



Koopmann • Krisam

Suchtkranke Eltern

Abstinenz und Erziehungskompetenzen
ressourcenorientiert fördern



BELTZ



© privat

Prof. Dr. med. Anne Koopmann ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberärztin in der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Ihr klinischer und Forschungsschwerpunkt liegt seit einigen Jahren in der Entwicklung und Evaluation neuer Versorgungskonzepte für sucht- und psychisch kranke Eltern.



© privat

Yvonne Krisam ist Assistenzärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Seit einigen Jahren begleitet sie in einem klinischen Setting suchterkrankte Eltern. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt in der Versorgung Sucht-Erkrankter mit spezifischen Anforderungen an die Therapie u. a. im Rahmen einer Elternschaft.

Prof. (apl.) Dr. med. Anne Koopmann
Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5 · 68159 Mannheim
E-Mail: anne.koopmann@zi-mannheim.de

Yvonne Krisam
Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5 · 68159 Mannheim
E-Mail: yvonne.krisam@zi-mannheim.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28959-7 Print
ISBN 978-3-621-28960-3 E-Book (PDF)

1. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Umschlagbild: © Getty Images/jacoblund
Herstellung: Uta Euler
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort	9
1 Einführung	11
1.1 Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen bei Eltern	11
1.2 Auswirkungen substanzbezogener Störungen auf Familien	12
1.3 Risikoprofil der Kinder von Eltern mit substanzbezogener Störung	15
1.4 Entwicklung der Kinder von suchterkrankten Eltern	16
1.5 Abstinenz und Elternschaft	17
2 Therapie für Eltern mit substanzbezogenen Störungen oder abhängigem Verhalten	19
2.1 Indikation	19
2.2 Struktur der Therapie	20
2.3 Voraussetzungen	21
2.4 Allgemeiner Aufbau der Sitzungen	23
3 Behandlungsmanual	25
3.1 Sitzung 1: Einführung in das Thema und Gruppentherapien	26
3.2 Sitzung 2: Achtsamkeit Teil 1	30
3.3 Sitzung 3: Achtsamkeit Teil 2	37
3.4 Sitzung 4: Entspannungsverfahren Teil 1	43
3.5 Sitzung 5: Entspannungsverfahren Teil 2	49
3.6 Sitzung 6: Kindliche Grundbedürfnisse Teil 1	55
3.7 Sitzung 7: Kindliche Grundbedürfnisse Teil 2	63
3.8 Sitzung 8: Umgang mit Suchtverlangen und Gefühlen Teil 1	68
3.9 Sitzung 9: Umgang mit Suchtverlangen und Gefühlen Teil 2	73
3.10 Sitzung 10: Umgang mit Suchtverlangen und Gefühlen Teil 3	77
3.11 Sitzung 11: Skillsketten	82
3.12 Sitzung 12: Sicherheit im Rückfall	87
3.13 Sitzung 13: Stress als Auslöser für Rückfälle	92
3.14 Sitzung 14: Meilensteine der kindlichen Entwicklung	99
3.15 Sitzung 15: Kommunikation in der Familie	105
3.16 Sitzung 16: Kommunikation in der Familie Teil 2	111
3.17 Sitzung 17: Konflikte und Rückfall	117
3.18 Sitzung 18: Regeln in der Familie	123
3.19 Sitzung 19: Krisen in der Familie	128
3.20 Sitzung 20: Soziale Netzwerke	134
3.21 Sitzung 21: Zwischenmenschliche Fertigkeiten	138
3.22 Sitzung 22: Gesunde Ernährung	142
3.23 Sitzung 23: Selbstfürsorge	146
4 Evaluation	151

Vorwort

Elternschaft markiert den Beginn eines neuen und bedeutsamen Kapitels im Leben eines Menschen. Neben Glück und Erfüllung ist sie mit einem hohen Maß an Veränderung der Routinen der neuen Eltern verbunden, begleitet von unbekanntem Herausforderungen und der Übernahme von Verantwortung für eine andere Person. Selbst Eltern mit einer ausgeprägten psychischen Belastbarkeit stoßen durch den veränderten Alltag teilweise an ihre Grenzen. Wird die Familie zudem durch die Suchterkrankung eines oder beider Elternteile belastet, kommt es im Familienalltag oft zu konflikthaften und herausfordernden Situationen. In der ambulanten sowie stationären Suchtbehandlung wird leider viel zu selten auf das Thema Elternschaft und die damit verbundenen Herausforderungen eingegangen. Die elterliche Suchterkrankung hat aber nicht nur Auswirkungen auf die Betroffenen selbst, sondern insbesondere auf ihre Kinder. So reagieren insbesondere Kinder sensibel auf die erlebte Instabilität durch Konsumphasen und erleben eine hohe emotionale Belastung und Hilflosigkeit. Auf der anderen Seite beeinflussen familiäre Konflikte und Überlastung durch die Erziehungsaufgaben die elterliche Fähigkeit zur Abstinenzaufrichterhaltung negativ. Es entsteht also für die gesamte Familie ein Teufelskreis, aus dem sie nur schwer ohne professionelle Hilfe entkommen kann, der aber große Auswirkungen auf ihren Alltag hat. Den professionellen Behandler:innen im Suchthilfesystem kann einerseits jedoch der Mut fehlen, auch Erziehungsthemen in ihren Therapien zu behandeln. Andererseits fehlt es den professionellen Betreuer:innen aus der Jugendhilfe oft an Wissen zu suchtherapeutischen Themen.

Das vorliegende Manual stellt ein Therapieprogramm vor, mit dem Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und gleichzeitig in ihrer Abstinenzfähigkeit unterstützt werden sollen. Es beinhaltet sowohl Materialien zur Gestaltung der gruppentherapeutischen Sitzungen als auch für eine einzeltherapeutische Arbeit mit den betroffenen Müttern und Vätern. Das Therapieprogramm wurde primär für den ambulanten Therapiesektor konzipiert, kann aber auch im stationären Behandlungsbereich eingesetzt werden. Durch eine modulare Aufteilung und das halboffene Gruppenkonzept, können die betroffenen Eltern zeitnah nach Kontaktaufnahme in das Programm integriert werden und gleichzeitig ist eine vertraute Gruppenatmosphäre möglich. Die Themen der einzelnen Sitzungen wurden anhand jahrelanger Erfahrung in der Betreuung dieser Zielgruppe basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz ausgewählt. Zielgruppe sind sowohl Väter als auch Mütter mit einer Suchterkrankung bzw. einem schädlichen Substanzgebrauch sowie Schwangere und werdende Väter.

Neben der Darstellung der inhaltlichen Konzeption der einzelnen Therapiesitzungen, den für die Therapiesitzungen notwendigen Arbeitsmaterialien, praktischen Tipps für die Durchführung enthält dieses Manual eine kurze Evaluation des Gruppentherapieprogramms an den Pilotstandorten.

Wir hoffen, Ihnen so eine gute Grundlage für die Anwendung dieses Therapieprogramms in der Behandlung der betroffenen Eltern geschaffen zu haben, und wünschen Ihnen viel Spaß bei der Lektüre dieses Buches und der Arbeit mit den betroffenen Familien.

