasst, die außerhalb von Sachsen weiter verbreitet sind. Aus dem vorherigen Bericht der Suchtkrankenhilfe Sachsen (Sächsische Landesstelle gegen Suchtgefahren, 2015) wurde bereits deutlich, dass die Mehrzahl der Patienten mit Crystal-bezogenem Hilfebedarf noch jung ist: 76 % sind zwischen 20 und 34 Jahre alt, knapp 10 % sind Menschen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Etwa ein Drittel der Patienten (d.h. 33 %) ist weiblichen Geschlechts. Angesichts dieser Datenlage erscheinen die Ergebnisse der Studie von Milin und Kollegen (2014) eine logische Konsequenz: Aus ihrer Untersuchung ging hervor, dass ausgehend von dem hohen Anteil weiblicher Konsumentinnen in Kombination mit der sexuell enthemmenden Substanzwirkung (s. Kap. 2.2.3) und der gesteigerten Bereitschaft für riskantes (ungeschütztes) Sexualverhalten, (ungewollte) Schwangerschaften und somit Elternschaft in der Subgruppe der Methamphetaminabhängigen sehr häufig sind.

### 2.1.2 Kinder aus suchtblasteten Familien

Unterschiedliche Forschungsvorhaben haben versucht, die Anzahl jener Kinder zu erfassen, die mit einem oder zwei suchtkranken Elternteilen zusammenleben. Aus den bisher vorliegenden Studien können jedoch noch keine eindeutigen Schlussfolgerungen abgeleitet werden, da häufig nur Schätzungen oder Hochrechnungen vorliegen. Ein direkter Ver-

gleich der Studienergebnisse ist ebenso nicht möglich, da a) unterschiedliche Definitionen von elterlicher Sucht zugrunde gelegt und b) verschiedene Erhebungsmethoden angewendet wurden. Je stärker jedoch die Orientierung an den offiziellen Kriterien einer Suchterkrankung erfolgt, desto geringer sind natürlich die Fallzahlen. Untersuchungen, die eher bei Vorstufen oder leichteren Formen von substanzbezogenen Störungen ansetzen, zeigen dagegen, dass ein erheblicher Anteil an Kindern in Deutschland von einem kritischen Substanzkonsum durch einen Elternteil betroffen ist. Dabei kann für die exponierten Kinder elterlicher Substanzkonsum kritisch werden, der regelmäßig oder in problemauslösender Form auftritt, ohne dass er süchtig sein muss.

Unabhängig von der Klassifizierung der elterlichen Suchterkrankung erscheint der Gesamtanteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen insgesamt hoch und von einer nicht näher bestimmbar Dunkelziffer muss darüber hinaus ausgegangen werden.

### Kinder von Eltern mit Alkoholproblemen

Die Zahlen zu Kindern aus alkoholbelasteten Familien sind bislang am besten erfasst und werden daher an dieser Stelle genannt. Werden die offiziellen Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol oder eine Alkoholabhängigkeit zugrunde gelegt, lebt in Deutschland etwa jeder siebte Jugendliche mit einem Elternteil zusammen, der eine alkoholbezogene Störung aufweist (Lachner & Wittchen, 1997). Aus diesen Zahlen lässt sich ableiten, dass in Deutschland insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren im Laufe ihres Lebens einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit – wenigstens zeitweise – exponiert waren (Klein, 2005). Späteren Schätzungen auf europäischer Ebene zufolge sind in Deutschland etwa 5–6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2008). Dies entspricht einem Anteil von 15,4 % der deutschen Kinder und Jugendlichen.

