

# Suchtfamilien – verstrickt – versteckt - vergessen

**Jour fixe Familie**

**Centrum für Familienwissenschaften**

**Dr. med. Claudine Aeschbach, Leitende Aerztin AFA**

## WHO (Weltgesundheitsorganisation)

Psychischer und/oder körperlicher Zustand, der auf einer **Wechselwirkung** zwischen Individuum und Suchtmittel beruht

Verhalten beinhaltet immer einen **Zwang**, die Substanz kontinuierlich oder periodisch zu konsumieren, um deren psychische Effekte zu spüren und/oder die Unannehmlichkeiten der Abwesenheit der Droge zu vermeiden

### ICD 10

- **Starker Wunsch oder erlebter Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren**
- **Verminderte Kontrolle bezüglich Beginn, Beendigung und der Menge des Konsums**
- **Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung**
- **Toleranzentwicklung**
- **Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen**
- **Anhaltender Konsum trotz Kenntnis eindeutiger schädlicher Folgen**

**Mindestens 3 der 6 Symptome in den letzten 12 Monaten**

### Verschiedene Möglichkeiten:

1. Die **Familie** ist die Ursache für süchtige Entwicklungen
2. Die **Sucht** ist die Ursache für bestimmte familiäre Entwicklungen
3. **Sucht** und **Familie** beeinflussen einander wechselwirkend
4. Sucht und Familie haben nichts miteinander zu tun

Ursprünglich wollte ich mit diesem Leben nur etwas herumexperimentieren. Jetzt komme ich nicht mehr davon los.



**Die internationale Forschung zum Kindeswohl und zur Entwicklungspsychologie benennt die elterliche Substanzabhängigkeit als einer der gefährlichsten Risikofaktoren für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die in deren Umfeld leben:**

**Kumulierung von Stressfaktoren!**

# Globale Risiken elterlicher Suchtkrankheit auf die Entwicklung der Kinder

## Auswirkungen hängen ab von:

- Wer trinkt?
- Wer trinkt im Umfeld noch?
- Seit wann abhängig?
- Wie lange abhängig?
- Verlauf der Abhängigkeit
- Alter der Kinder bei Entwicklung der Abhängigkeit
- Typus der Abhängigkeit
- Schweregrad der Abhängigkeit
- Quantitative Exposition
- Qualitative Exposition
- Weitere psychische Störungen bei den Eltern
- Weitere kritische Lebenslagen in der Familie
- Sonstige Stressoren (Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung)

## Differenzielle Risiken: suchtspezifische Familieneinflüsse

### Risikofaktor

Nachahmung der Eltern

Alkoholwirkungserwartung

Ethnizität und  
Trinkgewohnheiten

### Forschungsergebnisse

KvS sind früher mit Breite von Suchtmitteln konfrontiert, entwickeln früher „Suchtmittelgebrauchs-Schemata“

KvS mehr Suchtmittelwirkungserwartungen, glauben eher, dass sich Suchtmittel positiv auf Befindlichkeit auswirkt

KvS von bestimmten ethnischen Gruppen (Iren, Skandinavier) haben erhöhtes Risiko aufgrund der Interaktion zwischen Alkoholwirkungserwartung und Ethnizität



## Suchtunspezifische Familieneinflüsse

### Risikofaktor

Elterliche Psychopathologie und Komorbidität

Sozioökonomischer Status

Allgemeine familiäre Dysfunktionalität

Familiäre Gewalt, Aggression

Kognitive Probleme der Eltern

### Forschungsergebnisse

zB antisoziale PS, Depression, Angststörungen

KvS kommen mit grösserer Wahrscheinlichkeit aus Familien mit niedrigem SES

Niedrige Kohäsion, hohes Konfliktniveau, schlechte Problemlösungsfähigkeit, häufiger „Broken-Home“

KvS haben höhere Wahrscheinlichkeit, Opfer und/oder Zeuge familiärer Gewalt zu werden

Eltern haben häufiger schlechtere kognitive Fähigkeiten und Kinder werden deshalb weniger positiv stimuliert