Mannheim, im September 2024

Yvonne Krisam und & Anne Koopmann

- 1.1 Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen bei Eltern
- 1.2 Auswirkungen substanzbezogener Störungen auf Familien
- 1.3 Risikoprofil der Kinder von Eltern mit substanzbezogener Störung
- 1.4 Entwicklung der Kinder von suchterkrankten Eltern
- 1.5 Abstinenz und Elternschaft

1.1 Häufigkeit von substanzbezogenen Störungen bei Eltern

In Deutschland leben ca. 2 Millionen Kinder mit mindestens einem Elternteil, welcher an einer substanzbezogenen Störung leidet, zusammen (Berndt et al., 2017). Mit 90 % aller erfassten substanzbezogenen Störungen ist die Alkoholabhängigkeit die häufigste Erkrankung der Eltern. Unter Einbezug des riskanten Alkoholkonsums der Eltern beläuft sich die Anzahl der betroffenen Kinder auf knapp 6 Millionen (Manz et al., 2012).

Gemäß einer Stellungnahme der deutschen Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. ist von 60.000 opiatabhängigen Vätern und Müttern in Deutschland auszugehen (NACOA Deutschland, 2006). Belastbare, auf Deutschland bezogene Zahlen zur Prävalenz von Elternschaft und der Anzahl an Kindern, welche in Haushalten mit mindestens einem Elternteil mit einem regelmäßigen Konsum von anderen illegalen Drogen leben, gibt es hingegen nicht. Gerade in der Gruppe der Konsumenten illegaler Drogen ist von einer verhältnismäßig hohen Dunkelziffer an nicht erfasster Elternschaft auszugehen, da die betroffenen Mütter und Väter aus Angst vor Konsequenzen durch die Jugendhilfe bzw. die Jugendämter, wie z. B. Inobhutnahme des Kindes, Elternschaft im suchttherapeutischen Behandlungskontext nur auf konkrete Nachfrage offenlegen und diese vielfach unterbleibt.

Wissenschaftliche Daten zu Elternschaft bei substanzbezogenen Störungen

Wissenschaftliche Untersuchungen zu den Auswirkungen von substanzbezogenen Störungen auf die Ausübung der Elternrolle wurden bisher fast ausschließlich für die alkoholbezogenen Störungen durchgeführt. Um die Effekte von substanzbezogenen Störungen auf die Elternschaft bei Konsument:innen von illegalen Drogen oder bei Eltern mit einer Abhängigkeit bzw. einem Missbrauch von Medikamenten abschätzen zu können, wird häufig auf diese Daten zurückgegriffen (Sack et al., 2022). Eine solche Extrapolation erscheint legitim, da die Symptomatik substanzbezogener Störungen und die damit einhergehenden Lebensumstände oft unabhängig von der konsumierten Substanz ähnlich sind und vergleichbare Auswirkungen auf die psychosoziale Situation haben. In der Literatur zeigen sich darüber hinaus ähnliche psychosoziale Auswirkungen von elterli-

chen psychischen Erkrankungen und substanzbezogenen Störungen auf die Familie und insbesondere auf die Kinder (Lenz, 2009). So fand Lenz (2009), dass sowohl Mütter und Väter mit einer psychischen Erkrankung als auch mit einer substanzbezogenen Störung Anhaltspunkte für eine eingeschränkte Fähigkeit zur Übernahme der Erziehungsaufgabe sowie eine erhöhte Belastung durch die aktuellen Lebensumstände zeigten.

Die Zahlen zu Fremdunterbringungen von Kindern aus suchtblasteten Familien belegen, dass Eltern mit einer substanzbezogenen Störung häufig nicht mehr zur Versorgung ihrer Kinder in der Lage sind und die Kinder daher fremduntergebracht werden müssen, entweder im Rahmen einer Verwandtschaftspflege bei anderen Familienangehörigen oder in einer Pflegefamilie oder Jugendhilfeeinrichtung (Klein et al., 2016). So konnten Klein et al. (2016) zeigen, dass 26,6% der Kinder von Eltern mit einer Methamphetaminabhängigkeit in Verwandtschaftspflege betreut werden. Insgesamt befanden sich 34,9% der Kinder aus diesen Familien in einer Fremdunterbringung; 19,3% lebten bei dem nicht-betroffenen Elternteil.

1.2 Auswirkungen substanzbezogener Störungen auf Familien

Die Auswirkungen substanzbezogener Störungen auf die soziale Situation der Familie können unterteilt werden in substanzspezifische Effekte, welche je nach konsumierter Substanz variieren, und allgemeinen konsum-assoziierten Effekten. So konnten Haverfield et al. (2016) beispielsweise zeigen, dass die innerfamiliäre Kommunikationsdynamik abhängig von der Schwere der substanzbezogenen Störung bei gleicher konsumierter Substanz unterschiedlich stark gestört ist. Moesgen et al. (2017) wiederum fanden unterschiedliche, substanzspezifische Verhaltensänderungen – den Substanzeffekt – wie Aggressivität und Affektlabilität bei übermäßigem Alkoholkonsum, Apathie und Sedierung bei Opioidintoxikation, Agitiertheit und »Punding« (zwanghaftes Ausführen und Wiederholen von Handlungen wie z. B. Ein- und Aussortieren von Schubladen) bei Methamphetaminkonsum. Diese spezifischen Substanzeffekte führen bei regelmäßigem Substanzkonsum zu dauerhaften Verhaltensänderungen der Konsument:innen und wirken sich somit auf die innerfamiliären Interaktionen aus.

Gemäß der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen [KKG] (2022) zu substanz-unspezifischen Einflüssen von substanzbezogenen Störungen auf die soziale Situation in suchtblasteten Familien rücken die Kinder infolge der Priorisierung des Suchtmittels in den Hintergrund; ihren Bedürfnissen wird damit weniger Aufmerksamkeit geschenkt und seltener adäquat nachgekommen und die Erziehung wird vernachlässigt.

Mit substanzbezogenen Störungen bei Müttern und Vätern sind neben den vorgenannten Risiken eine Vielzahl weiterer Risiken für soziale Belastungen der Kinder assoziiert. So fanden Klein et al. (2006) Risiken wie z. B. verstärkte Armut, Kindesvernachlässigung, erhöhte Quoten alleinerziehender Mütter, häufigere Trennungen bzw. Scheidungen der Eltern, Arbeitslosigkeit, Kriminalität und Strafverfolgung der Eltern, psychische Komorbidität der Eltern, negative Auswirkungen des zusätzlichen Konsums

anderer Substanzen, Gefahren der Vergiftung und Unfälle im elterlichen Haushalt für die Kinder, mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern aufgrund eigener Vernachlässigung in der Kindheit, Schulversagen des Kindes und wechselnde Fremdunterbringungen des Kindes.

Nach einer Studie von Bohus et al. (1998) gaben 36 % der befragten psychisch kranken Eltern an, dass sie das derzeitige soziale Unterstützungssystem für ihre Kinder als unzureichend ansehen. In Familien mit einem suchterkrankten Elternteil herrschen insbesondere bei dem Konsum von illegalen Drogen außerdem schlechte finanzielle und materielle Bedingungen vor, welche sowohl eine Herausforderung für die Existenzsicherung darstellen als auch Beschaffungskriminalität begünstigen (Hogan, 1998; Klein et al., 2016a). Die Konfrontation mit den kriminellen Verhaltensweisen der Eltern wie auch das Aufwachsen in einem kriminellen Milieu sind für die Kinder oft mit körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen verbunden (Calhoun et al., 2015).

Des Weiteren haben Mütter und Väter mit einer substanzbezogenen Störung häufig wechselnde Partnerschaften (siehe z. B. Waldron et al., 2013: dreifach erhöhte Trennungswahrscheinlichkeit bei Eltern mit substanzbezogener Störung), wodurch die Bezugspersonen der Kinder oft wechseln, was diesen den Bindungsaufbau zu den erwachsenen Bezugspersonen erschwert (Klein et al., 2018). Zudem wird für Kinder aus suchtblasteten Familien aufgrund von Stigmatisierung und Marginalisierung der Zugang zu außerfamiliären sozialen Unterstützungsangeboten erschwert (Klein & Dyba, 2016). Sie ziehen sich aus Furcht vor Vorurteilen gegenüber ihren Eltern zurück und leiden teilweise aufgrund tatsächlich existierender Vorurteile unter Mobbing (Huber, 2022).

