

Michael Klein · Diana Moesgen
Sonja Bröning · Rainer Thomasius

Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken

Das „Trampolin“- Programm



Trampolin

Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken

Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken

Das „Trampolin“- Programm

von

Michael Klein, Diana Moesgen, Sonja Bröning
und Rainer Thomasius

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Prof. Dr. Michael Klein, geb. 1954. 1973-1980 Studium der Psychologie in Trier und Washington, D.C. 1992 Promotion. Langjährig Leitender Psychologe in verschiedenen Entwöhnungskliniken (Alkohol, Drogen). Seit 1994 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Sucht- und Persönlichkeitsstörungen an der Katholischen Hochschule NRW. Seit 1999 Leiter des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP). Nebenberuflich als Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor tätig.

Dr. Diana Moesgen, geb. 1978. 2000-2004 Studium der Psychologie an der Radboud Universiteit Nijmegen (NL). 2004-2006 freiberufliche Tätigkeiten in verschiedenen Forschungseinrichtungen. Seit 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung in Köln. 2010 Promotion. Seit 2010 in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.

Dr. Sonja Bröning, geb. 1976. 2001-2005 Studium der Pädagogik in München. 2008 Promotion im Fach Psychologie. Freiberuflich als Mediatorin, Fortbildnerin und Systemische Beraterin tätig. Seit 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius, geb. 1957. 1978-1985 Studium der Medizin in Hamburg. 1988 Promotion. 1994 Habilitation. 1999-2006 Ärztlicher Leiter des Bereichs Persönlichkeitsstörungen und Belastungsstörungen der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit 2006 Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes 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 Waren Namen handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>
Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

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.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg; www.klausgehrmann.net
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2527-6

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

Danksagung	7
Kapitel 1: Einleitung	9
Kapitel 2: Theoretische Grundlagen	10
2.1 Ziele und Überblick	10
2.2 Theoretische Fundierung des Präventionskonzeptes	12
2.2.1 Die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien	12
2.2.2 Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept	14
2.2.3 Theoretische Modelle zur Fundierung von „Trampolin“	16
2.2.4 Forschungsstand zur Wirksamkeit von Präventionsinhalten bei Kindern aus suchtbelasteten Familien	19
2.3 Fazit	24
Kapitel 3: Rahmenbedingungen	25
3.1 Die richtige Zielgruppe erreichen	25
3.2 Gute Rahmenbedingungen schaffen	26
3.3 Frequenz und Dauer der Gruppensitzungen	27
3.4 Allgemeiner Ablauf der Module	28
3.5 Jedes Modul gut vorbereiten	31
3.6 Durchführung der Module	31
3.7 Umgang mit schwierigen Situationen während der Gruppenstunden	31
3.8 Abschluss der Gruppenstunden	33
Kapitel 4: Evaluationsergebnisse	34
4.1 Wirksamkeitsstudie	34
4.2 Zufriedenheit der Teilnehmer und Kursleiter	37
4.3 Fazit	39
Kapitel 5: Das Trampolin-Manual	41
5.1 Modul 1 – Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen	41
5.2 Modul 2 – Selbstwert fördern	47
5.3 Modul 3 – Über Sucht in der Familie reden	51
5.4 Modul 4 – Psychoedukation zum Thema „Sucht“	55
5.5 Modul 5 – Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern	61
5.6 Modul 6 – Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen	67
5.7 Modul 7 – Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie erlernen	72
5.8 Modul 8 – Hilfe und Unterstützung einholen	76
5.9 Modul 9 – Positives Abschiednehmen	81
5.10 Modul 10 – Eltern stärken	85
5.10.1 Erste Gruppenstunde	85
5.10.2 Zweite Gruppenstunde	93

Literatur	98
------------------------	-----------

Anhang

Arbeitsblatt 1: Was erhoffe ich mir von der Trampolin-Gruppe?	107
Arbeitsblatt 2: Positive Sätze für mich	108
Arbeitsblatt 3: Hoffnungsvolle Botschaften	110
Arbeitsblatt 4: Wann ist jemand süchtig?	111
Arbeitsblatt 5: Ich löse ein Problem	112
Arbeitsblatt 6: Ich löse ein Problem	116
Arbeitsblatt 7: „Was mir alles gut tut“-Liste	118
Arbeitsblatt 8: Beratung für Kinder und Jugendliche, deren Eltern süchtig sind	119
Arbeitsblatt 9: Regeln für erfolgreiches Fragen	120
Arbeitsblatt 10: Flaschenpost für dich	121
Arbeitsblatt 11: Leitfaden für die Übung „Den anderen vorstellen“	122
Arbeitsblatt 12: Erziehungsstile	123
Arbeitsblatt 13: Hilfestellungen beim Durchsetzen von Regeln	124
Arbeitsblatt 14: Setze logische Konsequenzen ein	125
Arbeitsblatt 15: Rechte des Kindes	126
Arbeitsblatt 16: Ich denke, das denkt mein Kind	127
Arbeitsblatt 17: Wie können Kinder (nicht nur) aus suchtbelasteten Familien gefördert werden? Tipps für Eltern und Angehörige	128
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM	129

