

**Sächsische Landesstelle
gegen die Suchtgefahren**



FACHTAGUNG
**Crystal-bezogene Problemlagen
in Sachsen -
Stand 2018**

Mittwoch,
27. Juni 2018
Dresden

Deutsches Hygienemuseum
Marta-Fraenkel-Saal
von 10:00 - 16:00 Uhr

... mit Unterstützung des Sächsischen
Staatsministeriums für Soziales (SMS),
DRV MD und der Liga der Freien
Wohlfahrtspflege in Sachsen.

KatHO **NRW**

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

**Crystal Meth und
Familie –
Angebotsentwicklung
zur Stärkung der
Familienresilienz.**

27. Juni 2018
Michael Klein, Köln

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

1. Einleitung: Drogen, Eltern, Kinder
2. Erklärungs- und Interpretationskonzepte
3. Konsequenzen elterlicher Suchtstörungen für die psychische Gesundheit von Kindern
4. Schwerpunkt Resilienzförderung
5. Besonderheiten bei Kindern drogenabhängiger (insbes. methamphetaminabhängiger) Eltern

Vorbemerkung:

Suchtstörungen gehören zu den wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen. Bei Männern sind Suchtstörungen mit bis zu 24% Lebenszeitprävalenz die häufigste einzelne psychische Störung. Drogenabhängigkeit tritt meistens komorbid auf. – Die Frage nach den Auswirkungen auf die Familie, insbesondere Kinder, sollte Regel und nicht Ausnahme sein.

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

1. Einleitung: Drogen, Eltern, Kinder

Direkte und indirekte Effekte können Kinder Suchtkranker betreffen



Direkte (substanzbezogene) Effekte:

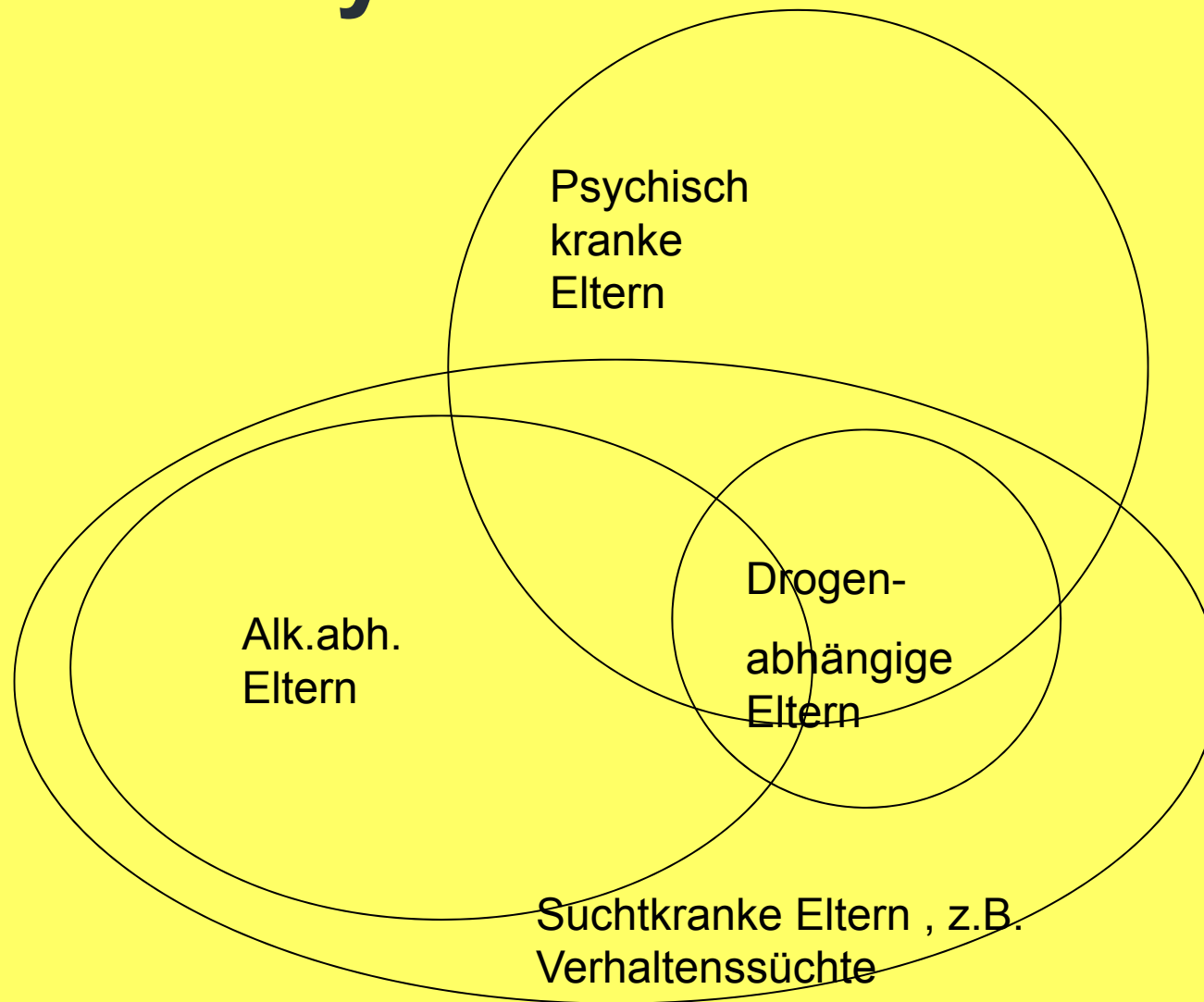
- Behinderungen und Retardierung durch FAS(D) und pränatale Drogeneffekte
- Neonatales Abstinenzsyndrom
- Retardierung durch andere Substanzwirkungen (z.B. Tabakrauchen)
- Schädigung durch Drogen- und Alkoholvergiftungen in Kindheit und Jugend



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



CHILDREN'S NEEDS – PARENTING CAPACITY

Child abuse: Parental mental illness, learning disability,
substance misuse and domestic violence

2nd edition

HEDY CLEAVER, IRA UNELL AND JANE ALDGATE



Information & publishing solutions

Published by TSO (The Stationery Office) and available from:

Online
www.tsoshop.co.uk

Mail, Telephone, Fax & E-mail
TSO
PO Box 29, Norwich, NR3 1GH
Telephone orders/General enquiries: 0870 600 5532
Fax orders: 0870 600 5533
E-mail: customer.services@tso.co.uk
Textphone: 0870 240 3703

TSO@Blackwell and other Accredited Agents

Published for the Department for Education under licence from the Controller of
Her Majesty's Stationery Office.