Darüber hinaus müssen Kinder aus suchtblasteten Familien häufig in gesundheitsschädlichen Bedingungen aufwachsen. So fanden sich Daten von Messina und Jeter (2012) zufolge in 92 % der Haushalte mit einem Methamphetamin-Labor, aus denen Kinder in Obhut genommen wurden, mangelhafte hygienische Zustände und toxische Substanzen für die Metamphetaminherstellung wurden in Kindesnähe gelagert.

Veränderte soziale Dynamik

Kinder in suchtblasteten Familien erleben vermehrt familiären und elterlichen Streit (Rounsaville et al., 2014). Durch suchttherapeutische Behandlung der elterlichen Abhängigkeitserkrankung lassen sich diese Konflikte jedoch deutlich reduzieren. So konnte beispielsweise bei Eltern mit einer alkoholbezogenen Störung durch Abstinenz eine Verringerung der Frequenz von familiären und elterlichen Streitigkeiten nach sechs Monaten erreicht werden, die anstieg, wenn die Eltern den Alkoholkonsum wieder für über ein Jahr aufnahmen (Rounsaville et al., 2014).

Die familiären oder elterlichen Konflikte enden teilweise mit körperlicher Gewalt gegenüber den Kindern. Velleman et al. (2018) zeigten beispielsweise, dass Kinder aus suchtblasteten Familien deutlich häufiger Gewalt erlebten als Kinder aus der Kontrollgruppe. Jeder zehnte Übergriff führte zusätzlich aufgrund der Schwere zu Fehlzeiten in der Schule, einem Arztbesuch oder anhaltenden körperlichen Schmerzen.

Des Weiteren zeigen Eltern mit substanzbezogenen Störungen häufig ein sehr wechselhaftes Erziehungsverhalten, je nachdem, ob sie sich aktuell in einer Konsum- oder

abstinenten Phase befinden (Sack et al., 2022). Eine besonders ausgeprägte, einengende Nähe der Eltern kann plötzlich in emotionale Distanz, Abgrenzung und laute Konflikte umschlagen. Durch dieses unberechenbare Verhalten der Eltern fehlt den betroffenen Kindern eine konsequente Orientierungsmöglichkeit und Stabilität (Klein et al., 2017). Bei übermäßiger emotionaler Distanz wird die kindliche Entwicklung durch fehlende positive Verstärkung über Zuspruch und Wertschätzung durch die Eltern beeinträchtigt (Mattejat & Remschmidt, 2008).

Besonders stark zeigen sich diese Auswirkungen bei alleinerziehenden Müttern bzw. Vätern, da weder das Kind noch der suchterkrankte Elternteil Unterstützung durch eine gesunde Bezugsperson erhalten (Klein 2007). In Familien mit einem gesunden Elternteil kann die ungünstige soziale Dynamik durch dessen Verhalten ausgeglichen und stabilisiert werden (Haverfield et al., 2016).

Intoxikierte Bezugspersonen

Eine mit der akuten Intoxikations- und Entzugssymptomatik des betroffenen Elternteils verbundene, erhöhte Affektlabilität ist für Kinder häufig mit negativen Erfahrungen im sozialen Umgang verbunden (Klein, 2018). Das Ausmaß der Effekte auf die Kinder wird sowohl von der Dauer bzw. Häufigkeit als auch der Intensität der Exposition mit der intoxikierten Bezugsperson beeinflusst. So werden zum Beispiel normalerweise positiv empfundene Familienerlebnisse, wie z. B. Familienfeiern und Feiertage, von Kindern alkoholabhängiger Mütter oder Väter besonders negativ erlebt (Klein, 2001).

Des Weiteren kann der offene Konsum der Eltern – insbesondere bei Alkohol oder Drogen – bei den Kindern zu einer Verharmlosung des Konsums dieser Substanzen führen (Moesgen et al., 2017).

Vernachlässigung der Erziehungsaufgaben

Das Wahrnehmen der Erziehungsaufgaben und die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Kinder fällt Eltern mit substanzbezogenen Störungen aufgrund einer chronischen Überlastung durch die eigene Lebenssituation zunehmend schwerer (Backett-Milburn et al., 2008; Dirks & Heinrichs, 2012). Klein et al. (2016) konnten hierzu zeigen, dass sich 14,3 % der Eltern mit substanzbezogenen Störungen als unfähig ansahen, ihre Kinder zu versorgen. Zusätzlich beobachteten die befragten Eltern an sich Impulsivität und Unberechenbarkeit (28,6 %), emotionale und physische Distanzierung (21,4 %), sowie aggressives Verhalten (14,3 %), was das Risiko einer aktiven Schädigung durch Misshandlung oder Vernachlässigung birgt.

Parentifizierung

Von Parentifizierung spricht man bei einer inadäquaten Verantwortungsübernahme eines Kindes für seine Mutter bzw. seinen Vater (Lenz, 2014). Allerdings können Verantwortungsübernahme und die damit verbundene Selbstwirksamkeitserfahrung für Kinder auch Resilienzfaktoren gegenüber einschneidenden und tragischen Ereignissen darstellen. Die Grenzziehung zwischen einer förderlichen Verantwortungsübernahme und der Parentifizierung gestaltet sich im Alltag mitunter schwierig (Franz et al., 2012). So gaben 50 % aller von Parentifizierung betroffenen, inzwischen erwachsenen Kinder

an, dass sie sich um die Grundbedürfnisse anderer Familienmitglieder, wie z. B. Wäsche waschen und Kochen, kümmern mussten (Backett-Milburn et al., 2008). Ebenso übernahmen sie Verantwortung für die Eltern, indem sie darauf achteten, dass diese sich im intoxikierten Zustand nicht verletzen.

Bei der emotionalen Parentifizierung nehmen die Kinder eine supportive Rolle für die Eltern ein, indem sie z. B. emotionalen Beistand für einen Elternteil bei dessen Problembewältigung leisten (Schier et al., 2011). Selbst wenn Kinder parentifiziertes Verhalten nach einer Therapie des suchterkrankten Elternteils ablegen können, ist die Wahrscheinlichkeit einer erneuten vermehrten Verantwortungsübernahme bei einem elterlichen Rückfall erhöht.

1.3 Risikoprofil der Kinder von Eltern mit substanzbezogener Störung

Suchterkrankte Eltern unterscheiden sich in ihrem Erziehungsstil und die betroffenen Familien in ihrer individuellen sozialen Situation, weshalb sich Risikofaktoren nicht für alle Kinder jeder Familie, jeder Altersgruppe und jedes Geschlechts generalisieren lassen (Rutter, 1987). Bei Kindern aus suchtbelasteten Familien besteht eine vererbte Vulnerabilität gegenüber Stress und für substanzbezogene Störungen (Crist et al., 2019; Lenz, 2009; Matthejat & Remschmidt, 2008). Gleichzeitig sind sie oft ungünstigen sozialen Lebensumständen ausgesetzt. Das Wechselspiel dieser beiden Faktoren führt bei den betroffenen Kindern zu einer besonderen Risikokonstellation, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

(1) Risiko für psychische und verhaltensbezogene Auffälligkeiten bei Kindern. Kinder, welche bei Eltern mit einer psychischen bzw. Abhängigkeitserkrankung leben, zeigen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung vermehrt psychische und verhaltensbezogene Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer et al., 2007). So haben Kinder von suchterkrankten Eltern ein um 69% erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken (Fuller-Thomson et al., 2013). Auch das Risiko für die Entwicklung von hyperkinetischen Störungen (Kendler et al., 2016), Angststörungen (MacPherson et al., 2001) und anderen psychischen Erkrankungen (Leijdesdorff et al., 2017) erhöht sich.