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 (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Danksagung

Die Entwicklung des hier vorgestellten Programms sowie die gesamte Koordination des Projektes „Trampolin“ gelang nur mithilfe eines hoch engagierten Teams, dem die Autoren¹ an dieser Stelle ausdrücklich und ganz herzlich danken möchten.

Zu nennen sind hier zunächst alle Personen, die bei der Entwicklung des Präventionsprogramms und des Studiendesigns sowie bei der Durchführung des gesamten Projektes und der Datenauswertung maßgeblich beteiligt waren: Dr. Ines Schaunig-Busch, Susanne Jordan, MPH, Dipl.-Psych. Sylvia Ruths, Dr. Annika Wiedow, Dr. Lutz Wartberg, Dipl.-Sozialpäd. Ellen Pflug, Dipl.-Psych. Sally Kindermann, Dipl.-Psych. Ingeborg Rosch, Dipl.-Psych. Andrea Hävelmann, Dipl.-Psych. Karsten Keller und Bernadette Cremer, B.Sc.

Ein ganz besonderer Dank gilt an dieser Stelle auch den Praxiseinrichtungen, die an der Konzeption des Programms „Trampolin“ mit ihrem Fachwissen und ihren teilweise langjährigen Erfahrungen aus der Praxis beratend beteiligt waren und/oder die das Programm im Rahmen der Evaluationsphase in ihren Einrichtungen inklusive der Aufgaben der wissenschaftlichen Begleitforschung implementiert haben (nach Bundesland geordnet):

Bayern:

- Caritasverband für den Landkreis Landsberg, Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle bei Suchtproblemen
- Caritas-Zentrum Berchtesgadener Land, Bad Reichenhall
- Caritas-Zentrum Garmisch-Partenkirchen
- Extra, Beratungs- und Kontaktzentrum für drogenabhängige und gefährdete Frauen und Mädchen, Mütter und ihre Kinder, schwangere Frauen und Mädchen, München

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird (auch im Folgenden) nur die männliche Form verwendet, wenn über bestimmte Personen (z. B. „Leser“, „Kursleiter“) gesprochen wird. Es sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint. Alle Leserinnen werden um Verständnis gebeten.

- Lilith e. V., Verein zur Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik, Nürnberg

Baden-Württemberg:

- AGJ, Fachverband für Prävention und Rehabilitation der Erzdiözese Freiburg e. V., Suchtberatung für den südlichen Landkreis Karlsruhe, Ettlingen
- Diakonische Suchthilfe Mittelbaden gGmbH, Karlsruhe
- Fachklinik Fischerhaus, Gaggenau
- Huckleberry & Pippilotta e.V., Balingen
- Psychologische Beratungsstelle im Diakonischen Werk Ravensburg

Berlin:

- Selbsthilfe-Kontaktstelle Lichtenberg
- Vista gGmbH, Projekt WIGWAM (Standorte Mitte und Neukölln)

Brandenburg:

- salus klinik Lindow
- Suchberatung LDS des Tannenhof Berlin-Brandenburg e. V., Königs-Wusterhausen

Hamburg:

- Such(t)- und Wendepunkt e. V., Hamburg
- Beratungsstelle Kompass, Trockendock e. V., Hamburg

Hessen:

- Diakonisches Werk Kassel
- Drogenhilfe Nordhessen e. V., Kassel/Felsberg
- Integrative Drogenhilfe e. V., Frankfurt a. M.
- SuchtHilfeZentrum Gießen, Fachstelle für Suchtprävention

Mecklenburg-Vorpommern:

- Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH Greifswald, Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Wolgast
- Fachdienst Suchtkrankenhilfe, Caritas Mecklenburg e. V., Kreisverband Rostock

Nordrhein-Westfalen:

