



**Bayerische Akademie  
für Sucht- und  
Gesundheitsfragen**

**BAS Unternehmergeellschaft  
(haftungsbeschränkt)**

Landwehrstr. 60-62  
80336 München  
Tel.: 089.530 730-0  
Fax: 089.530 730-19  
E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)  
Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)

**Registergericht München:**  
HRB 181761

**Geschäftsführung:**  
Dipl.-Psych. Melanie Arnold

**Bankverbindung:**  
Bank für Sozialwirtschaft AG  
Kto.-Nr. 88 72 600  
BLZ 700 205 00

**Gesellschafter:**  
Bayerische Akademie für Suchtfragen  
in Forschung und Praxis BAS e.V.

## **Familie – Sucht – Familie**

### **1. Hintergrund**

Das Thema Familie und Sucht ist aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten: Zum einen spielt die Familie bei der Entstehung von Suchterkrankungen eine Rolle, bspw. aufgrund verschiedener familiärer Risikofaktoren. Zum anderen hat die Suchterkrankung eines Familienmitglieds gravierende Auswirkungen auf die gesamte Familie und bringt u.a. soziale und gesundheitliche Folgen für die Familienmitglieder mit sich.

Der Einbezug der Familie in Beratung und Therapie ist aus beiden Perspektiven heraus sinnvoll: Zum einen gilt es, Unterstützungsangebote bereitzustellen, um eine Transmission von Suchterkrankungen zu verhindern und Folgen der Suchterkrankung abzumildern. Zum anderen benötigen Familienmitglieder von Suchtkranken häufig selbst Unterstützung, um präventiv eigenen (stressbedingten) Erkrankungen vorzubeugen.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt betrifft die Behandlung betroffener Suchtkrankter: Sie können in vielen Fällen von ihrer Familie zu einer Behandlungsaufnahme motiviert werden und profitieren z.B. bezüglich der Aufrechterhaltung der Abstinenz von der Unterstützung durch die Familie.

Es ist plausibel, anzunehmen, dass es mehr Angehörige Suchtkrankter gibt als Suchtkranke. Bei einer engen Definition von Angehörigen werden darunter Eltern, Kinder, Partner und Geschwister verstanden, eine weitere Definition schließt auch weitere Verwandte wie Onkel, Tanten, Großeltern, Enkelkinder etc. und Freunde mit ein. Je nach Definition werden auch Arbeitskollegen oder Bekannte mit eingeschlossen, da auch sie – in unterschiedlichem Ausmaß – mit den Auswirkungen der Suchterkrankung konfrontiert sind. Ein direktes Zusammenleben mit den betroffenen Suchtkranken hat sowohl Auswirkungen auf das Ausmaß an Belastung, die Angehörige erleben, als auch auf das Ausmaß an Unterstützung, die von Angehörigen gegeben werden kann.

### **2. Epidemiologie**

Laut *Epidemiologischem Suchtsurvey* (Pabst et al., 2013) liegt derzeit in Deutschland bei circa 1,6 Mio. erwachsenen Menschen nach den DSM-IV-Kriterien ein Alkoholmissbrauch vor, weitere 1,8 Mio. weisen eine Abhängigkeit auf. Schätzungsweise 4,6 Mio. Menschen missbrauchen Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmitteln, weitere 2,3 Mio. Menschen sind von (mindestens) einem dieser Medikamente abhängig. Zudem wird von circa 283.000 Personen ausgegangen, die einen Missbrauch der illegalen Drogen Cannabis, Kokain oder Amphetamine zeigen, weitere 319.000 Menschen haben eine diesbezügliche Abhängigkeit. Insgesamt 5,6 Mio. Menschen sind nikotinabhängig.

Zusammengenommen weisen 24,7 % der erwachsenen Bevölkerung mindestens eine Substanzstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit) auf, 6,6 % haben multiple substanzbezogene Störungen (Piontek et al., 2013).