- **Biologisch orientierte Studien zeigen, dass Söhne von alkoholkranken Vätern aufgrund genetischer Faktoren**
- **Subjektiv: ertragen mehr Alkohol und unterschätzen die Gefahr einer eigenen Abhängigkeitsentwicklung**
- **Berauscher Effekt von Alkohol wird bei höheren Dosen wahrgenommen**
- **Später einsetzende unangenehme Effekte werden ebenfalls später wahrgenommen**
- **Stressdämpfung ist höher als bei Vergleichsgruppen**
- **Alkoholtrinken wird stärker positiv erlebt**

- **normale, häufigere Konstellation: suchtkranker Vater, nichtsuchtkranke aber psychisch stark belastete Mutter**
- **Eltern können den Pflichten als Erzieher nicht mehr in genügendem Masse nachkommen: Vater aufgrund der Sucht, die ihm verunmöglicht, die Kinder überhaupt noch wahrzunehmen, Mutter weil sie damit beschäftigt ist, das grundlegende Funktionieren der Familie zu garantieren bzw den Schein nach aussen zu wahren**
- **Stärkere oder schwächere Familienkohäsion, stärkere Frustration kindlicher Bedürfnisbefriedigung, (Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit), schwächere Qualität der Eltern-Kind Bindung**
- **Scharfe, rigide Abgrenzung nach aussen, diffuse, unklare Grenzen nach innen: Parentifizierung mit frühreifem, , erwachsenen, altersunangemessenes Verhalten**
- **Kinder werden in rigide Rollenmuster gedrängt und behalten diese dysfunktionalen Rollen im Erwachsenenalter**

- **Hyperaktivität**
- **Störungen des Sozialverhaltens**
- **Intelligenzminderung**
- **Somatische Probleme**
- **Misshandlungen**
- **Angst**
- **Depressive Symptome**

- **Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens**
- **Versprechungen, Vorsätze, Ankündigungen werden oft nicht eingehalten**
- **Inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten**
- **Viele Ambivalenz- und Loyalitätskonflikte**
- **Selbstattribuierung**
- **Implizite Regeln z.B. Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation werden als geeignete Problemlösungsstrategien vermittelt**

## Stressfaktoren für Kinder betroffener Eltern

- ➔ **Kindesmisshandlung**
- ➔ **sexueller Missbrauch**
- ➔ **physische Gewalt**
- ➔ **psychische Gewalt**

## „Trinker zeugen Trinker“

**Kinder von suchtkranken Eltern sind die grösste Risikogruppe bezüglich der Entwicklung einer Suchtstörung**

**Sie sind im Hinblick auf psychische Störungen 2 bis 5 mal mehr gefährdet als Kinder aus nicht-suchtbelasteten Familien**



## Häufigste psychische Störungen bei Kindern suchtkranker Eltern

- **Phobische Störungen**
- **Depressive Episoden**
- **Manische und hypomanische Episoden**
- **Panikattacken**
- **Ess-Störungen**
- **Drogenmissbrauch**
- **Drogenabhängigkeit**
- **Posttraumatische Belastungsstörung**  
(Risiko wenn beide Eltern alkoholabhängig sind  
um das 14fache erhöht)

# Die Entdeckung der Kinder suchtkranker Eltern

POSITIONSPAPIER

Gesamtverband für  
Suchtkrankenkritik  
im Diakonischen Werk  
der Evangelischen Kirche  
in Deutschland e.V.

**GVS**

**V**

**Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle  
bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln**

*Opiat-/polytoxikomane Abhängigkeit der Eltern hat für Kinder bedeutsame Folgen*

**11.9 % der Kinder zwischen 14 und 24 Jahren in Deutschland haben einen alkoholkranken Vater**

**4.7% haben eine alkoholkranken Mutter**

**1.5% haben Eltern, die beide von der Alkoholkrankheit betroffen sind**

**ca jedes siebte Kind ist vom Alkoholkonsum mindestens eines Elternteils betroffen**



**euer voge**  
für Kinder suchtkranker Eltern

## Historischer Abriss über die systemische Betrachtung von Familie und Sucht

**ca 1980:**

**Abkehr von der bisher üblichen Betrachtungsweise, dass Sucht ein individuelles Problem ist und allenfalls zu untersuchen, welche Auswirkungen die Sucht auf die Familie hat**