- Caritasverband Euskirchen
- Caritasverband Duisburg e.V., Suchthilfezentrum Nikolausburg
- Drogenberatungsstelle Mönchengladbach, Abteilung Prävention
- Information und Hilfen in Drogenfragen e.V. Wesel, „Fitkids“
- Suchthilfe Aachen, „Feuervogel“

Niedersachsen:

- Drogenhilfe Hildesheim gGmbH
- Fachambulanz Braunschweig der Lukas-Werk Suchthilfe
- Fachstelle für Sucht und Suchtprävention des Diakonischen Werkes Osnabrück
- Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Achim
- Jugendamt der Stadt Celle, Fachdienst Jugendarbeit

Rheinland-Pfalz:

- Fachstelle für Suchtprävention und für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Diakonisches Werk Altenkirchen

Saarland:

- DIE BRIGG – Beratungs- und Behandlungsstelle für Jugendliche und junge Erwachsene, Caritasverband Neunkirchen

Sachsen:

- Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden
- Städtisches Klinikum „St. Georg“ Leipzig, Eigenbetrieb der Stadt Leipzig, Zentrum für Drogenhilfe, Fachbereich Familienhilfe

Sachsen-Anhalt:

- Magdeburger Stadtmission e.V.

Schleswig-Holstein:

- Suchthilfezentrum Schleswig

Kärnten (Österreich):

- Pro mente kinder jugend familie GmbH, Mini-Ambulatorium St.Veit/Glan

Auch dem wissenschaftlichen Beirat des Projektes gilt unser Dank, der wertvolle Beiträge für die Konzeption des Programms und des Evaluationsdesigns beisteuerte: Dr. Anneke Bühler, Prof. Dr. Tanja Hoff, Dr. Heike Hoff-Emden, Prof. Dr. Ulrike Lehmkuhl und Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl.

Ohne die Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die Beteiligung zahlreicher Familien wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Allen Projektbeteiligten möchten wir sehr herzlich danken!

Köln und Hamburg, Februar 2013

Michael Klein
Diana Moesgen
Sonja Bröning
Rainer Thomasius

Kapitel 1

Einleitung

Das modulare Präventionskonzept „Trampolin“ für Kinder aus suchtbelasteten Familien wurde auf der Basis einer Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 18.01.2008 entwickelt und im Rahmen einer prospektiven, randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie wissenschaftlich evaluiert. In diesem Projekt entstand erstmalig in Deutschland eine innovative, standardisierte Präventionsmaßnahme für Kinder aus suchtbelasteten Familien zwischen 8 und 12 Jahren, die auf aktuellen Erkenntnissen aus der Präventions- und Interventionsforschung beruht, gleichzeitig aber auch die vielfältige Praxiserfahrung in Deutschland integriert und berücksichtigt. Das Projekt wurde vom 01.10.2008 bis zum 31.03.2012 durchgeführt. Das Programm wurde, wie später noch berichtet wird, an 27 Standorten im gesamten Bundesgebiet erprobt. Die wertvollen Rückmeldungen der Kursleiter fanden Eingang in die nun vorliegende Version des Manuals.

Zur Struktur dieses Buches: Der Theorieteil (Kapitel 2) soll dem Leser die theoretischen Grundlagen bei der Entwicklung des Manuals nahebringen sowie den aktuellen Stand der Forschung zum Thema „Kinder aus alkoholbelasteten Familien“ und Präventionsmaßnahmen aufzeigen. In Kapitel 3 werden die Rahmenbedingungen für die

Durchführung der Präventionsmaßnahme vorgestellt. Unsere Praxiserfahrungen und viele hilfreiche Hinweise in der Durchführung sind ebenfalls Teil des Kapitels. Die Tipps und Hinweise basieren hauptsächlich auf den Ergebnissen der quantitativen Auswertungen der Prozessevaluationen sowie auf den qualitativen Rückmeldungen jener Kursleiter, die das Programm im Zuge der evaluierten Feldphase durchgeführt haben. Auch wurden Rückmeldungen der teilnehmenden Kinder selbst berücksichtigt. In Kapitel 4 werden einige Evaluationsergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleitforschung präsentiert. In Kapitel 5 schließlich kann der Leser alle zehn Module des Programms detailliert kennenlernen, d. h. Ziele, Ablaufplan, Liste der benötigten Materialien, Durchführungsanleitung inklusive aller Instruktionen. Am Ende jedes Moduls finden sich ergänzende Anmerkungen zu jedem einzelnen Modul, hilfreiche Tipps zur Durchführung oder gegebenenfalls Vorschläge zur alternativen Durchführung, die ebenfalls auf Rückmeldungen der Kursleiter aus der Feldphase beruhen. Der Anhang des Buches umfasst die Arbeitsblätter, die in den verschiedenen Modulen zu verwenden sind. Die Arbeitsblätter und weitere Materialien sind auch auf der dem Buch beiliegenden CD-ROM enthalten und können so direkt ausgedruckt werden.