All rights reserved.

© Crown Copyright 2011

You may re-use this information (excluding logos) free of charge in any format or
medium, under the terms of the Open Government Licence. To view this licence, visit
<http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/>
or e-mail: psi@nationalarchives.gsi.gov.uk.

Where we have identified any third party copyright information you will need to obtain
permission from the copyright holders concerned.

This publication is also available for download at www.official-documents.gov.uk

ISBN: 9780117063655

Children's Needs – Parenting Capacity

Child abuse: Parental mental illness, learning disability,
substance misuse, and domestic violence

2nd edition

Hedy Cleaver
Ira Unell
Jane Aldgate

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

2. Konzepte, Ergebnisse, Prävalenzen

Gründe für eine verstärkte Beschäftigung mit dem Thema Methamphetamin und Familie

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

All in all: Hohe Risiken für Kindeswohlgefährdung

Familiäre Abwehrmechanismen

„Mein Kind hat nichts gemerkt“.

(Typischer Satz suchtkranker Elternteile)

→ Selbstwertdienliche Attribution

→ Scham- und Schuldgefühl als zentraler intrapsychischer Prozess

→ Abwehr, Verleugnung, Verdrängung und Aggression als zentrale Reaktionen

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. → Chancen für Prävention und Behandlung
4. Als Trigger der Transmission gelten biopsychosoziale Faktoren.

→ Transmission als Risiko (= Vulnerabilität), aber nicht als Schicksal

Wegen der hohen Komorbidität von Drogenabhängigkeit und anderen psychischen Störungen (> 80%; Verheul et al., 2014) sind frühzeitige, kombinierte, evidenzbasierte Angebote für Kinder aus derartigen Familiensystemen besonders wichtig.

Bindungsmuster bei psychisch kranken Müttern (Cicchetti et al., 1995)

Erkrankung der Mutter	Anteil unsicherer Bindung bei Kindern
schwere Depression	47%
leichte Depression	24%
bipolare Depression	79%
Schwere Angsterkrankungen	80%
Alkoholmissbrauch	52% (davon 35% ambivalent)
Drogenmissbrauch	85% (davon 75% ambivalent)

In einer suchtbelasteten 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“)

Haupterfahrungen der Kinder suchtkranker Eltern: Hohe Stresshaftigkeit und Volatilität des Elternverhaltens

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

Was einem Kind eines drogenabhängigen Elternteils passieren kann?

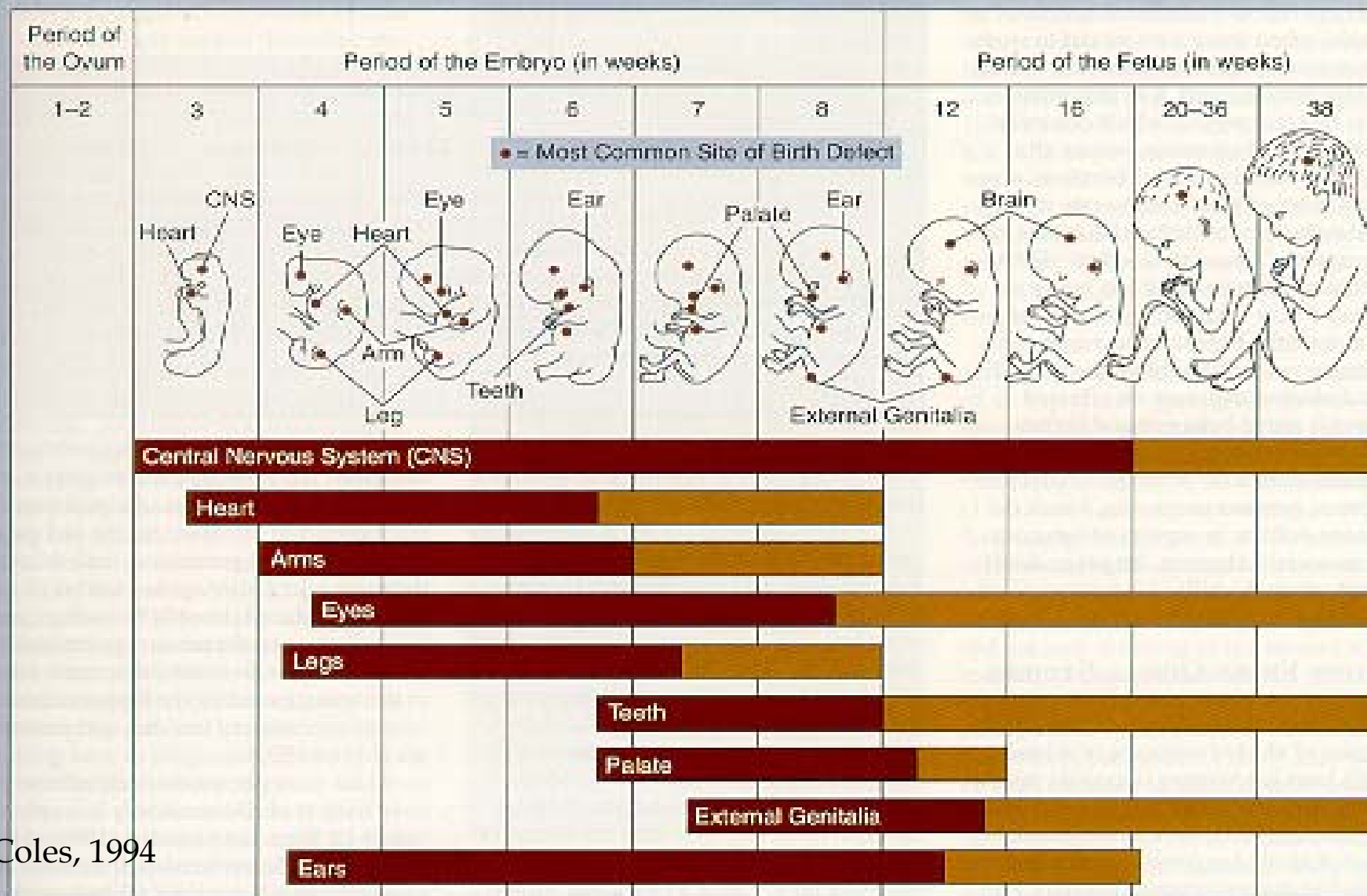
- (1) **Direkte** Folgen des elterlichen Drogenkonsums: Pränatale Schädigung (FAS, FASD), Drogennotfall eines Elternteils, Unfälle/Vergiftungen des Kindes
- (2) **Indirekte** Folgen des Drogenkonsums auf das elterliche Verhalten: Gewalt, Depression, Suizidalität, Sedierung, Unberechenbarkeit, Unzuverlässigkeit, Unerreichbarkeit, Kindesvernachlässigung, Schlaflosigkeit, Traumatisierung, Instabilität etc.
- (3) **Folgen für die Familie:** Verarmung, Marginalisierung, Stigmatisierung, Exklusion, Kriminalisierung

Was beeinflusst das Transmissionsrisiko (erhöhend, abschwächend)?