Neben den substanzbezogenen Störungen müssen auch die nichtstoffgebundenen Süchte berücksichtigt werden. Laut DSM-5 ist hierunter vorerst lediglich pathologisches Glücksspielen zu verstehen. Hierzu liegen für Deutschland inzwischen acht Studien vor (Bühringer et al., 2007; Buth & Stöver, 2008; Sassen et al., 2011; Meyer et al., 2011; BZgA, 2008, 2010, 2012, 2014), die zeigen, dass 0,2-0,8 % der Bevölkerung vom Vollbild der Erkrankung betroffen sind, weitere 0,3-0,7 % zeigen ein sogenanntes problematisches Spielverhalten, d.h. sie erfüllen 3-4 der diagnostischen Kriterien. Knapp 90 % der pathologischen Glücksspieler haben eine komorbide Substanzstörung.

Insgesamt ist also davon auszugehen, dass in Deutschland knapp 13 Mio. erwachsene Menschen leben, die von verschiedenen Substanzen oder Glücksspiel abhängig sind oder diese missbräuchlich verwenden.

Bei einer engen Definition von Angehörigen – Eltern, Kinder, Geschwister und Partner – kann man laut DHS von 3 Angehörigen pro Suchtkranken ausgehen. Damit wären in Deutschland 39 Mio. Menschen als Angehörige von Suchtkranken zu verstehen.

Die Auswirkungen der einzelnen Suchterkrankungen auf die Familie sind allerdings sehr unterschiedlich. Zudem müssen auch einzelne Angehörige differenziert betrachtet werden, da sich die Auswirkungen auch je nach Angehörigenstatus, z.B. Kind vs. Partner, unterscheiden.

### 3. Familiäre Risikofaktoren bei der Entstehung von Suchterkrankungen

Es besteht Einigkeit darüber, dass familiäre Risikofaktoren bei der Entstehung von Suchterkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Im Rahmen dieses Fact Sheets liegt der Fokus auf dem interaktionalen Einfluss von Eltern und Geschwistern, genetische Dispositionen bleiben unberücksichtigt.

Grundlegend haben Eltern einen wichtigen Einfluss auf den Substanzkonsum ihrer Kinder. So spielt (1) der elterliche Substanzkonsum über Nachahmungsverhalten eine Rolle, ebenso wie (2) die elterliche Einstellung zum Substanzkonsum und (3) die allgemeine Qualität der Eltern-Kind-Beziehung:

(1) Bei einem *elterlichen Substanzkonsum* ist auch das Einhergehen mit Erziehungsstil und Konsistenz der Erziehung relevant und wirkt sich bspw. über eine geringere elterliche Kontrolle des Verhaltens der Jugendlichen, eine erhöhte familiäre Stressbelastung, negatives Elternverhalten und damit verbundenen negativen Gefühlen der Jugendlichen aus (Wills & Yaeger, 2003).

(2) Die *elterliche Einstellung zum Substanzkonsum*, d.h. die soziale Bekräftigung des Verhaltens, hat ebenfalls einen Einfluss. So haben bspw. liberale familiäre Normen einen stärkeren Einfluss auf das Trinkverhalten jener Jugendlichen, die ein hohes Aktivitätsniveau, eine ausgeprägte Erregungssuche und geringe Gehemmtheit aufweisen (Brody et al., 1998).

(3) Die *allgemeine Qualität der Eltern-Kind-Beziehung* ist ein weiterer relevanter Faktor. So finden sich Befunde, dass Jugendliche, die häufig Alkohol und Drogen konsumieren, sich schon in ihrer Kindheit von Gleichaltrigen in Bezug auf erlebtes ungünstiges Erziehungsverhalten unterscheiden (Pinquart & Silbereisen, 2005). Ein autoritativer Erziehungsstil schützt vor Missbrauch von Alkohol und Drogen, indem soziale und kognitive Kompetenzen und damit eine günstige Entwicklung der Persönlichkeit gefördert wird. Zudem führt elterliche Unterstützung dazu, dass Jugendliche sich eher an ihre Eltern als an Peers wenden und diese somit vorab über geplantes Verhalten informieren (Barnes et al., 2000). Dadurch haben Eltern die Möglichkeit, das geplante Verhalten zu beeinflussen (Pinquart & Silbereisen, 2005). Allerdings muss auch festgehalten werden, dass sich Eltern-Kind-Interaktionen gegenseitig beeinflussen: So sagt ein früher Alkoholkonsum der Kinder einen späteren harschen Erziehungsstil der Eltern vorher (Conger & Rueter, 1996). Zudem beeinflussen kritische Lebensereignisse der Eltern den Alkoholkonsum der Kinder (Wills et al., 2001).