Kapitel 2

Theoretische Grundlagen

2.1 Ziele und Überblick

Das Gruppenprogramm „Trampolin“ zielt übergeordnet darauf ab, dem Risiko für von elterlicher Sucht betroffene Kinder, später selbst einmal eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln, im Rahmen einer niedrigfrequenten Intervention präventiv zu begegnen. Vor diesem Hintergrund verfolgt das Konzept für betroffene Kinder klar definierte und spezifizierte Unterziele, die die Erreichung des obersten Ziels der Suchtprävention unterstützen. Es handelt sich um ein zeitlich eng begrenztes Programm, dass auch mit wenigen Ressourcen durchführbar ist. Daher wurde der Schwerpunkt des modularisierten Präventionsprogramms auf jene Unterziele gelegt, die aus der Resilienzforschung (vgl. Kapitel 2.2.2) als besonders beeinflussbar gelten können. Im Einzelnen soll „Trampolin“ zu folgenden Veränderungen bei teilnehmenden Kindern beitragen:

- Verbesserung des Kenntnisstands der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen, hinsichtlich des Krankheitsbildes „Sucht“ sowie dessen Auswirkung auf andere Familienmitglieder,
- Reduzierung der psychischen Belastung der Kinder durch Auflösung des Tabuthemas „Sucht“,
- Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien, insbesondere
 - die Verbesserung des adäquaten Umgangs mit Emotionen,
 - das Erlernen effektiver Problemlöse- und Verhaltensstrategien in der suchtblasteten Familie,
 - die Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens,
- Erhöhung des Selbstwerts und Aufbau eines positiven Selbstkonzepts,
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung.

Als begleitende Effekte des Gruppensettings sollen die Kinder durch das Präventionsangebot Zuverlässigkeit, Klarheit, Struktur, Sicherheit und Kontinuität durch die Gruppe und die Kursleitung erleben. Ein weiteres wichtiges Element ist das Erfahren von stabilen Beziehungen in der

Gruppe sowie die veränderte Wahrnehmung von Eltern- und Erwachsenenrollen durch das Vorbild der Kursleiter. Im Gruppensetting kann aber auch der Einfluss der Gleichaltrigen und die gegenseitige Unterstützung genutzt und von Lösungsstrategien der anderen Kursteilnehmer profitiert werden (Dies & Burchardt, 1991). Die Gleichaltrigengruppe soll dem Kind helfen, die eigene Identität zu formen, sich von den Erwachsenen zu distanzieren und am Erleben aus Kinderperspektive teilzunehmen. Die Interaktion mit den Gleichaltrigen fördert die Entwicklung des Sozialverhaltens und trägt wesentlich zum Selbstverständnis (Selbstkonzept) der Kinder bei (Oerter, 2002). Gruppenangebote ermöglichen betroffenen Kindern die Erfahrung, dass andere Kinder ähnliche Erfahrungen machen und können somit Scham- oder Schuldgefühle reduzieren (Emshoff & Price, 1999). In der Gruppe erfahren Kinder Ablenkung, das Gefühl der Zugehörigkeit und sie bekommen Zugang zu sozialen Aktivitäten. Dies kann sozialer Isolation entgegenwirken (Lenz, 2005).

Ein wichtiges Ziel der begleitenden Arbeit mit den Eltern (Sack & Thomasius, 2002; Thomasius, 2004) – ob es jetzt der von Sucht betroffene Elternteil, der nicht suchtkranke Partner oder beide sind – ist es, dass die betroffenen Eltern für die Auswirkungen der familialen Suchterkrankung auf ihre Kinder sensibilisiert werden (Auflösung des Tabuthemas Sucht). Häufig sind diese Auswirkungen den Eltern nicht bewusst oder werden geleugnet. Bei „Trampolin“ erfahren sie, wie sie besser auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können. Hierbei eine ressourcenorientierte Herangehensweise wichtig – die meisten Eltern wollen im Grunde etwas Gutes für ihr Kind. Sie sollen daher in ihrem elterlichen Selbstwert und im Vertrauen in die eigene Erziehungskompetenz gestärkt werden. Darüber hinaus werden sie ermutigt, weiterführende Unterstützung und Hilfe in der Erziehung in Anspruch zu nehmen.