Ergebnisse der bevölkerungsweiten Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ zeigen, dass 22 % der Elternteile, die mit mindestens einem eigenen minderjährigen Kind im Haushalt leben, einen riskanten Alkoholkonsum aufweisen (Robert-Koch-Institut [RKI], 2016). In Bezug auf regelmäßiges Rauschtrinken („binge drinking“) ist von 14 % der Elternteile auszugehen. Dies entspricht hochgerechnet etwa 3,8 Millionen Elternteilen mit riskantem Alkoholkonsum



bzw. 2,4 Millionen Müttern und/oder Vätern mit regelmäßigem Rauschtrinken. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kinderzahl bedeutet dies, dass in Deutschland schätzungsweise bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum bzw. 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben.

### **Kinder von Eltern mit Konsum von illegalen Drogen**

Aussagekräftige Zahlen zu Kindern von Eltern, die illegale Drogen konsumieren, sind in Deutschland kaum vorhanden. Dies ist höchstwahrscheinlich der Schwierigkeit der Erhebung derart sensibler Daten im Dunkelfeld geschuldet. Schätzungen zufolge stammen etwa 60.000 Kinder von einem opiatabhängigen Elternteil ab und leben teilweise mit diesem zusammen (NACOA Deutschland, 2006). Zahlen über Kinder aus Familien, in denen andere illegale Drogen, wie z. B. Cannabis, Kokain, Amphetamine oder Methamphetamin eine Rolle spielen, liegen in Deutschland bislang nicht vor.

## **2.2 Psychosoziale Situation von Kindern aus suchtselasteten Familien**

### **2.2.1 Lebensumfeld von Kindern suchtkranker Eltern**

Die häufig ungünstigen Lebensbedingungen von Kindern aus suchtselasteten Familien sind aus Forschungsperspektive eindeutig belegt (Klein, 2007; Moesgen, 2014; Thomasius, Schulte-Marckwort, Küstner & Riedesser, 2008), insbesondere im Kontext alkoholbelasteter Familien.

Kinder aus suchtselasteten Familien sind oftmals nachteiligen sozialen Bedingungen ausgesetzt, wie z. B. Arbeitslosigkeit der Eltern (Serec et al., 2012) oder ungünstigen nachbarschaftlichen Umgebungsbedingungen (Wolfe, 2016). Trennungen oder Scheidungen der Eltern oder sogar den Tod eines Elternteils erleben Kinder aus suchtselasteten Familien häufiger als Kinder aus unbelasteten Familien (Waldron, Bucholz, Lynskey, Madden & Heath, 2013). Dies bedeutet für das Kind einen Beziehungsabbruch zu einer wichtigen Bezugsperson, bisweilen auch eine schwerwiegende Traumatisierung. Auch häufige (und wiederholte) Fremdunterbringungen der Kinder (Forrester & Harwin, 2011), stationäre Aufenthalte oder Inhaftierungen der Eltern sorgen für eine instabile Eltern-

Kind-Beziehung und begünstigen damit eine fehlende oder unsichere Bindung (Anda et al., 2002).

Neben diesen schwierigen Ausgangsbedingungen wirkt sich insbesondere das – in der Regel nicht intendierte und mit Nachhinein mit Reue verbundene – oftmals dysfunktionale Erziehungsverhalten suchtkranker Eltern nachhaltig ungünstig auf die Kinder aus. Die typischen, substanzübergreifenden Charakteristika einer Abhängigkeitserkrankung, wie z. B. ein anhaltender Substanzgebrauch, Entzugerscheinungen oder eine zwanghafte Einengung des Verhaltens auf Beschaffung und Konsum führen dazu, dass suchtkranke Eltern andere Aktivitäten oder Verpflichtungen vernachlässigen (Melhuish, 2011). So können z. B. die adäquate elterliche Versorgung des Kindes und die adäquate Erziehung deutlich gefährdet sein. Eine ältere Studie von Chaffin, Kelleher und Hollenberg (1996) belegte, dass die Anwesenheit einer elterlichen Suchterkrankung das Risiko für Kindesvernachlässigung um ein 3,24-faches erhöhte, im Gegensatz zu anderen Risikofaktoren wie einem niedrigen sozioökonomischen Status oder Bildungsniveau. Suchtkranke Eltern vernachlässigen zum einen häufig die materielle Versorgung des Kindes, z. B. in Form warmer Mahlzeiten oder angemessener, sauberer Kleidung für das Kind, zum anderen erfüllen sie auch oftmals nicht die emotionalen Grundbedürfnisse des Kindes nach Nähe, Zuwendung und Fürsorge (Klein, Dyba & Moesgen, 2016). Durch die Vernachlässigung der elterlichen Pflichten werden auch die alltäglichen Aufgaben innerhalb der Familie in vielen Fällen neu verteilt. Kinder bekommen dann Aufgaben zugeschrieben, die ihrem Entwicklungsstand nicht angemessen sind, wie z. B. die Versorgung jüngerer Geschwister oder des suchtkranken Elternteils („Parentifizierung“) (Backett-Milburn, Wilson, Bancroft & Cunningham-Burley, 2008). Betroffene Kinder können dadurch alterstypische Entwicklungsaufgaben nicht angemessen bewältigen und sind chronisch überfordert.