**1982:**

**Abhängigkeit erfüllt eine bestimmte Funktion innerhalb einer Familie. Sobald der abhängige Teil der Familie sich erholt oder abstinent wird, reagieren andere Familienmitglieder auf eine Weise, die seinen Fortschritt behindern und so den Status quo erhalten**

**„SUCHTFAMILIEN“**

The Family Therapy of Drug Abuse and Addiction

von M. Duncan Stanton, Thomas C. Todd

### 1987 Schmidt:

**Ein Partner hat eine sehr enge, intensive, fast abhängige Beziehung zu mindestens einem Elternteil, der andere ein eher distanzierendes fast ausgestossenes Verhältnis zu seiner Herkunftsfamilie**

**Zwei typische Konstellationen:**

- 1) Der distanzierte Partner erhofft sich die Nestwärme vom anderen, die ihm gefehlt hat und akzeptiert als Gegenleistung die enge Bindung des Partners an seine Herkunftsfamilie**
- 2) Der ausgestossene Partner überkompensiert seine unerfüllten Wünsche nach Bindung, indem er sich stark und autonom verhält, während der gebundene Partner die hilflose und abhängige Rolle einnimmt**

## Symptom als wichtiges Organisations- und Regulationsinstrument

### 1992 Steinglass

**Revolutionäre Haltung in Bezug auf das Therapieziel:**

**„Wenn Alkoholgenuss (...) Teil eines fortgesetzten interaktionellen Musters innerhalb des Familiensystems ist, sind herkömmliche völlige Abstinenz antreibende Interventionen völlig fehlangezeigt.“**

### 2002: Thomasius, Schindler und Sack

**Eine süchtige Entwicklung stellt prinzipiell den Versuch dar, mit unlösbar erscheinenden familiären und inneren Konflikten fertig zu werden.**

**Zwei Dynamiken:**

- 1) Wenn die bindenden familiären Kräfte überwiegen, betonen die Jugendlichen um den Preis der Sucht ihre Autonomie und grenzen sich so von der Familie ab, ohne sich wirklich trennen zu müssen**
- 2) Wenn die ausstossenden familiären Kräfte überwiegen, können Identitäts- und Versorgungswünsche durch das Suchtmittel befriedigt werden, ohne Gefahr zu laufen (vom Suchtmittel) zurückgewiesen zu werden**

## Betrunkene Jugendliche



### Konzept von Joan Jackson 1954: 7 Phasen

- 1) Problem wird von der Familie und vom Kranken verleugnet
- 2) Problem wird so offensichtlich, dass es nicht mehr versteckt werden kann. Familie versucht, das Problem zu beseitigen. Familie konzentriert sich auf den Abhängigen und verlangt von ihm das Versprechen, den Konsum aufzugeben. Dieser Druck treibt den Abhängigen weiter in die Abhängigkeit und die Familie in die soziale Isolation. Familie erkennt, dass sie die Abhängigkeit nicht kontrollieren kann, es werden kurzfristige Ziele gesetzt.
- 3) Versuche zur familiären Reorganisation: gesunder Partner übernimmt Führungsrolle, kranker Partner wird als Kind behandelt, mit Mitleid statt mit Vorwürfen, jedoch unter Aufgabe seiner Erwachsenenrolle

- 4) Es werden Anstrengungen gemacht, dem Problem zu entrinnen. Gedanke an Trennung taucht auf. Drohung mit der Trennung bewirkt nichts, wenn der Abhängige merkt, dass sie nicht ernst gemeint ist. Manchmal führt die Drohung zu Therapieaufnahme. Motivation unzureichend. Evtl wird Trennung/Scheidung Realität.**

**Evtl ist eine Scheidung von einem Abhängigen gar nicht möglich: der Süchtige wird immer wieder Wege finden, sich in die Nähe des geschiedenen Partners zu gelangen.**

- 5) Erneute familiäre Reorganisation: gesunder Partner übernimmt Führungsrolle, Kranker wird als Kind behandelt.**
- 6) Reorganisation der Familie ohne den Betroffenen. Suchen einer neuen Wohnung. Gesunder Partner macht sich emotional und wirtschaftlich unabhängig**
- 7) Genesung des Kranken. Neueinstellung des Systems.**