Diese Ziele sollen schrittweise erreicht werden. So bauen die „Trampolin“-Inhalte aufeinander auf und führen behutsam zur konkreten Bearbeitung

von möglichen Schwierigkeiten in suchtblasteten Familien hin. Hierfür ist das Präventionskonzept modular aufgebaut. Jedes Modul behandelt

jeweils einen zentralen Schwerpunkt. Die Ziele und Inhalte der Module sind in Tabelle 1 im Überblick dargestellt.

Tabelle 1: Ziele und Inhalte der Trampolin-Module

Ziele der Module	Inhalte
<i>Modul 1 – Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Sich kennenlernen – Eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen – Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären – Gruppenregeln erarbeiten
<i>Modul 2 – Selbstwert fördern</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Erkennen eigener Stärken und Ressourcen – Positive Selbstwahrnehmung – Aufbau eines positiven Selbstkonzepts
<i>Modul 3 – Über Sucht in der Familie reden</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Hinführung zum Thema „Sucht in der Familie“ – Möglichkeit schaffen, über Erlebnisse in der Familie zu sprechen – Abbau von Schuld und Scham – Erleben, dass auch andere Kinder betroffen sind
<i>Modul 4 – Psychoedukation zum Thema Sucht</i>	<p>Förderung von Wissen und Verständnis zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Alkohol und anderen Drogen und deren Effekte – Auswirkungen des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder – Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust etc.) – Erhöhtes Risiko für eine eigene Suchterkrankung
<i>Modul 5 – Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle – Umgang mit negativen Emotionen wie Wut, Trauer, Schuld, Ohnmacht und Angst – Erleben emotionaler Unterstützung durch die Gruppe
<i>Modul 6 – Problemlösen und Selbstwirksamkeit erhöhen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Erwerb von Problemlösestrategien: Probleme identifizieren, Handlungsmöglichkeiten sammeln und bewerten, Entscheidungen treffen – Förderung der Einstellung „Ich kann etwas bewirken“ – Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben
<i>Modul 7 – Verhaltensstrategien in der suchtblasteten Familie erlernen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Umgang mit dem intoxikierten Elternteil – Verhalten in beschämenden Situationen – Verhalten in Konflikt- und Streitsituationen – Emotionale Distanzierung – Erholungsaktivitäten
<i>Modul 8 – Hilfe und Unterstützung einholen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Förderung von kommunikativen Fähigkeiten – Mobilisierung und Nutzung von Hilfen – Identifizierung des sozialen Unterstützungsnetzwerkes – Erfolgreiches Hilfesuchverhalten
<i>Modul 9 – Positives Abschiednehmen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Inhaltlicher Rückblick – Besprechung der Gefühle und Erfahrungen in der Gruppe – Betonung von Ressourcen – Schaffung einer dauerhaften Akzeptanzbereitschaft für Hilfe – Anbindung der Kinder an stabilisierende Freizeitbeschäftigungen (z. B. Sportverein oder Chor) – Positiver Abschluss der Gruppe

Tabelle 1: (Fortsetzung)

Ziele der Module	Inhalte
<i>Modul 10 – Eltern stärken</i>	<p><i>Teil 1:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sich kennenlernen – Eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen – Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären – Gruppenregeln erarbeiten – Wünsche für das Zusammenleben mit dem Kind bewusst machen – Sensibilisierung für Risiko- und Schutzfaktoren beim Aufwachsen in suchtblasteten Familien – Stärkung des Selbstbewusstseins, der elterlichen Rolle und Verantwortung <p><i>Teil 2:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder sowie für die kindlichen Gefühle und Bedürfnisse – Auflösung des Tabuthemas Sucht („Mein Kind hat nichts mitgekriegt“) – Stärkung von Kindern aus suchtblasteten Familien – Motivierung für weitere Inanspruchnahme von Hilfen in der Erziehung – Positiver Abschluss der Gruppe
Modulübergreifende Elemente	<ul style="list-style-type: none"> – Ruhe- und Entspannungsphase (Entspannung als geeignete Copingstrategie) – Fröhliche Auflockerungseinheiten und Bewegungsspiele (Freude, Lust und Spaß am Spiel miteinander als unentbehrliches Gegengewicht zum Problem)

2.2 Theoretische Fundierung des Präventionskonzeptes

2.2.1 Die Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien

In der Bundesrepublik Deutschland leben insgesamt ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren mit mindestens einem Elternteil mit der Diagnose „Alkoholmissbrauch“ oder „-abhängigkeit“ zusammen (Klein, Ferrari & Kürschner, 2003). Aktuelleren Schätzungen des European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008) zufolge sind in der Bundesrepublik Deutschland sogar 5 bis 6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen. Etwa 60.000 Kinder leben Schätzungen zufolge mit einem opiatabhängigen Elternteil zusammen (NACOA, 2006).