(Cleaver et al., 2011; Hussong, 2008; Klein, 2018; Zobel, 2015)

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

Pränatale Risiken: FAS/FASD, pränatale Drogeneffekte



Coles, 1994

Relevante Merkmale in Familien mit Crystal-Meth-abhängigen Eltern (N=306)

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

Hohe Zahl suchtkranker Eltern (ca. 55%)

Durchschnittsalter der Eltern: 28.5 Jahre

Durchschnittlich seit 9.7 Jahren CM konsumiert

Durchschnittlich 1.9 Kinder, davon ca. 45% in Fremdunterbringung

Durchschnittsalter der Kinder 6.3 Jahre

91% zuletzt nicht berufstätig

97% der Partner konsumieren auch CM

80% nasale Applikation von CM

75% multipler Substanzkonsum

50% längere Abstinenzphasen während der Beratungszeit

Allgemeine Verhaltensänderungen unter CM

- Vernachlässigung von Pflichten im Kontext von Kindern und Familie (z.B. Vernachlässigung der Kinder, Gleichgültigkeit gegenüber Kindern, Rückzug aus dem Familienleben)
- Fixierungen auf Arbeit oder andere Aktivitäten („Festgang“ z.B. beim Putzen) sowie auf die Substanz
- Starke Veränderungen im Tag-Nacht-Rhythmus
- Reizbarkeit und Impulsivität
- Vernachlässigung allgemeiner Pflichten
- Sozialer Rückzug und egoistisches Verhalten

Psychogene Verhaltensänderungen bei methamphetaminabhängigen 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

Psychogene Verhaltensänderungen bei methamphetaminabhängigen Eltern II (N=306)

Gefühle von Gleichgültigkeit dem Kind
gegenüber

Antriebsarmut, depressive Phasen

Vernachlässigung (Kind, sich selbst)

Konkrete Verhaltensänderungen gegenüber dem Kind

- Impulsives, unberechenbares Verhalten, teilweise mit aggressiven Ausbrüchen
- Emotionale und physische Distanzierung (z.B. weniger körperliche Nähe, Zuwendung und Interesse)
- Wechselndes Erziehungsverhalten, je nach Stimmung und Konsumstatus mehr oder weniger streng und regelgeleitet
Hier teilweise sehr permissiv, geprägt von schlechtem Gewissen
- Unfähigkeit zur adäquaten Versorgung & Beaufsichtigung, ggf. mit akuter Gefährdung der Kinder

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**

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

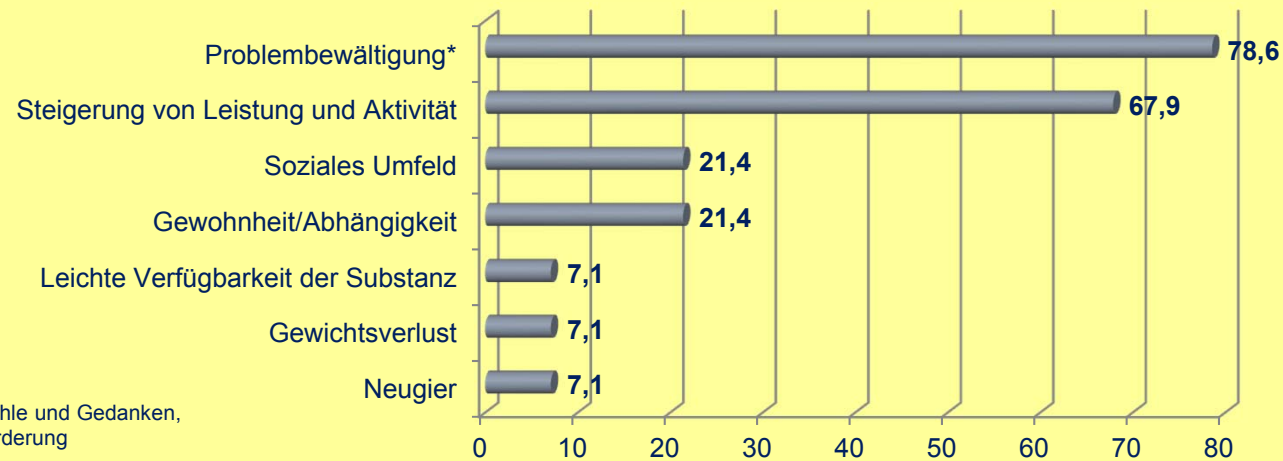
Rollenfixierungen in suchtbelasteten Familien

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackerman (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungs- bewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon	Chamäleon	
		Der Übererwachsene/ Distanzierte/ Unverletzte		Das kranke Kind (Klein, 2003)

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

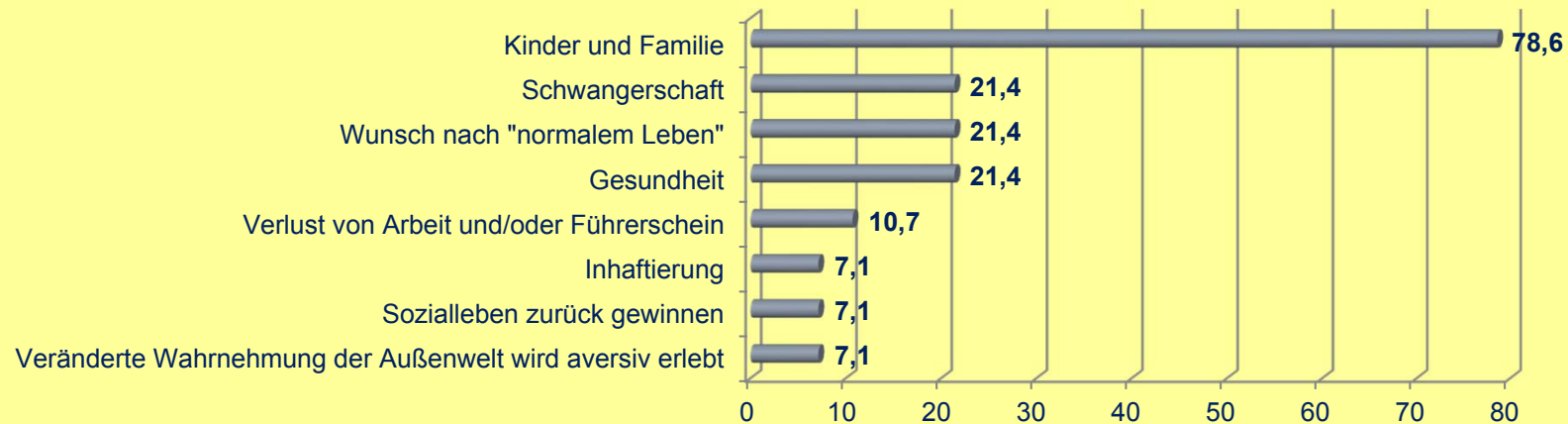
- (1) Vernachlässigungssymptome**
- (2) Entwicklungsverzögerungen, Retardierungen**
- (3) Sprach- und Artikulationsstörungen**
- (4) Schlaf(rhythmus)störungen**
- (5) Externalisierende Verhaltensprobleme, besonders Jungen: Sozialverhalten, ADHS**
- (6) Internalisierende Verhaltensprobleme, besonders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