Ein besonderes Risiko liegt bei suchtkranken Eltern vor: Ihre Kinder sind die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung von substanzbezogenen Störungen, zudem weisen sie in Bezug auf andere psychische Störungen sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter deutlich höhere Prävalenzen auf (Klein, 2005). Es zeigt sich, dass Kinder, die einer elterlichen Alkoholbelastung ausgesetzt sind, ein beträchtlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener

Alkoholprobleme und für die Entwicklung von Problemen mit anderen Drogen haben (Lieb et al., 2001). Vergleichbare Befunde existieren auch bei durch illegale Drogen bedingte elterliche Missbrauchs- und Abhängigkeitsstörungen (Überblick bei Lieb, 2008). Dabei sind nicht nur Kinder von den Auswirkungen betroffen, sondern alle Familienmitglieder: Diese haben im Vergleich zu Familienmitgliedern von Kontrollpersonen ein bis zu 7fach höheres Risiko, eine eigene Alkoholstörung zu entwickeln (Überblick bei Lieb, 2008; Klein, 2008). Dabei sind sowohl substanzspezifische als auch substanzübergreifende Vulnerabilitätsfaktoren an der familiären Transmission beteiligt (Lieb, 2008).

Auch Geschwister haben einen wichtigen Einfluss auf das Konsumverhalten. Es zeigt sich, dass ein stärkerer Konsum von Geschwistern den Kontakt mit trinkenden Peers fördert und somit zu einem verstärkten eigenem Konsum führt (Conger & Rueter, 1996). Weitere relevante Einflussfaktoren zeigen sich daran, dass beispielsweise Jugendliche aus unvollständigen Familien mehr Alkohol und Zigaretten konsumieren als Jugendliche aus vollständigen Familien. Hierbei könnten höhere familiäre Stressoren und eine geringere elterliche Supervision vermittelnde Faktoren darstellen (Pinquart & Silbereisen, 2005).

#### **4. Exkurs: Co-Abhängigkeit**

Der Begriff „Co-Abhängigkeit“ ist ursprünglich als Problembeschreibung in den 1950er Jahren in den USA entstanden. Heutzutage reichen die Definitionen von der Auffassung, dass damit eine Primärerkrankung jedes Mitglieds einer Familie mit einem Suchtkranken gemeint ist (Wegscheider-Cruse, 1984) bis hin zu Persönlichkeitsstörungen (McGovern & DuPont, 1992). Allerdings gibt es bis heute keine empirische Belege, die eine Einstufung einer „Co-Abhängigkeit“ als eigene Erkrankung zulassen würden (Uhl & Puhm, 2007; Klein & Bischof, 2013). Klein (2000) fasst die bisherigen Erkenntnisse zusammen und stellt fest, dass es keinen Grund gibt, die Mehrzahl der Bezugspersonen von Suchtkranken pauschal als persönlichkeitsgestört oder krank zu pathologisieren. Während es keine Belege für eine „Co-Abhängigkeit“ gibt, finden sich aber zahlreiche Belege für eine klinisch relevante Beeinträchtigung Angehöriger mit größtenteils stressbedingten Erkrankungen (Orford et al., 2005; Copello et al., 2005). Daher ist eine präventive Unterstützung dieser Gruppe dringend notwendig.