(2) Risiko für substanzbezogene Störungen. Ulrich et al. (2010) konnten zeigen, dass Kinder von suchterkrankten Eltern ein 2,4-fach höheres Risiko haben, selbst eine substanzbezogene Störung zu entwickeln. Dieses Risiko ist abhängig von der elterlichen substanzbezogenen Störung und ist höher, wenn beide Eltern an einer solchen Störung leiden (Klein, 2007). So wiesen Hussong et al. (2012) nach, dass Kinder von Eltern mit substanzbezogenen Störungen schneller als Kinder aus unbelasteten Familien vom ersten Konsum alkoholischer Getränke in einen problematischen Alkoholkonsum abrutschen. Zudem machen Kinder von Eltern mit alkoholbezogener Störung früher als Kinder aus unbelasteten Familien erste Rauscherfahrungen unter Alkoholkonsum und beginnen drei Mal häufiger bereits im 14. Lebensjahr zu konsumieren (Waldron et al., 2014; Wong et al., 2006).

Teufelskreislauf Familieninteraktion

Durch den Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenkonsum der Eltern entstehen für die Kinder eine Vielzahl belastender Faktoren, womit teilweise verhaltensbezogene Auffälligkeiten bei den Kindern einhergehen. Diese erhöhen oftmals die elterliche Belastung (Haverfield et al., 2016; Kölch & Schmid, 2008). So konnte eine Studie von Klein et al. (2016) bei Methamphetamin-konsumierenden Eltern zeigen, dass 78,6 % der Eltern vor allem zur Bewältigung von Stress und Überforderung Drogen konsumierten. Durch die Zunahme der Erziehungsprobleme bei elterlichem Stress und Drogenkonsum entsteht somit ein Teufelskreis (Kölch & Schmid, 2008).

1.4 Entwicklung der Kinder von suchterkrankten Eltern

Abhängig von der Schwere der elterlichen Abhängigkeitserkrankung und den daraus resultierenden Verhaltensänderungen der Mütter bzw. Väter und den altersabhängigen unerfüllten Bedürfnissen der Kinder kann es zu verschiedenen Entwicklungsdefiziten bei den Kindern kommen (Achermann et al., 2006; Mattejat & Remschmidt, 2008; Petermann & Petermann, 2006). Die aufgrund von Entwicklungsdefiziten mangelhaft ausgebildeten Coping- und Emotionsregulationsstrategien der Kinder verschärfen wiederum die ohnehin erschwerte Entwicklung im weiteren Leben der Kinder unabhängig von der Erziehungs- und Bezugsperson (Modecki et al., 2017). So leiden beispielsweise Kinder von Eltern mit alkoholbezogener Störung an Aufmerksamkeitsstörungen und mangelnder Motivation, was zu schlechteren schulischen Leistungen führt (Klein, 2018a; Serec et al., 2012). In der Folge können aggressive verhaltensbezogene Auffälligkeiten auftreten, welche sowohl die Kinder als auch die Lehrkräfte an der Bewältigung zugrunde liegender Probleme hindern und damit die schulischen Leistungsdefizite verstärken (Achermann et al., 2006). Des Weiteren kann sich eine möglicherweise vorhandene psychische Erkrankung des Kindes zusätzlich auf dessen Lernverhalten auswirken (Brockmann, 2014).

Kinder mit verhaltensbezogenen Auffälligkeiten erfahren im schulischen Kontext oftmals Ausgrenzung und soziale Marginalisierung (Achermann et al., 2006). Das Risiko der Isolierung kann auch durch altersuntypisches Verhalten, welches Kinder von suchterkrankten Eltern aufgrund der frühen Verantwortungsübernahme innerhalb der Familie zeigen, erhöht werden (Dirks & Heinrichs, 2012). Darüber hinaus trägt die gesellschaftliche Stigmatisierung zu einer sozialen Isolierung betroffener Kinder bei (Moesgen et al., 2017).

In einer Umfrage unter Kindern von Eltern mit substanzbezogener Störung stellten Templeton et al. (2009) hingegen fest, dass ein größeres soziales Netzwerk zur Resilienz beiträgt.

Aufbau von Resilienz der Kinder

Unter Resilienz wird die Fähigkeit verstanden, unter Druck, an Widerständen und Herausforderungen nicht zu zerbrechen, sondern sich als widerstandsfähig zu erweisen (Lenz, 2009; Rutter, 1987). Resilienz lässt sich in persönliche, soziale und familiäre Re-

silienz unterteilen (Lenz, 2014). Die persönliche Resilienz wird beeinflusst durch Faktoren wie Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit und Moral (Wolin, 1995), welche durch die Prägung über das familiäre und soziale Umfeld während der Kindheit modifiziert wird. Zu den sozialen und familiären Resilienzfaktoren zählen ein warmes und emotional einfühlsames Verhalten der Eltern gegenüber den Kindern (Ulrich et al., 2010), Anerkennung (Schier et al., 2011), eine gesunde Paarbeziehung der Eltern sowie ein offener Umgang mit der Suchterkrankung und eine kindgerechte Vermittlung der damit einhergehenden sozialen Herausforderungen (Röhrle & Christiansen, 2009).

Wong et al. (2006) wie auch Klein (2018) zeigten, dass hohe Resilienz bei Kindern von suchterkrankten Eltern mit einer guten Verhaltenskontrolle einhergeht und das Risiko für eigenen Drogenkonsum verringert. Der Aufbau von Resilienz ist daher regelmäßiger Bestandteil in psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen.

1.5 Abstinenz und Elternschaft

Unter Abstinenz wird eigentlich die absolute Enthaltensamkeit von suchterzeugenden Substanzen, wie z. B. von Alkohol, verstanden. Das Therapieziel »absolute Abstinenz« kann jedoch von den meisten Suchterkrankten nur schwer ein Leben lang eingehalten werden, weshalb seit Längerem auch eine Therapie mit dem Ziel der Verringerung des Schweregrades von Abstinenzverletzungen angeboten wird. In der psychotherapeutischen Arbeit ist es deshalb zentral, die Bedingungen zu definieren, die Suchterkrankten eine abstinente Lebensführung ermöglichen.

Eine Suchterkrankung, aber vor allem das gleichzeitige Auftreten von psychischer Erkrankung und Suchterkrankung, hat zur Folge, dass die Erziehungsfähigkeit der Eltern deutlich beeinträchtigt ist (Abschlussbericht der Arbeitsgemeinschaft Kinder psychisch und suchtkranker Eltern, 2020). Gleichzeitig stellen familiäre Konflikte und Schwierigkeiten in der Kindererziehung Risikofaktoren für Rückfälle dar bzw. verkomplizieren eine dauerhafte Aufrechterhaltung von Abstinenz.

Behandlungsmöglichkeiten

Das Suchthilfesystem in Deutschland ermöglicht betroffenen Müttern und Vätern grundsätzlich zwar flächendeckend einen guten Zugang zu wissenschaftlich evaluierten Therapieprogrammen, sowohl im Akut- als auch im Rehabilitationsbereich (Kiefer et al., 2020). Die bisher verfügbaren evidenzbasierten Therapien fokussieren jedoch überwiegend auf die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung bei den betroffenen Patient:innen selbst bzw. beziehen nur erwachsene Angehörige in die Therapie ein.