Konsummotive (in %)



* 60,7% negative Gefühle und Gedanken,
21,4% Stress / Überforderung

Abstinenzmotive (in %)



Fazit und Implikationen

- Koppelung des suchtttherapeutischen Verlaufs an die Fähigkeit der Eltern den Anforderungen der Elternrolle und Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden
- Kinder und Schwangerschaften von zentraler Bedeutung für die Abstinenzmotivation
- Herausforderung für die Eltern durch die Aufgabe der Erziehung eines z.B. verhaltensauffälligen Kindes, bei gleichzeitig bestehender eigener Belastung und potenziell begrenzten Ressourcen
- Hohe Unterstützungsbedarfe der Eltern im Hinblick auf eine feinfühlige, konsistente Erziehung
- Die Zielgruppe der mitbetroffenen Kinder ist unbedingt ins Hilfesystem mit einzuplanen, ggfs. Adaption bestehender Hilfsangebote für diese Kinder

Kinder Methamphetamin- konsumierender Eltern

- Häufig in jungem Alter von elterlichem Konsum betroffen
- Hohes Risiko einer pränatalen Substanzexposition
- Zeigen hohe emotionale Belastungen, parentifiziertes Verhalten sowie externalisierende und internalisierende Verhaltensauffälligkeiten
- Elterliches Verhalten gegenüber den Kindern oft reizbar bis aggressiv, ambivalent und inkonsequent

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

**3. Entwicklung eines Programms zur
Förderung der elterlichen
Erziehungskompetenz („SHIFT“)**

Projektprofil

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

Gefördert durch:

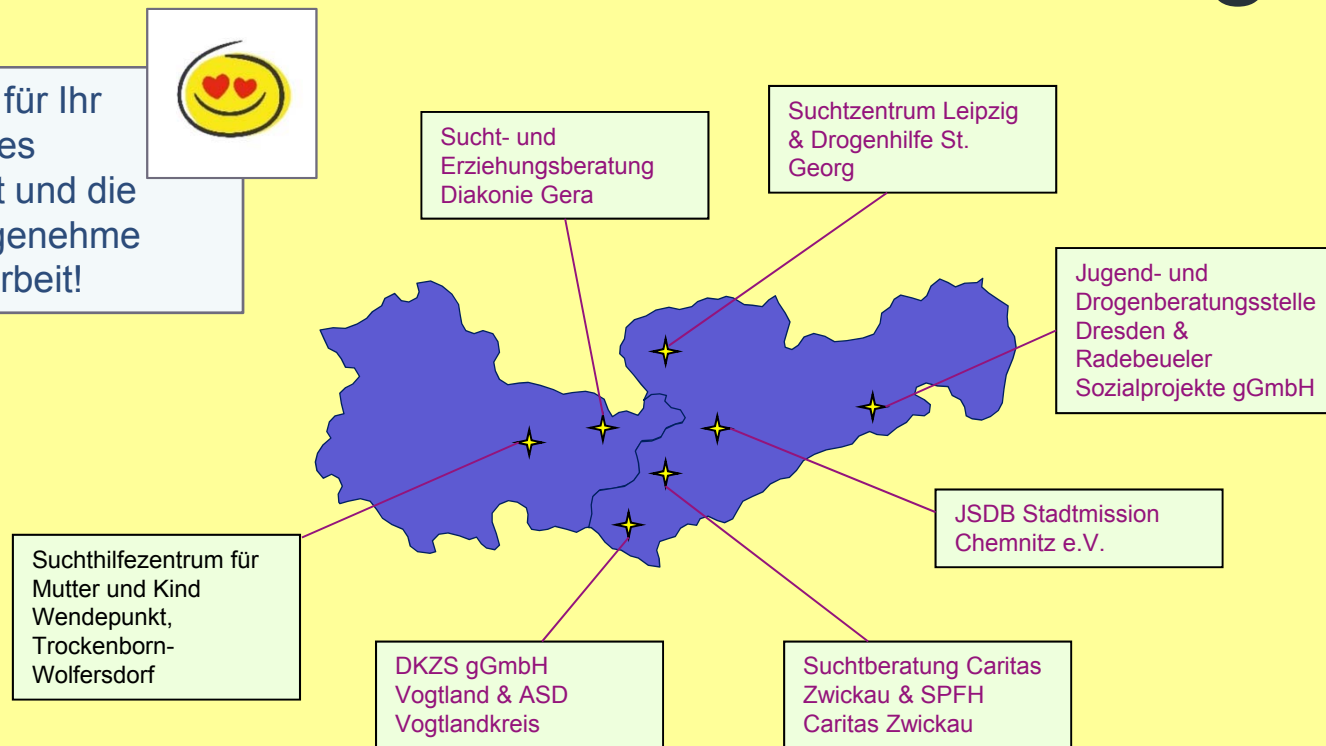


Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Teilnehmende Einrichtungen in Sachsen und Thüringen

Vielen Dank für Ihr
unermüdliches
Engagement und die
jederzeit angenehme
Zusammenarbeit!