#### **5. Auswirkungen einer Suchterkrankung auf die Familie**

Bei der Betrachtung der Auswirkungen einer Suchterkrankung auf die Familie muss berücksichtigt werden, dass (1) unterschiedliche Familienmitglieder in unterschiedlichen Beziehungen mit dem betroffenen Suchtkranken stehen und somit keine allgemeingültigen Aussagen für alle Familienmitglieder getroffen werden können und (2) verschiedene Substanzen unterschiedliche Auswirkungen haben und mit ihrem Erwerb und Konsum unterschiedliche Rahmenbedingungen einhergehen.

Die Auswirkungen reichen dabei von einer Passivrauchbelastung über Sorge und Angst um den Betroffenen, häufigen Streit und angespannte Familiensituationen bis hin zu existenziellen Ängsten, massiver Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch oder körperlichen und/oder geistigen Entwicklungsschäden aufgrund eines mütterlichen Substanzkonsums während der Schwangerschaft.

Im Folgenden werden beispielhaft Nikotin, Alkohol und Glücksspiel herausgegriffen und die Folgen für die Familie dargestellt:

##### Nikotin

Bezüglich der Passivrauchbelastung geht bspw. aus der GEDA-Studie hervor, dass 13 % der nichtrauchenden erwachsenen Bevölkerung im Jahr 2009 einer täglichen Passivrauchbelastung ausgesetzt sind. Bei nichtrauchenden Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren sind etwa 40 % mehrmals in der Woche oder täglich von Passivrauch belastet (Lampert, 2008). Dies ist bedenklich, da die auftretenden Krankheitsbilder und Beschwerden weitgehend denen entsprechen, die durch aktives Rauchen hervorgerufen werden (dkfz, 2005).

### Alkohol

Vermutlich leben in Deutschland knapp 2,7 Mio. Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre) in einer alkoholbelasteten Familie (Klein, 2005). Sie stellen somit die größte bekannte Risikogruppe für einen späteren eigenen Substanzkonsum dar, haben aber auch für die Entwicklung anderer psychischer Störungen sowohl im Kindes- und Jugendalter wie auch im Erwachsenenalter deutlich erhöhte Prävalenzen (Klein, 2001). Diese Kinder erleben mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen Eltern, sind extremen Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt, werden häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Eltern hineingezogen, erleben weniger Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf und werden überdies häufiger Opfer von physischen, psychischen und/oder sexuellen Misshandlungen (Übersicht bei Klein, 2005).

Zudem ist zu berücksichtigen, dass ein mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft schwerwiegende Folgen für das ungeborene Kind haben kann und zu Auffälligkeiten des Wachstums, cranio-facialen, cardialen, renalen, ossären und okulären Malformationen, Störungen der Entwicklung, der Kognition, des Verhaltens sowie Einschränkungen in Teilleistungen führen kann (Landgraf & Heinen, 2013).

### Glücksspiel

Angehörige pathologischer Glücksspieler sind durch die Erkrankung stark belastet (Buchner et al. 2012, Buchner et al., 2013) und befinden sich in hoch stressreichen Lebensumständen (Hodgins et al., 2007). Häufig bestehen, insbesondere bei Partnern, interpersonelle Konflikte (vgl. Dickson-Swift et al., 2005; Grant Kalischuk, 2006), ein erhöhtes Risiko für das Erleben häuslicher Gewalt (Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Korman et al., 2008), chronische Unsicherheit und Vertrauensverlust ebenso wie Angst vor (weiteren) Schulden und Verlust der finanziellen Sicherheit (Lorenz & Yaffee, 1988, 1989; Blaszczyński et al., 1999; Dickson-Swift et al., 2005), Schlafstörungen (Wenzel et al., 2008), gesundheitliche Probleme wie Kopfschmerzen, Verdauungsstörungen und asthmabezogene Probleme (Lorenz & Yaffee, 1988) und Suizidgedanken und -versuche (Lorenz & Yaffee, 1988). Darüber hinaus finden sich unzureichende Bewältigungsstrategien wie exzessives Trinkverhalten oder gestörtes Essverhalten (Lorenz & Shuttlesworth, 1983). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sie ein erhöhtes Risiko haben, eigene physische, psychische und soziale Probleme zu entwickeln (Krishnan & Orford, 2002).