**all diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass sie „Defizitmodelle“ sind**

**GEFAHR!**

**Angehörige fühlen sich (mit-)schuldig**



## Drei Systemebenen:

- 1) **Psychisches System: kognitiv-emotional**
- 2) **Biologisches System: chemisch-physikalisch**
- 3) **Soziales System: Kommunikationsprozess**

**In jedem dieser Systeme wird das Suchtmittel verarbeitet**

## Auswirkungen auf familiäre Interaktionen

Familiensystem entfaltet angesichts des vermehrten Konsums zuerst milde, danach eindeutigeren Veränderungsversuche zur Problembeseitigung

Vehemenz der Interaktionen nimmt proportional zur Leugnung des Konsums durch den Betroffenen zu

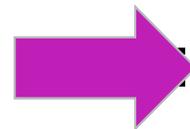
Eventuell wird die prinzipielle **Vieldeutigkeit** des Konsums nun immer mehr als **eindeutig** bewertet

Soziale Choreographien werden monotoner, weniger plastisch, dysfunktionaler

Konfliktpotential nimmt in dem Masse zu, wie die beteiligten Konfliktpartner ihr eigenes Verhalten als richtig und das jeweilig andere als falsch bewerten

## Entweder – Oder Muster

- **Begünstigt eskalierende Prozesse**
- **Distanzierte Prozesse wechseln sich mit komplementären, die Bindung betonenden – ab.**



**Verlauf zwischen Streit und Dysharmonie und  
Versöhnung und Nähe**

- **Partner des süchtigen Teils hoffen, diesen doch noch irgendwann (mit ihrer Liebe) retten zu können**
- **Bleibt durchgreifende Aenderung aus, setzt der Süchtige seine Glaubwürdigkeit aufs Spiel, restliche Familienmitglieder verbünden sich, Familie wird gespalten**

- **Reaktionen der Eltern werden immer unberechenbarer**
- **Nicht süchtiger Elternteil wechselt ständig die Koalition, süchtiger Elternteil ist – intoxikiert oder nüchtern – kaum mehr einzuschätzen**
- **Kinder werden spezifischen Loyalitätskonflikten ausgesetzt:  
Bindung zum nicht süchtigen Elternteil wird eher offen, zum süchtigen Elternteil eher verdeckt gezeigt**

[www.suchtschweiz.ch](http://www.suchtschweiz.ch)

[www.mamatrinkt.ch](http://www.mamatrinkt.ch)

[www.papatrinkt.ch](http://www.papatrinkt.ch)



## In der Familie – ausserhalb der Familie

- **Aussengrenzen der Familien werden stabiler – undurchdringlicher: Familie schottet sich ab**
- **Zusätzliche Behinderung der Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder**
- **Kontakte zu wichtigen äusseren Peergruppen oder hilfreichen Personen nehmen ab**
- **Innenorientierung bewirkt bei den „Koalitionären“ Symptombildung aufgrund der nicht erfüllten abgespaltenen autonomen Wünsche: depressive, psychosomatische Symptome, verhaltens- oder Anpassungsstörungen oder eigenes süchtiges Verhalten**
- **Schätzung: 33 bis 40% der Kinder, die in Familien mit einem süchtigen Elternteil aufwachsen, machen selbst eine süchtige Entwicklung!**



## Negative Erfahrungen als Hauptfaktoren

- **Instabilität und Unberechenbarkeit**
- **Eingeschränkte Selbstwirksamkeit**
- **Aussetzen von Gewalt: aktiv und passiv, z.B.:**

**Misshandlungen**

**Missbrauch**

**Vernachlässigung**

**Drohung mit Beziehungsabbruch**

**reale Beziehungsverluste**



### **Grundlage der Definition:**

**Eine stressreiche Lebenssituation wird als spezifisch Herausforderung begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können.**

**Hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität**

**Toleranz für stressreiche, widrige Umstände bei guter Anpassungsfähigkeit an veränderte Lebensbedingungen**

## Resilienzfaktoren (nach Wolin und Wolin 1995)

### 1. Einsicht

(z.B. dass der substanzabhängige Elternteil krank ist)

### 2. Unabhängigkeit

(z.B. sich von Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen)