In aktuellen internationalen Untersuchungen zum Thema „Kindeswohl und Entwicklungspatholo-

gie“ gilt eine elterliche Alkoholabhängigkeit mittlerweile als einer der gefährlichsten Risikofaktoren für eine gesunde körperliche und psychische Entwicklung des Kindes (Klein, 2008). Vor allem in Hinblick auf die Entwicklung eigener substanzbezogener Störungen werden Kinder aus suchtblasteten Familien als Hochrisikogruppe betrachtet (Klein, 2005; Thomasius, Schulte-Markwort, Küstner & Riedesser, 2009). Studien zufolge haben betroffene Kinder ein 2,4- (Ulrich, Stopsack & Barnow, 2010) bis 6-fach (Grant, 2000) erhöhtes Risiko, später selbst einmal eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Darüber hinaus konnte beobachtet werden, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien früher als nicht betroffene Gleichaltrige beginnen Alkohol zu konsumieren (Rothman, Edwards, Heeren & Hingson, 2008), früher erste Betrunkenheitserfahrungen (McKenna & Pickens, 1981) sammeln und mehr „binge drinking“ betreiben (Weitzmann & Wechsler, 2000). Die genauen Mechanismen der Transmission für alkoholbezogene Probleme sind komplex und bislang nicht hinreichend erforscht (Campbell & Oei, 2010). Es gibt zum einen eine genetische Kompo-

nente (Sørensen et al., 2011; Zimmermann, Mick & Mann, 2008): So ist beispielsweise erwiesen, dass Söhne von alkoholabhängigen Vätern mehr Alkohol konsumieren müssen, um die berauschende Wirkung der Substanz zu spüren als Söhne von nicht abhängigen Vätern (Schuckit, 1991; Schuckit & Smith, 2001). Somit laufen sie Gefahr, größere Mengen zu konsumieren. Andere Untersuchungen erklären die intergenerationale Übertragung substanzbezogener Störungen durch Modelllernen im Sinne einer Nachahmung des elterlichen Trinkverhaltens durch das Kind, z. B. als Bewältigungsstrategie in emotional problematischen Situationen oder zur aggressiven sozialen Durchsetzung (Chassin, Pitts, DeLucia & Todd, 1999; Ellis, Zucker & Fitzgerald, 1997). Eine weitere wesentliche Bedeutung haben widrige Kindheitserfahrungen, die im Zusammenhang mit der elterlichen Substanzproblematik aufgetreten sind, wie z. B. emotionale Vernachlässigung (Zobel, 2000). Auf diesen letzten Punkt wird an späterer Stelle ausführlicher eingegangen. Trotz dieser besonderen Gefährdung von Kindern von suchtmittelabhängigen Eltern sollte an dieser Stelle jedoch erwähnt werden, dass bei betroffenen Kindern auch ein umgekehrter Effekt eintreten kann: Einige Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien reduzieren oder vermeiden bewusst den Konsum von Alkohol, um den negativen Konsequenzen, die sie bei ihren abhängigen Eltern direkt erlebt haben, bewusst aus dem Weg zu gehen (Trim & Chassin, 2004). Hierbei bleibt allerdings die Frage offen, ob das Abstinenzverhalten dauerhaft bestehen bleiben kann, sich trotzdem eine eigene Suchterkrankung im (späteren) Erwachsenenalter manifestieren wird oder eine andere psychische Störung im Hintergrund vorhanden ist.