Hingegen existieren in Deutschland nur wenige therapeutische Programme, welche sich speziell an suchterkrankte Eltern richten. Hierzu zählen die Erziehungsprogramme MUT! (Mütter-Unterstützungs-Training; Römer et al., 2006) und SHIFT bzw. SHIFT Plus (Suchthilfe Familientraining; Klein et al., 2019). In allen Programmen soll die elterliche Erziehungskompetenz gestärkt werden. Sie zielen jedoch nur auf die Arbeit an Erziehungsproblematiken im Suchtkontext ab, ohne suchththerapeutische Elemente zu

thematisieren, die Einfluss auf das elterliche Konsumverhalten nehmen, wie den Umgang mit Suchtdruck oder alternative Strategien bei Suchtdruck.

Die stationäre Akutbehandlung von suchterkrankten Eltern beschränkt sich aufgrund fehlender Versorgungsmöglichkeiten für die Kinder oft auf eine wenige Tage dauernde Entgiftungsbehandlung bzw. eine qualifizierte Entzugsbehandlung, falls sich die Eltern auf eine bis dreiwöchige Behandlung ohne Kind einlassen können. Eine Aufnahme der Eltern gemeinsam mit dem Kind in der Entzugsklinik wird in Deutschland bisher nicht angeboten. Im Bereich der Rehabilitationsbehandlung gibt es zwar einzelne Rehabilitationseinrichtungen, die suchterkrankte Mütter und Väter mit ihren Kindern aufnehmen und eine familienorientierte Therapie anbieten, eine flächendeckende Versorgung ist hier jedoch auch nicht gegeben. Des Weiteren ist eine Aufnahme von Eltern mit einem schädlichen Substanzkonsum ohne die Diagnose einer Abhängigkeit in suchtmedizinische Rehabilitationsbehandlungen aufgrund einer fehlenden Finanzierung nicht möglich. Auch ist die Akzeptanz, eine rehabilitative Einrichtung aufzusuchen, besonders bei einer beginnenden Abhängigkeitserkrankung, sehr gering. Somit kommen viele Eltern in einem frühen Stadium der Erkrankung nicht bei entsprechenden professionellen Hilfsangeboten an. Deshalb wäre es sehr wichtig, im ambulanten Sektor der Akutbehandlung bzw. in den wohnortnahen Suchtberatungsstellen derartige Hilfsangebote zu implementieren, damit suchterkrankte Eltern wohnortnah über einen längeren Zeitraum therapeutisch begleitet werden und dabei in den Familienalltag eingebunden bleiben können.

Inhaltliche Ausrichtung dieses Therapiemanuals

Das hier vorgelegte STAERKE-Therapieprogramm (Suchttherapeutisches Akutprogramm zur ressourcenorientierten Kompetenzstärkung in der Erziehung) ist ein ambulantes Psychotherapieangebot für Eltern mit einer Abhängigkeitserkrankung oder einem schädlichen Substanzgebrauch, das sowohl Elemente der suchtmedizinischen Behandlung zur Erreichung einer stabilen Abstinenz als auch Elemente, welche die elterlichen Erziehungsfähigkeiten stärken, beinhaltet. Das Programm ist als sechsmonatiges kombiniertes Angebot mit wöchentlichen gruppen- und einzeltherapeutischen Sitzungen konzipiert. Die Durchführung ist sowohl in Klinikambulanzen, Psychotherapiepraxen als auch in Suchtberatungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen möglich.

Ziel des STAERKE-Therapieprogramms ist es, die betroffenen Mütter und Väter beim Erlangen und Aufrechterhaltung der Abstinenz bei substanzbezogenen Störungen und Verhaltenssüchten zu unterstützen und ihre Erziehungskompetenz zu verbessern. In den folgenden Kapiteln finden Sie eine Einführung in die notwendigen organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung des STAERKE-Therapieprogramms sowie den inhaltlichen Aufbau der einzelnen Therapiesitzungen.

- 2.1 Indikation
- 2.2 Struktur der Therapie
- 2.3 Voraussetzungen
- 2.4 Allgemeiner Aufbau der Sitzungen

2.1 Indikation

Das STAERKE-Psychotherapieprogramm richtet sich an Mütter und Väter mit einer Abhängigkeitserkrankung oder einem schädlichen Substanzgebrauch.

Die Elternrolle ist nicht nur auf die leiblichen Eltern beschränkt, sondern schließt alle betreuenden Personen, die Eltern-Verantwortung für ein oder mehrere Kinder übernehmen, ein. Voraussetzung für die Programmteilnahme sollte allerdings sein, dass die teilnehmenden Personen regelmäßigen Kontakt zu den Kindern haben. Auch werdende Väter und Schwangere können an dem Programm teilnehmen.

Inhaltlich ist das STAERKE-Psychotherapieprogramm für Eltern/ Betreuungspersonen von Kindern bis zum zwölften Lebensjahr konzipiert, weshalb es auch empfehlenswert ist, dass die Kinder der teilnehmenden Eltern in ungefähr diesem Alter sind.

Die Dauer der Therapie beträgt 24 Wochen. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme am STAERKE-Therapieprogramm ist, dass die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Therapie abstinent sind oder zumindest eine Punktabstinenz für die Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen erreichen können. Während der Gruppen- und Einzelsitzungen können zusätzlich Kontrollen der Abstinenz wie Atemalkoholkontrollen oder Drogenurinkontrollen durchgeführt werden.

Darüber hinaus sollten bei den Teilnehmenden ausreichende deutsche Sprachkenntnisse und ein ausreichendes Sprachverständnis vorhanden sein, um alle Inhalte zu verstehen und an den Gruppengesprächen mitwirken zu können. Des Weiteren sollte es den Teilnehmenden trotz ihrer Abhängigkeitserkrankung bzw. ihrer psychischen Erkrankung möglich sein, einer 45-minütigen Gruppentherapie problemlos zu folgen. Die Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass dies insbesondere Patient:innen mit einer akuten psychotischen Symptomatik oft nicht möglich ist, daher empfehlen wir, diese zunächst nur in der Einzeltherapie zu behandeln. Ebenso erscheint es aufgrund der Erfahrungen aus der Praxis nicht empfehlenswert, Mütter und Väter, die unter starken lebensmüden Gedanken oder Suizidgedanken leiden, in das Gruppentherapieangebot zu integrieren. Ihnen sollte in der Krisensituation zunächst ausschließlich eine Einzelthe-

rapie angeboten werden. Beide Patientengruppen können nach Besserung der akuten Symptomatik (wieder) in das Gruppentherapiessetting integriert werden.

2.2 Struktur der Therapie

Nachfolgend wird beschrieben, wie die Therapie aufgebaut ist und aus welchen Bausteinen (Einzel- und Gruppentherapie) sie besteht. Die Dauer des gesamten Therapieangebotes umfasst 24 Wochen, in denen wöchentlich Einzel- und Gruppentherapie angeboten wird.

In der Einzel- und Gruppentherapie wird es inhaltlich einerseits darum gehen, Auslöser für Suchtdruck und Rückfälle besser zu verstehen und für den individuellen Alltag der betroffenen Mütter und Väter passende Strategien im Umgang damit zu erarbeiten. Andererseits sollen Anforderungen, die sich aus der Rolle als Mutter bzw. Vater im Alltag mit ihren Kindern ergeben, besprochen und Lösungsstrategien hierfür erarbeitet werden.