Calhoun, Conner, Miller und Messina (2015) identifizierten Formen ungünstigen Erziehungsverhaltens im Kontext von Substanzkonsum, wie z. B. ein sehr scharfer Ton, Schreien oder körperliche Bestrafung des Kindes. Auch ein sprunghaft wechselndes Verhalten der Eltern sowie eine ausgeprägte Stimmungs labilität durch den Substanzkonsum konnte in suchtselasteten Familien immer wieder beobachtet werden (Templeton, Velleman, Hardy & Boon, 2009). Kinder erleben ihre Eltern grundsätzlich verändert, wenn diese intoxikiert sind, ohne ein vertieftes Verständnis für diese Veränderungen aufzuweisen. Dies kann sich alternierend z. B. in Form von übertriebener Milde oder Härte in der Erziehung des Kindes äußern (Klein et al., 2016), aber auch in Form eines alternierenden

und unpassenden Interaktionsstils (z.B. undeutliche oder lautere Sprache; ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Zuneigung vs. Ablehnung). Insgesamt zeigen sich suchtkranke Eltern in ihrem Eltern- und Erziehungsverhalten deutlich volatiler als Eltern ohne Abhängigkeitserkrankung. Durch die fehlende Konsequenz und Kontinuität in der Erziehung mangelt es den Kindern an verlässlicher Orientierung. So werden z.B. auch Versprechen der Eltern oder gemeinsame Pläne im Kontext von Intoxikation oder Entzugssymptomatik vergessen oder geändert, was auch eine Störung wichtiger Familienrituale (z.B. gemeinsame Mahlzeiten, Ausflüge) mit sich bringen kann (Templeton et al., 2009). Dies ist für die Kinder ungünstig, denn verlässlich geplante und gemeinsam durchgeführte Familienaktivitäten wirken auf Kinder stabilisierend, da sie erwartete Rollen klarstellen, Grenzen innerhalb der Familie beschreiben, sichere Alltagsstrukturen schaffen und Regeln so definieren, dass sich Kinder darüber bewusst werden, wie Familie und andere soziale Gefüge und Beziehungen funktionieren.

Suchtkranke Eltern sind außerdem oftmals nicht in der Lage, eine kontinuierlich positive, stabile Atmosphäre im Zusammensein mit dem Kind aufzubauen und aufrechtzuerhalten, überdies fördern sie die Problemlösefähigkeiten und das Durchhaltevermögen des Kindes nur unzureichend (Belsky & Jaffee, 2006). Sie zeigen zudem eine geringe Feinfühligkeit im Umgang mit dem Kind und seinen Bedürfnissen, so dass sich auch trotz kontinuierlicher Anwesenheit des Elternteils eine unsichere Bindung zwischen Eltern und Kind entwickeln und verfestigen kann.