Ziele des Projekts



Die Intervention soll:

- familiäre Resilienzen und Elternkompetenzen stärken
- die Eltern zu Abstinenz motivieren, diese Motivation vertiefen und stabilisieren
- die (weitere) Behandlungsmotivation und Inanspruchnahme von Hilfen der Eltern stärken
- dabei stets die Besonderheiten der Lebenssituation von methamphetaminkonsumierenden Eltern in hohem Maße berücksichtigen
- die psychisch und körperlich gesunde Entwicklung der Kinder fördern

Zielgruppe für das SHIFT-Elterntraining

- **Methamphetaminabhängige Eltern mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren**
 - **Werdende Eltern** mit / ohne weitere Kinder
 - **Abstinente sowie aktiv konsumierende Eltern**
 - **Polytoxikomane Eltern**, sofern Crystal Meth die Hauptsubstanz darstellt
 - Eltern, deren **Kinder im Haushalt leben** oder zumindest **regelmäßigen Kontakt** zum Kind haben
- Die weitere **Eignung der Eltern zur Teilnahme** (z.B. Sozialkompetenz, kognitive Fähigkeiten, Abstinenz- und Teilnahmemotivation...) wird im Rahmen eines standardisierten **Clearing-Prozesses** (3 Einzelsitzungen + 1 Abschlussbewertung, auf Basis des MI) überprüft.

Entwicklung des SHIFT-Elterntrainings

Basis des **SHIFT-Elterntrainings**:

Theoriegeleitet:

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

Praxisorientiert:

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

Rahmen des SHIFT-Elterntrainings

- **Modularisierte Gruppenintervention** für betroffene Elternteile
- **2 Gruppenleiter** in jeder Sitzung
- **6-8 Teilnehmer** pro Gruppe
- **8 Module á 60-75 Minuten**
- Jedes Modul behandelt **ein bestimmtes Thema**
- **(Inter-)Aktive Beteiligung** der Teilnehmer

Didaktik des SHIFT-Elterntrainings

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

Clearing-Phase

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

Clearing-Phase

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

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

Module des SHIFT-Elterntrainings I

Modul	Ziele
1	Einstieg: „Start SHIFTING“. Gegenseitiges Kennenlernen, Austausch von Wünschen & Erwartungen, Vereinbarung von Gruppenregeln, Vertrauen gewinnen
2	Erziehung I : „Her mit den guten Zeiten“. Ressourcenorientierte Betrachtung der eigenen Elternschaft, Sensibilisierung für kindliche Bedürfnisse, kindlichen Bedürfnissen gerecht werden können, Förderung der Eltern-Kind-Beziehung
3	Erziehung II: „Was tun wenn´s brennt“. Reflektion der eigenen praktizierten Erziehung (abstinent vs. konsumierend), Aufstellung und Kommunikation klarer Regeln in der Erziehung, Förderung des angemessenen Umgangs mit schwierigen Situationen, Sensibilisierung für eine gewaltfreie Erziehung
4	Familienresilienz I : „Keiner ist wie wir“. Ressourcenorientierte Aufmerksamkeitslenkung auf das Familienleben, Einführung in das Konzept der Familienresilienz („Schlüsselmerkmale“), Förderung gemeinsamer, optimistischer Überzeugungen innerhalb der Familie

Module des SHIFT-Elterntrainings II

Modul	Ziele
5	Familienresilienz II: „Lass uns reden...“. Sensibilisierung für bereits erfolgreiche Abläufe und Regeln in der Familie, Inspiration für neue & erfolgsversprechende Regeln und Abläufe, Förderung der Inanspruchnahme von Hilfe, Förderung einer offenen und positiven Kommunikation in der Familie (im Allgemeinen und in Bezug auf Emotionen), Verbesserung der gemeinsamen Problemlösungsfertigkeiten
6	Sucht & Familie: „Neue Wege – gemeinsam gehen“. Auflösung des Tabuthemas Sucht innerhalb der Familie, Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchterkrankung für die Familie, Bearbeitung von Schuldgefühlen in Zusammenhang mit der Familie, Identifikation von Rückfallsituationen in Zusammenhang mit der Familie, Eruierung von Möglichkeiten zur Unterstützung durch Familienmitglieder für ein cleanes Leben, Verbesserung der familiären Beziehungen durch eigenen Beitrag
7	Partnerschaft: „Mehr als Eltern“. Bewusstwerden, dass Eltern auch ein Leben als Paar besitzen, Identifikation von Konfliktpotentialen in der Partnerschaft, adäquater Umgang mit Konflikten und Streit in der Partnerschaft, kritische Reflektion von und Umgang mit Sexualität im Kontext von Crystal Meth, Pflege der Partnerschaft
8	Abschied: „Tschüß und hin zu mehr“. Rückblick auf das SHIFT-Elterntaining, positiver Zukunftsausblick, Festlegung Veränderungsvorhaben, Festigung des Erlernten und Transfer in den Alltag, Rückfallprophylaxe, funktionaler Umgang mit Krisensituationen, Förderung (weiterer) Behandlungsbereitschaft und Inanspruchnahme von Hilfen, Abschied nehmen

**Beispielübung aus
dem SHIFT-
Elterntraining:
Arbeitsblatt A15**
„Ich denke, das denkt
meine Familie“

Bitte überlegen Sie einmal:

- Was glauben Sie: Was hat Ihre Familie bisher von Ihrem Crystal Meth-Konsum mitbekommen?
- Welche Folgen hatte der Crystal Meth-Konsum für Ihre Familie?

Bitte tragen Sie für Ihre verschiedenen Familienmitglieder deren (mögliche) Gedanken in die Denkblasen ein!

Mein/e Kind/er:

Mein/e Partner/in:

Meine Eltern:

Meine Geschwister:

Andere Verwandte oder Freunde der Familie:

**Beispielübung aus
dem SHIFT-
Elterntraining:
Arbeitsblatt A24b
„Meine Notfallkarten“**

Modul 8. Arbeitsblatt **A24b**

„Meine Notfallkarten“

Bitte denken Sie daran:

Ein Notfall für die Eltern bedeutet in der Regel auch ein Notfall für das Kind!

Daher helfen Ihnen die Notfallstrategien auf Ihrer ganz persönlichen Notfallkarte „Für mich“ hoffentlich gut weiter!

Doch was können Sie für Ihr Kind tun, falls es doch noch mal zu einem Rückfall kommen sollte? Bitte machen Sie sich für diesen Fall eine Notfallkarte für Ihr Kind, damit Sie schnell und richtig für Ihr Kind reagieren können!