Einzeltherapie

Die Teilnehmenden haben die Möglichkeit, wöchentliche psychotherapeutische Einzelgespräche mit den Behandler:innen zu führen; diese dauern 50 Minuten. In diesen Sitzungen können mit den Therapeut:innen Themen vertiefend besprochen werden, die Inhalte aus dem gruppentherapeutischen Angebot nochmals aufgegriffen bzw. intensiviert werden oder auch darüber hinausgehende Dinge mit Bezug zu der individuellen familiären Situation erörtert werden. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf einer individuellen Psychotherapie, insbesondere bei komorbiden Erkrankungen. Diese werden entsprechend den Leitlinien und nach Bedarf manualisiert behandelt.

Zu Beginn der Einzeltherapie bietet es sich an, eine ausführliche Diagnostik auch bezüglich weiterer psychiatrischer Erkrankungen durchzuführen. Neben einer Diagnostik mittels strukturierten klinischen Interviews hat sich die Durchführung des Childhood-Trauma-Questionnaire bewährt, da Traumatisierungen durch psychische und/oder physische bzw. sexuelle Misshandlungen und psychische und körperliche Vernachlässigung in der Kindheit durch intergenerationale Weitergabe auch an die Kinder unserer Patient:innen weitergegeben werden können. Bei Bedarf sollte eine spezifische Traumatherapie initiiert werden.

Gruppentherapie

Der zweite Baustein des STAERKE-Psychotherapieprogramms besteht aus wöchentlichen Gruppentherapiessitzungen, welche jeweils 45 Minuten dauern. Diese finden ebenfalls über einen Zeitraum von 24 Wochen statt und können in die folgenden zwei zwölfwöchigen Abschnitte unterteilt werden:

Anfängergruppe. Die Anfängergruppe beschäftigt sich thematisch mit Achtsamkeit, Entspannung, kindlichen Grundbedürfnissen, dem Umgang mit Suchtdruck und Gefühlen, Skillsketten und der Sicherheit im Rückfall. Somit wird in der Anfängergruppe ein thematischer Schwerpunkt auf das Erreichen bzw. Aufrechterhalten von Abstinenz gelegt.

Fortgeschrittenengruppe. Die Themen der Fortgeschrittenengruppe sind Stress als Auslöser für Rückfälle, Meilensteine der Entwicklung, Kommunikation (in der Familie), Konflikte (und Rückfall), Regeln in der Familie, soziale Netzwerke, zwischenmenschliche Fertigkeiten, Ernährung und Selbstfürsorge. Die in der Fortgeschrittenengruppe erlernten Fertigkeiten sollen die Erziehungskompetenzen der Eltern stärken und Familienstrukturen festigen.

Beide Abschnitte der Gruppentherapie sind in einzelne, thematisch abgeschlossene Module unterteilt, die die genannten Themen aufgreifen. Aufgrund der modularen Gliederung der Gruppentherapie können neue Patient:innen ohne lange Wartezeiten in die Gruppe integriert werden.

2.3 Voraussetzungen

Gruppenleitung

Die Gruppenleitung sollte ausreichend psychotherapeutisch qualifiziert sein und über Erfahrungen in der Durchführung von Gruppentherapien und im Umgang mit suchterkrankten Patient:innen verfügen. Das Therapieprogramm kann sowohl durch psychologische und ärztliche Psychotherapeut:innen als auch Suchttherapeut:innen mit einem sozialpädagogischen Hintergrund durchgeführt werden.

Aufnahme in das Therapieprogramm und Aufklärung

Nach Indikationsstellung gemäß den in Abschnitt 2.1 dargestellten Kriterien können die Teilnehmenden in das STAERKE-Therapieprogramm aufgenommen werden. In der Praxis hat es sich als günstig erwiesen, wenn die Teilnehmenden bereits während einer (teil-)stationären Therapie auf das STAERKE-Therapieprogramm hingewiesen werden und bestenfalls erste Kontakte zu den Therapeut:innen hergestellt werden oder eine probeweise Gruppentherapieeteilnahme erfolgt. Durch diese Maßnahme sinkt die Hemmschwelle der betroffenen Mütter und Väter, in der Folge ambulant an den Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen teilzunehmen.

Wenn die Teilnehmenden die Voraussetzungen zur Teilnahme am STAERKE-Psychotherapieprogramm erfüllen, werden diese über die Gruppenabläufe und -regeln aufgeklärt. Insbesondere wird ausführlich über Dauer, Umfang und Inhalte der Therapie informiert und auch mögliche Nebenwirkungen von Psychotherapie werden besprochen.

Kindeswohlgefährdung

Das Kindeswohl muss zu jedem Zeitpunkt während der Therapie gewährleistet sein, weshalb Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung zu Beginn und im Verlauf der Therapie genauestens nachgegangen werden muss.

Bei Hinweisen auf eine akute Kindeswohlgefährdung sollte dies, wenn möglich, offen mit dem betreffenden Elternteil besprochen und in Absprache mit dem zuständigen Jugendamt das weitere Vorgehen vereinbart werden. Im Rahmen einer solchen Abklärung bietet sich bereits zu Beginn eine anonyme fachliche Beratung durch insoweit er-

fahrene Fachkräfte im Kinderschutz (ieF), die es in jedem Jugendamt gibt, an. Durch die Möglichkeit der anonymen Beratung besteht nicht die Gefahr, dass sich Behandelnde eines Verstoßes gegen die Schweigepflicht schuldig machen. Eine solche Beratung kann somit niederschwellig in Anspruch genommen werden.

Durch ein solches Vorgehen sollte zu jedem Zeitpunkt der Therapie ausgeschlossen werden, dass eine akute Kindeswohlgefährdung besteht. Darüber hinaus sollte auch ausgeschlossen werden, dass eine mittelbare Kindeswohlgefährdung besteht, wenn das Kind während des Therapiezeitraums in der Familie bleibt. Hierfür ist es wichtig, immer wieder mit den betroffenen Müttern und Vätern in einem vertrauensvollen Austausch zu sein, um, wenn möglich, gemeinsam zu entscheiden, inwieweit die Familie Unterstützung durch die Jugendhilfe benötigt.

Zeitliche und räumliche Voraussetzungen

Vor- und Nachbereitungszeit. Um das STAERKE-Psychotherapieprogramm durchführen zu können, sind einige zeitliche und räumliche Voraussetzungen notwendig. Diese umfassen zum einen das Einplanen von ausreichend Vor- und Nachbereitungszeit sowohl für die Einzeltherapiesitzungen als auch die Gruppensitzungen. Dies ist insbesondere für Therapeut:innen wichtig, die noch über wenig Erfahrung in der Durchführung des Programms verfügen. Mit zunehmender Erfahrung können diese Zeiten schrittweise reduziert werden. Die Vor- und Nachbereitungszeit beinhaltet zum einen die Auseinandersetzung mit den inhaltlichen Themen, zum anderen die Bereitstellung von Arbeitsblättern und die Vorbereitung der technischen Hilfsmittel (z. B. Anschluss eines Beamer für die Folien-Präsentationen während der Gruppentherapie).

Räumlichkeiten. Des Weiteren sollten die räumlichen Voraussetzungen in Form eines Gruppenraumes mit ausreichend Platz, Sitzmöglichkeiten und der technischen Ausstattung vorhanden sein. Auch für die Einzelgespräche muss ein Raum eingeplant werden. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, dass in dem Gesprächsraum eine angenehme Atmosphäre herrscht und möglichst wenig Störungen von außen eindringen können. Der Gesprächsraum sollte außerdem keine Gefahrenquellen für Kinder enthalten und möglichst über einige Spielmöglichkeiten für diese verfügen. So kann den Müttern und Vätern bei einem (kurzfristigen) Wegfall der Kinderbetreuung für die Therapiezeit in Ausnahmefällen ermöglicht werden, die Kinder in die Sitzungen mitzubringen bzw. Müttern und Vätern, welche keine Betreuung für die Kinder organisieren können, kann so eine Therapie ermöglicht werden. Eine Mitnahme der Kinder in die Gruppentherapie sollte nur in Einzelfällen unter Organisation einer Beschäftigung dieser Kinder erfolgen.