Kinder aus suchtblasteten Familien erleben überdies häufig Disharmonien in der elterlichen Partnerschaft (Rounsaville, O'Farrell, Andreas, Murphy & Murphy, 2014) und werden dementsprechend oft Zeugen von elterlichen Auseinandersetzungen (Templeton et al., 2009; Velleman, Templeton, Reuber, Klein & Moesgen, 2008). Betroffene Kinder sind oftmals auch selbst in Konflikte mit ihren Eltern involviert (Barber & Gilbertson, 1999). Konflikte werden in suchtblasteten Familien nicht nur lautstark verbal ausgetragen, sondern können auch körperliche Gewalt beinhalten (Conners-Burrow, McKelvey, Kyzer, Swindle, Cheerla & Kraleti, 2013). Es ist seit langem bekannt, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, Zeuge oder Opfer von psychischer oder körperlicher Gewalt zu werden als Kinder aus unbelasteten Familien (Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997). Chaffin und Kollegen (1996) gehen davon aus, dass eine elterliche Suchterkrankung das Risiko des Kindes, Opfer von Misshandlung zu werden, um ein 2,9-faches erhöht. Die Ausmaße der berichteten körperlichen Gewalt in

suchtblasteten Familien sind teilweise extrem ausgeprägt und können in schwerwiegenden körperlichen Verletzungen und psychischen Traumatisierungen resultieren (Velleman et al., 2008).

## 2.2.2 Besonderheiten der Lebenswelten von Kindern mit Eltern, die illegale Drogen konsumieren

Ungünstige soziodemographische Bedingungen sind noch stärker für drogenbelastete Familien anzunehmen (Klein, Thomasius & Moesgen, 2017). Kinder von drogenabhängigen Eltern erleben im Gegensatz zu Kindern alkoholabhängiger Eltern zudem häufiger eine Abhängigkeitserkrankung beider Elternteile, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten üblicher ist als bei Alkoholabhängigen (Klein, 2007). Dadurch können die negativen Erfahrungen noch weniger durch einen gesunden Elternteil kompensiert werden. Die höhere Rate an Frühgeburten und das oftmals schwierige Temperament von Kindern drogenabhängiger Mütter (z.B. im Sinne einer negativen Stimmungslage, geringes Anpassungsvermögen) kann bei den Eltern Überforderung und Stress auslösen und ihre Beziehung zu den Kindern beeinträchtigen.

Kinder aus drogenbelasteten Familien erleben häufig die typischen Bedingungen der Drogensubkultur, wie z.B. Beschaffungskriminalität, Prostitution, Strafverfolgung o.ä. (Calhoun et al., 2015). Inhaftierungen und längere stationäre Aufenthalte bei Drogenabhängigkeit sorgen für einen noch wahrscheinlicheren Beziehungsabbruch zwischen Eltern und Kind. Eine Trennung von Eltern und Kind erfolgt häufig auch im Kontext von Kindeswohlgefährdung durch Fremdunterbringungen und Inobhutnahmen. Eine Analyse von 306 Fallakten aus sächsischen Suchtberatungsstellen ergab z.B., dass sich jedes dritte Kind eines methamphetaminabhängigen Elternteils in Fremdunterbringung befand (Klein et al., 2016). Obwohl eine Fremdunterbringung sowohl durch das Kind als auch durch den Elternteil als traumatisch erlebt werden kann, stellt jedoch auch ein Verbleib in der Familie einen gewichtigen Risikofaktor für die weitere Entwicklung des Kindes dar (Forrester & Harwin, 2008), sofern keine intensiven, begleitenden Unterstützungsmaßnahmen für die Familie angeboten werden (Forrester, Holland, Williams & Copello, 2014).

Eine Abhängigkeit von illegalen Drogen wird in der gesellschaftlichen Wahrnehmung noch negativer bewertet als eine Alkoholabhängigkeit (Klein, 2007). Stigmatisierung und soziale Ausgrenzung erleben drogenbelastete Familien dadurch häufiger und intensiver