### 3. Beziehungsfähigkeit

(z.B. in Eigeninitiative Beziehungen zu gesunden Menschen aufbauen)

### 4. Kreativität (künstlerische Betätigung)

### 5. Humor (Ironie und Sarkasmus)

### 6. Moral (von den Eltern unabhängiges Wertesystem)

## Individuelle protektiv wirksame Faktoren

- **Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft**
- **Durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, auch im Schreiben**
- **Starke allgemeine Leistungsorientierung**
- **Verantwortliche, sorgende Einstellung**
- **Positives Selbstwertgefühl**
- **Internale Kontrollüberzeugung (internal locus of control)**
- **Glaube an die Möglichkeit, sich selbst helfen zu können**

## Protektive Faktoren aus dem interaktionellen Bereich

- Hohes Mass an Aufmerksamkeit
- Keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters
- Keine weiteren Geburten in den beiden ersten Lebensjahren
- Keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr

## Entwicklung einer Eigendynamik bei der abhängigen Person

**Psyche:** kognitiv-affektives Konstrukt: unangenehme Ereignisse werden durch Abrufen einer „Trinkerchoreographie“ behoben

**Biologie:** Neuronale Schädigung und Organpathologie

**Soziales System:** lange Zeiten erfolgloser Veränderungsversuche: Verknappung der emotionalen und ökonomischen Ressourcen

leidvolle Konflikterfahrung, rigide Koalitionsbildungen

**Der Prozess wird abgerufen, wie wenn es dazu keine Alternativen gebe!!**

**Fallbeispiel 1:**

**Mann, 50jährig, bestens situiert, voll im Arbeitsprozess,  
Nikotinabhängig, risikoreicher Konsum von Alkohol**

**Vater und Grossvater an Alkohol gestorben**

**Wünscht Therapie, weil er einsieht, dass er sich selbst schadet  
und weil er nicht so enden möchte, wie diese**

**Ist verheiratet, laut seinen Aussagen gibt es wegen seinen  
Substanzabhängigkeiten kein Problem in der Partnerschaft,  
sagt, Partnerin benutze seinen Alkoholkonsum um auf ihre  
eigenen Fehler aufmerksam zu machen**

**Therapieziele?**

## **Fallbeispiel 2:**

**Ehefrau kommt auf Rat eines Bekannten in Therapie: Ehemann ist seit einiger Zeit wieder massiv alkoholabhängig**

**Hat auch Geld für Kokain und Glücksspiel ausgegeben, seine Pensionskasse ist weg**

**EM arbeitet nicht mehr, befindet sich in einer stationären Therapie, die die Familie gänzlich selbst bezahlen muss**

**EF ist in guter Stellung berufstätig**

**EM trinkt auch während der Therapie, will nach Hause, wird entlassen**

**Wie soll es weitergehen?**



## Fallbeispiel 3

**Junger Mann, 20 jährig. Eltern sind seit seinem 2. Lebensjahr geschieden. Mutter invalidisiert. Pat konsumiert exzessiv Cannabis. An einem Wochenende konsumiert er zusätzlich massiv Alkohol, verunfallt schwer. Liegt mehrere Monate im Spital. Während des Spitalaufenthaltes kümmert sich der Vater sehr intensiv um ihn und hat die Erwartung, dass sich nun alles ändert.**

**Pat will aber Cannabiskonsum nicht einschränken, will auch nicht in eine betreute Wohninstitution.**

**Mutter nimmt ihn auf, was Vater sehr wütend macht und ihn veranlasst, den Kontakt zum Sohn wieder aufzugeben.**

**Wie weiter?**

**Kinder und Suchtgefahren, M. Klein, Schattauer, 2008**

**Familie und Sucht, eine systemische Betrachtung, R. Klein,  
in Berauschte Sucht, Carl Auer Verlag, 2008**

**Kinder aus alkoholbelasteten Familien, M. Zobel, Hogrefe,  
2006**

**Children of Alcoholics, Chicago, 1991, University of  
Chicago Press, Chicago**

**Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of  
alcoholics 1992, VE Pollock, AmJ Psychiatry**

**Resilience among youth growing up in substance-abusing  
families. J Child Adlesc Subst Abuse 1995**

**Danke für Ihre Aufmerksamkeit**