Videotherapie. Um krankheitsbedingte Ausfallzeiten möglichst gering zu halten, sollte über die Möglichkeit der Videotherapie nachgedacht werden, um ggf. kurzfristig das Gruppentherapieprogramm oder die Einzeltherapiesitzungen mit ausreichendem Datenschutz online durchführen zu können. Hierzu bietet sich die Nutzung entsprechender lizenzierter Videosprechstundensysteme an.

2.4 Allgemeiner Aufbau der Sitzungen

Bevor wir in Kapitel 3 mit dem Behandlungsmanual beginnen, wird nachfolgend der allgemeine Ablauf der Sitzungen und deren Struktur bzw. Elemente beschrieben. Alle Sitzungen sind gleich aufgebaut. Zu den Sitzungen gibt es Präsentationen (PDF), Arbeits- und Informationsblätter sowie Handouts. Arbeitsblätter sind aktivierende Elemente, bei denen die Teilnehmenden in schriftlicher Form bestimmte Themen oder Übungen bearbeiten. Informationsblätter vermitteln grundlegende Informationen zu verschiedenen Themen und die Handouts enthalten jeweils das Thema sowie die Hausaufgaben zu einer Sitzung.

Ziele der Sitzung

Die Ziele der jeweiligen Sitzungen variieren je nach inhaltlichem Fokus. In jeder Sitzung sollen jedoch folgende allgemeine Ziele verfolgt werden:

- ▶ Wissen über die thematische Einheit vermitteln
- ▶ Techniken zur Umsetzung des Themas vermitteln
- ▶ Übungen zum Thema durchführen

Zeitlicher Ablauf

Für eine Gruppensitzung sind 50 Minuten veranschlagt. Der zeitliche Ablauf wird wie folgt gegliedert:

- ▶ Begrüßung der Teilnehmenden und Emotionsblitzlicht (ca. 5 Minuten)
- ▶ Achtsamkeits- oder Entspannungsübung (ca. 5 Minuten)
- ▶ Therapeutische Einheit (ca. 20–25 Minuten)
- ▶ Emotionsblitzlicht und Verabschiedung der Teilnehmenden (ca. 5 Minuten)

Benötigte Materialien

- ▶ Die jeweilige Präsentation zur therapeutischen Einheit
- ▶ Flipchart
- ▶ Sticker für Token-System (erledigte Hausaufgaben und Gruppenteilnahme)
- ▶ Bei einzelnen Sitzungen ggf. Zusatzmaterialien (zum Programm gehörige Arbeits-/ Infoblätter und Handouts)

Sitzungsbausteine

Begrüßung der Teilnehmenden und Emotionsblitzlicht. Die Teilnehmenden geben zu Beginn jeder Sitzung eine kurze Reflexion ihrer aktuellen Stimmung wieder.

Achtsamkeits- bzw. Entspannungsübung. Jede Sitzung beginnt mit einer Achtsamkeits- oder Entspannungsübung, die helfen soll, die Gruppe auf die Therapiesitzung einzustimmen. Hierbei werden immer Übungen vorgestellt, die zuhause leicht und ohne viel Aufwand alleine und gemeinsam mit dem Kind durchgeführt werden können. Ziel ist es, dass die teilnehmenden Eltern ein breites Spektrum an unterschiedlichen Übungen kennenlernen und zu Hause selbstständig (mit oder ohne Kinder) durchführen können.

Auswertung der Hausaufgaben aus der vorigen Sitzung. Nach der Achtsamkeits- und Entspannungsübung folgen die Besprechung und Auswertung der Hausaufgaben der vorhergehenden Sitzung. Alle Teilnehmenden stellen kurz die Hausaufgaben vor, mit einem

Fokus darauf, was besonders gut lief. Weiterhin ist es wichtig, intensiv auf etwaige Schwierigkeiten und Besonderheiten der einzelnen Teilnehmenden einzugehen und ausreichend Zeit für Fragen einzuplanen. Insbesondere bei der Besprechung der individuellen Schwierigkeiten und Besonderheiten ist es wichtig, dass die Therapeut:innen auf eine empathische und wertschätzende Grundhaltung achten. Dies gilt für jede Sitzung bzw. für das gesamte Therapieprogramm, da die teilnehmenden Eltern viel von sich preisgeben, das oft auch von Scham- und Schuldgefühlen besetzt ist.

Rekapitulation der letzten Sitzung. Nach der Besprechung der Hausaufgaben werden nochmals gemeinsam die Inhalte der letzten Sitzung wieder ins Gedächtnis gerufen. Die Teilnehmenden berichten, welche Informationen sie zum entsprechenden Thema mitgenommen haben.

Therapeutische Einheit. Im Rahmen der therapeutischen Einheit erfolgt mittels Präsentationsfolien die Wissensvermittlung zu dem jeweiligen Gruppensitzungsthema. Diese Themen können z. B. sein: Skills, kindliche Grundbedürfnisse oder gesunde Ernährung. Diese theoretischen Elemente werden abgewechselt mit Diskussionen zu diesen Themen innerhalb der Gruppe und mit der Gruppenleitung. Die teilnehmenden Eltern sollen die Möglichkeit haben und dazu eingeladen sein, jederzeit Fragen zu stellen.

Hausaufgaben. Im Anschluss an die therapeutische Einheit der jeweiligen Sitzung folgt die Erläuterung der Hausaufgaben. Diese können darin bestehen, dass die teilnehmenden Eltern ein Arbeitsblatt bearbeiten oder ein Informationsblatt mit Bezug zum Thema der Gruppensitzung durcharbeiten sollen.

Emotionsblitzlicht und Verabschiedung. Zum Abschluss werden die Teilnehmenden erneut zu einem kurzen Emotionsblitzlicht aufgefordert. Dabei ist darauf zu achten, dass niemand die Sitzung in schlechter psychischer Verfassung verlässt. Sollte ein Gruppenmitglied tatsächlich in einer schlechten psychischen Verfassung sein, sollte die Möglichkeit eines kurzen Einzelgesprächs im Anschluss an die Sitzung bestehen. Es ist wichtig, am Ende einer jeden Sitzung die psychische Verfassung der Gruppenmitglieder in den Blick zu nehmen und bei Bedarf Gesprächsmöglichkeiten anzubieten. Die Teilnehmenden werden dann verabschiedet.