Es konnte auch schon wiederholt belegt werden, dass betroffene Kinder und Jugendliche häufig auch andere Störungen mit klinischer Relevanz entwickeln (Klein, 2008; Thomasius, 2005). Mehrere Studien demonstrieren bei Kindern aus suchtbelasteten Familien z. B. ein erhöhtes Aufkommen von externalisierenden Auffälligkeiten wie Störungen des Sozialverhaltens (Hill, Shen, Lowers, Locke-Wellman, Matthews & McDermott, 2008; Molina, Donovan & Belendiuk, 2010; Waldron, Martin & Heath, 2009) oder hyperkinetischen Störungen (Marmorstein, Iacono & McGue, 2008; Molina et al., 2010). Dies erscheint insofern von besonderer Relevanz, weil externalisierende Verhaltensauffälligkeiten als stabile Prädiktoren für spätere alkohol- oder andere substanzbezogene

Störungen gelten und somit eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder spielen (Marshal, Molina, Pelham & Cheong, 2007; King & Chassin, 2008). Die aktuelle Forschungslage zeigt ebenso, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien bezüglich der Entwicklung internalisierender Störungsbilder besonders gefährdet sind. So zeigen betroffene Kinder im Vergleich zu unbelasteten Gleichaltrigen erhöhte Raten an Depressionen (Hill, Tessner & McDermott, 2011; Kelley, Pearson, Trinh, Klostermann & Krawkowski, 2011; Klein, Ferrari & Kürschner, 2003) oder Angststörungen (Klein & Quinten, 2002; MacPherson, Stewart & McWilliams, 2001), sowohl bereits im Kindes- als auch später im Erwachsenenalter. Es wird vermutet, dass auch internalisierende Symptome den Weg zu einer sich später entwickelnden substanzbezogenen Störung bereiten können. Substanzen werden in diesem Zusammenhang als Selbstmedikation gebraucht, um Angst- oder Depressionszustände zu lindern oder zu beseitigen (Lieberman, 2000).

Obwohl ein Großteil der aktuellen und auch älteren Studien eine besondere Gefährdung für Kinder aus suchtbelasteten Familien für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten aufzeigt, konnten diese Befunde nicht in allen Untersuchungen repliziert werden. Aktuelle Ergebnisse der längsschnittlichen Greifswalder Familienstudie von Ulrich et al. (2010) zeigen beispielsweise, dass nur etwa 17 % der untersuchten Kinder aus alkoholbelasteten Familien im jungen Erwachsenenalter alkoholbedingte Störungsbilder aufzeigen. Auch zeigen einige Studien keine erhöhten Raten an psychischer Symptombelastung bei Kindern aus suchtbelasteten Familien (Gilder, Wall & Ehlers, 2002; Schuckit, Smith, Pierson, Trim & Danko, 2008). Eine Erklärung für die nicht gefundenen Unterschiede könnte zum Beispiel bei Querschnittsstudien darin bestehen, dass zum jeweiligen Messzeitpunkt oftmals keine oder nur geringe Differenzen zwischen alkoholbelasteten und unbelasteten Gruppen bestehen, da sich Gruppenunterschiede erst in einer Längsschnittbeobachtung umfassend manifestieren (Barnow, Lucht, Fischer & Freyberger, 2001). Des Weiteren sind mögliche Selektionseffekte in Betracht zu ziehen, da häufig nur jene alkoholbelastete Familien bzw. deren Kinder einer Studienteilnahme einwilligen, die trotz allem ein positives Bild von ihrer Familie und sich selbst vermitteln können und insgesamt nur geringe Belastungen aufweisen (Moesgen, 2010). Aus anderen Untersuchungen lässt sich ab-

leiten, dass zwar eine Koinzidenz zwischen einer elterlichen Suchtproblematik und einer psychischen Symptombelastung der betroffenen Kinder bestehen kann, die beiden Phänomene aber nicht in einem linearen bzw. direkten Zusammenhang miteinander stehen. Beispielsweise entdeckten Barnow, Lucht, Hamm, John und Freyberger (2004) sowie Schuckit, Smith, Radziminski und Heynemann (2000), dass psychische Auffälligkeiten von Kindern aus suchtbelasteten Familien vorhanden sind, aber durch andere Faktoren außer der elterlichen Suchterkrankung erklärt werden können, wie z. B. durch einen niedrigen sozioökonomischen Status, elterliche Antisozialität oder erlebte Zurückweisung durch die Eltern. Das parallele Auftreten einer elterlichen Alkoholbelastung und von (späteren) psychischen Störungen bei betroffenen Kindern scheint also nicht unbedingt auf die elterliche Alkoholabhängigkeit an sich zurückzuführen zu sein, sondern eher auf daraus resultierende widrige Kindheitserfahrungen (Thomasius & Küstner, 2005). Klein (2005) beschreibt eine Vielzahl von familiären Stressoren, die durch eine elterliche Suchterkrankung entstehen und im weiteren Verlauf eine pathologische Entwicklung beim betroffenen Kind begünstigen können, wie z. B. ein Klima der Kälte, Volatilität des elterlichen Verhaltens oder chronische Konflikte (Klein & Quinten, 2002; Velleman, Templeton, Reuber, Klein & Moesgen, 2008; Zobel, 2000). Des Weiteren scheinen auch Faktoren innerhalb der Person des Kindes eine entscheidende Rolle dabei zu spielen, ob ein Kind aus einer suchtbelasteten Familie eine psychische Auffälligkeit entwickelt, wie beispielsweise Temperament (Ulrich, Stopsack & Barnow, 2010; Zobel, 2000) oder dysfunktionale, kognitive Muster (Moesgen, 2010).