Notfallkarte „Für mein/e Kind/er“

1. **Wer kann sich sofort um mein Kind / meine Kinder kümmern?**

Name: _____

Telefon: _____

2. **Das muss ich meinem Kind / meinen Kindern mitgeben:**

3. **Das kann ich tun, damit mein Kind / meine Kinder keine Angst bekommen:**

4. **Was würde/n Ihr Kind / Ihr Kinder hier sonst noch aufschreiben?**

>>> Schneiden Sie jetzt bitte beide Karten aus und falten Sie sie auf Kreditkartengröße, dann können Sie diese immer bei sich tragen! In Notfällen können Sie auf diesen Karte schauen und tun, was auf den Karten steht.

Ergebnisse: SHIFT-Evaluation

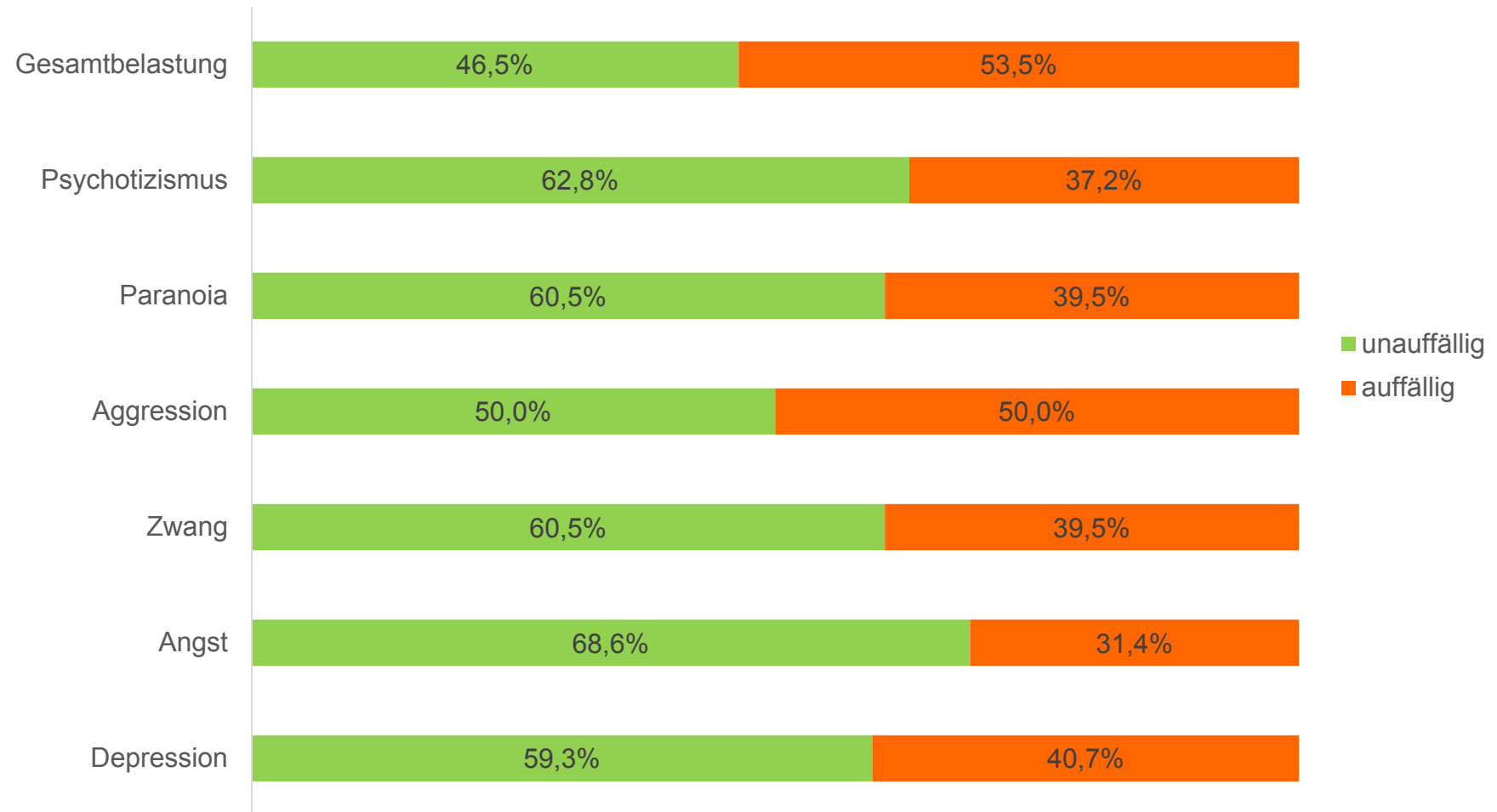
Eltern (n = 87)

- Geschlecht: 78,2% weiblich, 21,8% männlich
- Mittleres Alter: 30,76 Jahre (SD = 4,82, range 19-42)
- 55,8% waren in einer Beziehung, jedoch nur 12,6% verheiratet
- Hatten zwischen einem und fünf Kinder
- Substanzkonsum: 93,1% waren mit einer Methamphetaminabhängigkeit diagnostiziert (26,7% Konsum in den letzten 6 Mon.)