3 **Behandlungsmanual**

- 3.1 Sitzung 1: Einführung in das Thema und Gruppentherapien
- 3.2 Sitzung 2: Achtsamkeit Teil 1
- 3.3 Sitzung 3: Achtsamkeit Teil 2
- 3.4 Sitzung 4: Entspannungsverfahren Teil 1
- 3.5 Sitzung 5: Entspannungsverfahren Teil 2
- 3.6 Sitzung 6: Kindliche Grundbedürfnisse Teil 1
- 3.7 Sitzung 7: Kindliche Grundbedürfnisse Teil 2
- 3.8 Sitzung 8: Umgang mit Suchtverlangen und Gefühlen Teil 1
- 3.9 Sitzung 9: Umgang mit Suchtverlangen und Gefühlen Teil 2
- 3.10 Sitzung 10: Umgang mit Suchtverlangen und Gefühlen Teil 3
- 3.11 Sitzung 11: Skillsketten
- 3.12 Sitzung 12: Sicherheit im Rückfall
- 3.13 Sitzung 13: Stress als Auslöser für Rückfälle
- 3.14 Sitzung 14: Meilensteine der kindlichen Entwicklung
- 3.15 Sitzung 15: Kommunikation in der Familie
- 3.16 Sitzung 16: Kommunikation in der Familie Teil 2
- 3.17 Sitzung 17: Konflikte und Rückfall
- 3.18 Sitzung 18: Regeln in der Familie
- 3.19 Sitzung 19: Krisen in der Familie
- 3.20 Sitzung 20: Soziale Netzwerke
- 3.21 Sitzung 21: Zwischenmenschliche Fertigkeiten
- 3.22 Sitzung 22: Gesunde Ernährung
- 3.23 Sitzung 23: Selbstfürsorge

Anfängergruppe

Die Sitzungen 1 bis 12 richten sich an die Anfängergruppe. Es werden vorwiegend folgende Themen behandelt: Achtsamkeit, Entspannung, kindliche Grundbedürfnisse, Umgang mit Suchtdruck und Gefühlen, Skillsketten und Sicherheit im Rückfall. Mit Sitzung 13 beginnt die Fortgeschrittenengruppe.

3.1 Sitzung 1: Einführung in das Thema und Gruppentherapien

Ziele der Sitzung

- ▶ Die Themen und den Ablauf des Gruppentherapieprogramms vorstellen.
- ▶ Die allgemeinen, für jede Therapiesitzung geltenden Gruppentherapieregeln vermitteln.

Zeitlicher Ablauf

- ▶ Begrüßung der Teilnehmenden und Emotionsblitzlicht (ca. 5 Minuten)
- ▶ Achtsamkeitsübung: »Der wohlwollende Begleiter« (ca. 5 Minuten)
- ▶ Kennenlernen (ca. 10 Minuten)
- ▶ Therapeutische Einheit (ca. 15–20 Minuten)
- ▶ Emotionsblitzlicht und Verabschiedung der Teilnehmenden (ca. 5 Minuten)

Benötigte Materialien

- ▶ Präsentation 1 »Einführung«
- ▶ Flipchart
- ▶ Sticker
- ▶ **AB 1** »Meine Motivation, die Abstinenz und die Therapie durchzuhalten«, **AB 2** »Was motiviert mich? – Ein Brief an mich in Krisenzeiten«

Begrüßung und Emotionsblitzlicht

Die Teilnehmenden geben eine kurze Reflexion ihrer aktuellen Stimmung wieder.

Achtsamkeitsübung »Der wohlwollende Begleiter«

Die heutige Sitzung beginnt mit einer Achtsamkeitsübung, die jederzeit und überall durchgeführt werden kann. Die Übung kann wie folgt angeleitet werden: »Setzen oder legen Sie sich bequem auf eine Unterlage hin. Schließen Sie die Augen. Atmen Sie ruhig und gleichmäßig ein und aus, lassen Sie dabei den Atem so fließen, wie er kommt. Beobachten Sie Ihren Atem für einige Atemzüge, ohne ihn verändern zu wollen. Der Atem kommt und geht, wie er will.

Nun stellen Sie sich eine Situation in der letzten Zeit vor, in der etwas schiefgelaufen ist. Sicherlich ist Ihr innerer Kritiker sofort erschienen und hat alles Mögliche zu bemängeln gehabt.

Wir wollen nun dem inneren Kritiker einen wohlwollenden Begleiter gegenüberstellen. Der wohlwollende Begleiter kann ein nahestehender Mensch, ein prominenter Mensch, eine fiktive Gestalt, ein Kuscheltier oder Ähnliches sein. Es kommt nicht darauf an, dass dieser Begleiter perfekt ist. Es kommt darauf an, dass dieser Begleiter Sie mit Wohlwollen beobachtet. Dieser Begleiter verurteilt Sie nicht, er tadelt nicht und maßregelt auch nicht. Er tröstet Sie, wenn etwas schief läuft. Er schenkt Ihnen warme Worte. Er kann Ihnen auch eine Umarmung schenken, wenn Sie dies brauchen. Er tut alles, damit es Ihnen wieder besser geht.

Was würde Ihr wohlwollender Begleiter in dieser schwierigen Situation sagen?

Ihr wohlwollender Begleiter kann Sie auch weiterhin begleiten, wenn Sie dies wünschen. Sie brauchen sich in schwierigen Situationen nur erneut mit ihm in Verbindung zu setzen und ihn um Rat zu fragen. Je häufiger Sie diese Übung durchführen, umso leichter wird es Ihnen fallen, ihn zu rufen.

Verabschieden Sie sich nun von Ihrem wohlwollenden Begleiter. Wenn Sie sich verabschiedet haben, versuchen Sie sich langsam wieder auf Ihren Atem zu konzentrieren. Lassen Sie den Atem für einige Atemzüge ruhig weiterfließen, ohne etwas zu verändern. Dann kehren Sie langsam in das Hier und Jetzt und diesen Raum zurück. Sobald Sie wieder angekommen sind, öffnen Sie die Augen und recken und strecken Sie sich behutsam.«

Auswertung der Hausaufgaben aus der letzten Sitzung

An dieser Stelle folgen in den kommenden Wochen die Besprechung und Auswertung der Hausaufgaben der letzten Sitzung. Da dies die erste Sitzung der Gruppentherapie ist, ist dieser Abschnitt (noch) nicht relevant. Sie können als Therapeut:in an dieser Stelle jedoch bereits dieses Strukturelement einführen.

Rekapitulation der letzten Sitzung

An dieser Stelle wird in den kommenden Wochen nochmals gemeinsam auf die vorhergehende Sitzung geschaut. Die Inhalte der letzten Sitzung werden gemeinsam wieder ins Gedächtnis gerufen. Die Teilnehmenden berichten, welche Informationen sie zum Thema der letzten Sitzung mitgenommen haben. Da dies die erste Sitzung des Gruppenturnus ist, wird hierauf nicht eingegangen.

Therapeutische Einheit

Die heutige therapeutische Einheit beinhaltet das Kennenlernen der Gruppe, der Gruppenmitglieder untereinander, das Erläutern der Gruppenregeln und eine allgemeine Zusammenfassung für die teilnehmenden Eltern, wie die kommenden Gruppensitzungen aufgebaut sind.

Zunächst geht es um das gegenseitige Kennenlernen: Alle Teilnehmenden und der/die Therapeut:in dürfen sich kurz vorstellen. Auf der entsprechenden Folie gibt es zusätzlich Eckpunkte, an denen sie sich während der Vorstellung orientieren können. Die Teilnehmenden können auf folgende Punkte eingehen: Name, Alter, Anzahl und Alter der Kinder.

Darüber hinaus haben sie die Möglichkeit, auf die Fragen »Warum bin ich hier?«, »Was motiviert mich durchzuhalten?« und »Habe ich einen treuen und wohlwollenden Begleiter?« einzugehen.

Im nächsten Teil geht es um die Regeln, welche für jede Gruppensitzung gelten. Es werden Pünktlichkeit und regelmäßige Teilnahme an den Gruppentherapiesitzungen vorausgesetzt. Dies schließt auch eine Terminabsage auf Seiten der Teilnehmer:innen ein, sodass der/die Therapeut:in entsprechend die Sitzungen planen und vorbereiten kann.

Als Nächstes wird auf den Aspekt der Schweigepflicht eingegangen. Mit den teilnehmenden Eltern wird vereinbart, dass alles, was in den Gruppensitzungen besprochen