2.2.2 Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept

Aufgrund der aktuellen Forschungslage ist davon auszugehen, dass die Transmission von substanzbezogenen und anderen psychischen Erkrankungen nicht durch die elterliche Suchterkrankung per se zu erklären ist, sondern vielmehr als ein Zusammenspiel von individuumsbbezogenen und umweltbedingten Faktoren, die sich meist als Konsequenzen der familialen Situation ergeben, verstanden werden sollte (Haber et al., 2010; Knopik, Jacob, Haber, Swenson & Howell, 2009; Molina et al., 2010; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt & Küstner, 2007; Thomasius, 2000; Thomasius,

Schindler & Sack, 2002). Nach einem Modell von Petermann (1997) wird die Entwicklung eines Kindes durch das Vorhandensein von bestimmten Risiko- und auch Schutzfaktoren bestimmt, die kindbezogen (Vulnerabilität versus Widerstandsfähigkeit bzw. Resilienz) als auch umgebungsbezogen (Stressoren u. a. versus soziale Unterstützung u. a.) sein können. Während die Risikoforschung vor allem untersucht, welche Risiken in welchem Ausmaß und auf welche Weise mit Entwicklungsbeeinträchtigungen verknüpft sind, fragt die Resilienzforschung danach, wie sich Menschen trotz Entwicklungsrisiken zu psychosozial gesunden Persönlichkeiten entwickeln können. Der Begriff der Resilienz leitet sich von dem englischen Wort „resilience“ (Spannkraft, Elastizität, Widerstandskraft) ab und bezeichnet allgemein die Fähigkeit einer Person, relativ unbeschadet mit den Folgen belastender Lebensumstände umzugehen und Bewältigungsfähigkeiten entwickeln zu können (Haggerty, Sherrod, Garmezy & Rutter, 1994; Laucht, Esser & Schmidt, 1997). Resilienz wird nicht als angeborenes und stabiles Persönlichkeitsmerkmal eines Kindes verstanden, sondern beschreibt eine Bewältigungskompetenz, die im Laufe der Entwicklung in einer Kind-Umwelt-Interaktion erworben werden kann (Kumpfer, 1999a; Rutter, 2001; Luthar, Cicchetti & Becker, 2003).

Eine nähere Betrachtung von Resilienzfaktoren erscheint insbesondere im Kontext von Kindern aus suchtbelasteten Familien von Bedeutung, da Studien immer wieder belegen, dass ein Teil der betroffenen Kinder trotz der widrigen Umstände keine substanzbezogene Störung oder andere psychische Auffälligkeiten entwickelt (Uhl, Springer, Kobra & Matt, 2008; Ulrich et al., 2010). Als Pionierstudie zur Resilienzforschung gilt die Kauai-Studie (Werner, 1992, 1993; Werner & Smith, 1982). Im Rahmen dieser entwicklungspsychologischen Langzeitstudie wurde die physische, kognitive und soziale Entwicklung einer Kohorte in einem abgegrenzten Territorium, der Insel Kauai des Hawaii-Archipels, untersucht. Die Kauai-Studie verfolgte die Entwicklung von knapp 700 Kindern und definierte jene Kinder als Risikokinder, die vier oder mehr Risikofaktoren bis zum Alter von zwei Jahren aufwiesen. Von diesen Kindern zeigten zwei Drittel im Alter von zehn Jahren mittelgradige oder schwerwiegende bzw. chronische Lern- und Verhaltensstörungen, oder sie wurden bis zum 18. Lebensjahr straffällig bzw. psychiatrisch auffällig. Ein Drittel der Risikokinder entwickelte sich jedoch trotz Belastungen unauffällig.