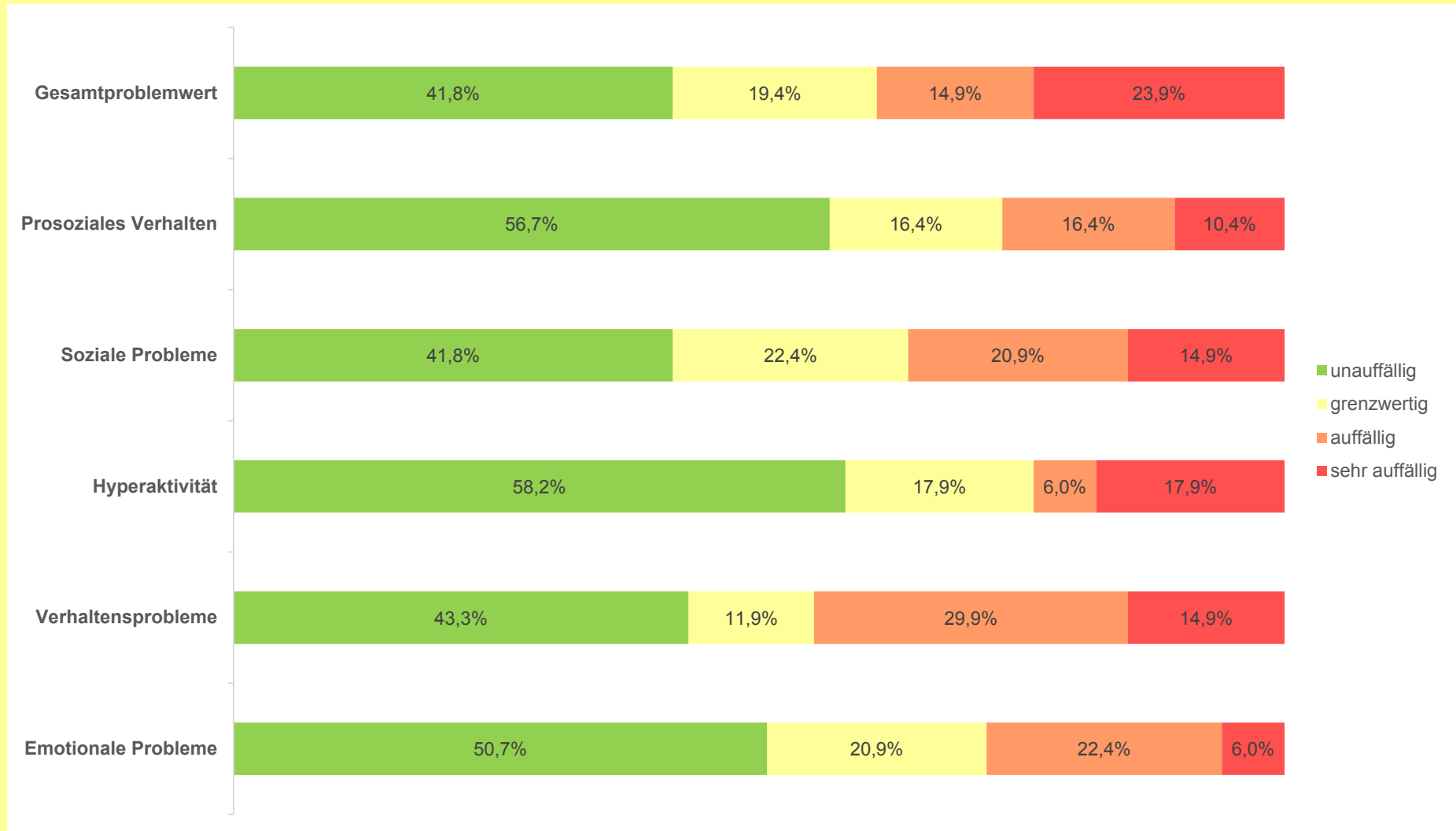
Kinder (n = 161)

- Mittleres Alter: 6,00 Jahre (SD = 4,66, range 0,2-20)
- insb. im Vor-/Grundschulalter
- Geschlecht: 46,6% weiblich and 53,4% männlich
- Lebenssituation: Mehr als ein Drittel (38,5%) der Kinder lebte nicht mit dem teilnehmenden Elternteil zusammen

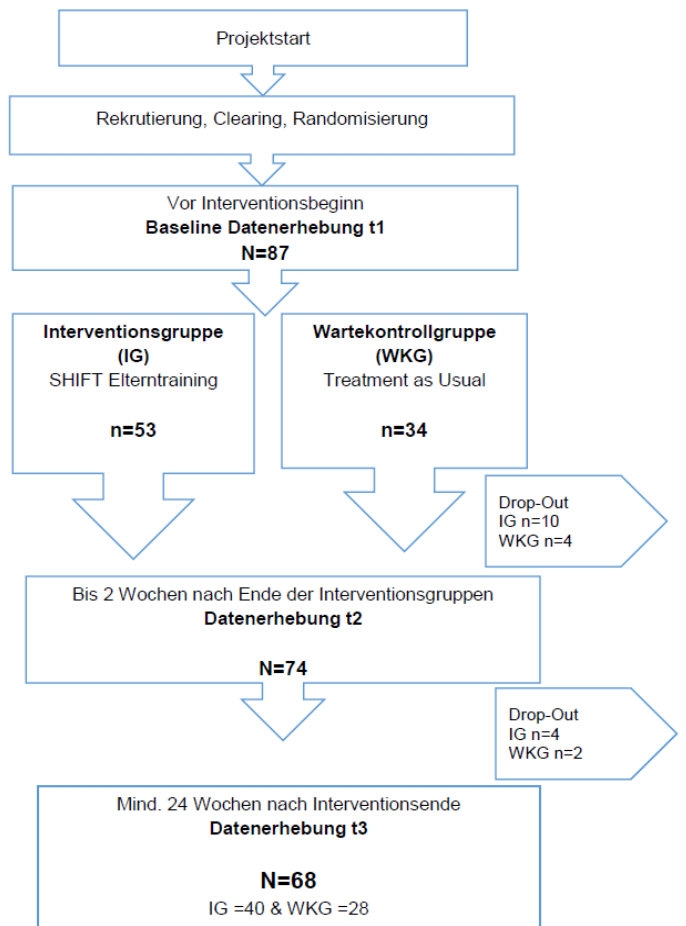
Ausgangssituation: Psychische Belastung Eltern (BSI, n = 86)



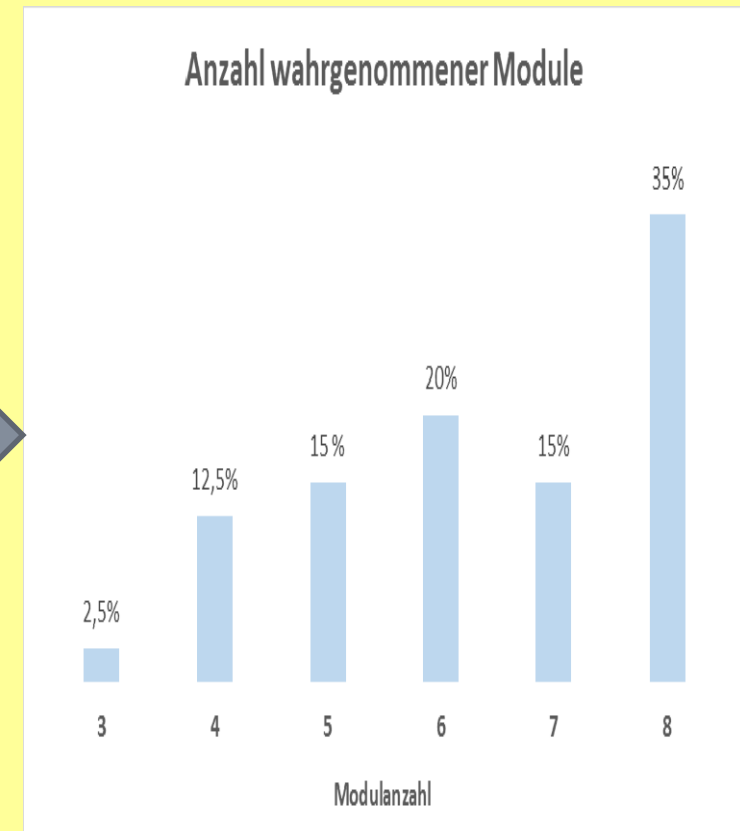
Ausgangssituation: Kindliche Belastungen (SDQ, n = 67)



Haltequoten und Interventionsteilnahme

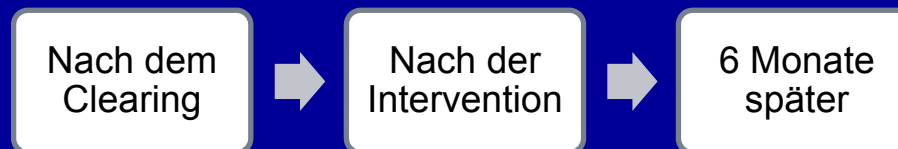


Halte-
quote
gesamt:
78%



Forschungsdesign Wirksamkeitsevaluation

- **Prospektives randomisiert-kontrolliertes Untersuchungsdesign**
- Vergleich **Interventionsgruppe** mit **Wartekontrollgruppe**
- **3 Messzeitpunkte: prä – post – follow up**



- Wartekontrollgruppe erhält SHIFT-Elterntraining nach Follow-Up-Messung der Interventionsgruppe
- Standardisierte Selbstauskunftsbögen
- Schriftliche Befragung der Eltern im **Gruppensetting**

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

4. Schwerpunkt Resilienzförderung

Resilienzen für Kinder von Suchtkranken I (nach Wolin & Wolin, 1995)

- **Ahnung, Wissen, Einsicht**, z.B. dass mit der drogenabhängigen Mutter etwas nicht stimmt
- **Unabhängigkeit**, z.B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen
- **Beziehungsfähigkeit**, z.B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
- **Initiative**, z.B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten

Resilienzen für Kinder von Suchtkranken II

- **Kreativität**, z.B. in Form von künstlerischem Ausdruck
- **Humor**, z.B. in Form von Ironie und selbstbezogenem Witz als Methode der Distanzierung
- **Moral**, z.B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Merke: Neben der Individualresilienz (z.B. von Kindern) ist die Familienresilienz zu fördern. Diese betrifft die Stressresistenz des ganzen Lebenssystems (z.B. durch Förderung gesunder und heilsamer Rituale).

Dimensionen der Familienresilienz (Walsh, 2006, 2009)

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

Zentrale Familienresilienzen (Walsh, 2003, 2006)

Organisationsprozesse
Verbundenheit
Flexibilität
Struktur
Rituale
Mobilisierung von materiellen Ressourcen
Mobilisierung von sozialen Ressourcen
Kooperation mit Hilfesystemen
Kommunikationsprozesse
Gute Kommunikation
Offener emotionaler Austausch
Gemeinsames Problemlösen
Geteilte Glaubenssysteme von Familien
Widrigkeiten Sinn geben
Positive Zukunftssicht
Proaktive Haltung
Gelernter Optimismus
Narrative Kohärenz
Gelernter Optimismus
Transzendenz und Spiritualität

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

5. Besonderheiten bei Kindern
drogenabhängiger (insbes.
methamphetaminabhängiger) Eltern

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 elterlicher dysfunktionaler Sexualität und Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel die Mutter, auf.

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

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

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

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

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

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

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

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

Aufgrund einer **größeren Zahl von Frühgeburten** und anderer ungünstiger prä- und 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.

Crystal Meth und Familie – Angebotsentwicklung zur Stärkung der Familienresilienz

6. Prävention, Hilfen, Ausblick

Hilfreiche Kompetenzen der Fachkräfte

- **Besondere Empathie für die Lebenserfahrungen und Verhaltensweisen von Kindern aus suchtbelasteten Familien („suchtspezifische Empathie“)**
- **Förderung von Motivation, Kompetenzen und Resilienzen**
- **Umgang mit Ambivalenzen und „Widerstand“**
- **Auflösung der bzw. Abkehr von nicht evidenzgesicherten Mythen (z.B. bezüglich Therapiezielen, Rückfall, „Co-Abhängigkeit“)**

Konsequenzen

Für Kinder in suchtselasteten Familien sind Maßnahmen notwendig, die ...

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

trampolin[®] trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.

trampolin[®] trampolin[®]
Das Projekt für starke Kinder aus multikulturellen Familien.

trampolin[®] 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)

Was können suchtkranke Eltern tun, um Resilienz bei ihren Kindern zu fördern?

Idealerweise: sich verändern, „mit der Sucht aufhören“, ein gutes Vorbild werden..... (durch Selbstheilungsprozesse, Partnersupport, Selbsthilfe, professionelle Hilfe ...)

Zur Verbesserung des Bindungsverhaltens eine „continuously loving and caring person“ zur Verfügung stellen oder selbst sein bzw. werden (Werner)

Mit einem Erziehungskompetenztraining die eigene Elternkompetenz steigern ... (Tripple P, MUT, SHIFT o.ä.)

Was können suchtkranke Eltern tun, um Resilienz bei ihren Kindern zu fördern?

Realiter: sich nicht vor den Kindern intoxikieren (geringe Exposition)

gesunde Familienrituale aufrechterhalten

für eine bessere Familienatmosphäre sorgen

den Kindern die Krankheit erklären, verständlich und begreifbar machen (Psychoedukation)

sich kümmern, ohne übermäßig zu verwöhnen

Stabil und berechenbar werden (auch wenn noch suchtkrank)

Anforderungen und Konsequenzen an die Hilfesysteme

- (1) Die Hilfesysteme Jugend, Sucht und Gesundheit müssen im Kindesinteresse zusammenwachsen und Kooperationsformen entwickeln, die das Kindeswohl sichern und stärken.
- (2) Dazu müssen die Entwicklungswege psychischer Störungen transgenerational betrachtet und entsprechende Lösungsmuster entwickelt werden.

Anforderungen und Konsequenzen an die Hilfesysteme

(3) Für Kinder suchtkranker Eltern müssen im Bedarfsfall regelhaft Prävention, Frühintervention und therapeutische Hilfen angeboten werden. Dies geschieht am besten im Kontext der Behandlung der Eltern und der Kinder- und Jugendhilfe.

(4) Verankerung selektiver und indizierter Prävention und früher Hilfen für gefährdete Kinder und Jugendliche (→ „Health in all policies“-Konzept)

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

Relevante Internetadressen

www.addiction.de

www.disup.de

www.kidkit.de

www.nacoa.de

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