## **6. Präventive Ansätze zur Verhinderung einer Transmission der Suchterkrankung**

Wie oben beschrieben, spielt die Familie eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Suchterkrankungen. Um eine Transmission der Erkrankung zu verhindern, sind daher spezielle Angebote für Risikofamilien notwendig.

Nachfolgend werden beispielhaft zwei Angebote dargestellt, die diesem Anliegen nachgehen: Im Projekt *Trampolin* werden Kinder von suchtkranken Eltern beim Umgang mit der Erkrankung der Eltern unterstützt, das Projekt *Elternschaft & Sucht* hat das Ziel, suchtkranke Eltern in der Wahrnehmung ihrer Rolle zu unterstützen.

### Trampolin

Im Rahmen einer prospektiven, randomisiert-kontrollierten Multicenter-Studie wurde 2008 das modulare Präventionskonzept *Trampolin* entwickelt (Klein et al., 2013). Die Präventionsmaßnahme richtet sich an Kinder aus suchtblasteten Familien im Alter von 8 bis 12 Jahren und umfasst in 10 Modulen Elemente, die zu einer konkreten Bearbeitung von möglichen Schwierigkeiten in suchtblasteten Familien hinführen. Inhalte sind beispielsweise Verhaltensstrategien, Selbstwirksamkeit, Kommunikation und Unterstützungsmöglichkeiten.

## Elternschaft & Sucht

Das Projekt, das 2012 vom *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe* (GVS) eingerichtet wurde, zielt auf die Optimierung von spezifischen Hilfestellungen für suchtkranke Menschen in einer Elternrolle ab. Durch die Sensibilisierung von Suchthilfeeinrichtungen für die Problematik und die besonderen Bedürfnisse dieser Zielgruppe soll die Situation der betroffenen Kinder verbessert werden. Dazu werden beispielsweise auf der Projekthomepage [www.eltern-sucht.de](http://www.eltern-sucht.de) zum einen Arbeitshilfen, Literatur und weitere Materialien für Fachkräfte gesammelt und Veranstaltungen zur Thematik gebündelt dargestellt. Zum anderen wendet sich das Angebot direkt an betroffene Eltern und informiert diese über Beratungsmöglichkeiten und weitere Angebote.

### **7. Therapie und Beratung unter Berücksichtigung der Familie bzw. für betroffenen Familien**

Der Einbezug der Familie in die Beratung und Therapie der Suchtkranken ist aus mehreren Perspektiven heraus sinnvoll und notwendig. So sind häufig Angehörige diejenigen, die den ersten Kontakt zu einer Hilfeeinrichtung herstellen. Sie haben zudem einen wesentlichen Einfluss auf die Aufnahme von Beratung oder Behandlung durch die Suchtkranken selbst. So zeigen bspw. epidemiologische Studien, aktuell die PAGE-Studie am Beispiel pathologischer Glücksspieler (Bischof et al., 2012), dass negative soziale Konsequenzen mit der Inanspruchnahme formeller Hilfen assoziiert sind. Dies entspricht auch Befunden aus anderen Bereichen (Bischof et al., 2000). Darüber hinaus stellt soziale Unterstützung einen bedeutsamen Faktor bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz dar (vgl. bspw. Petry & Weiss, 2009).

Orford und Kollegen (2009) kommen in ihren Studien zu dem Schluss, dass der Hilfebedarf von Angehörigen in zwei Bereiche unterteilt werden kann:

- (1) Angebote, die es Angehörigen ermöglichen, die Behandlung des betroffenen Familienmitglieds möglichst gut zu unterstützen und die sie, soweit notwendig und sinnvoll, in die Behandlung einbeziehen
- (2) Angebote, die Angehörige in ihren eigenen Rechten unterstützen, wozu auch gehört, dass ihre eigenen Erfahrungen anerkannt und verstanden werden, sie hilfreiche Informationen erhalten und dabei unterstützt werden, hilfreiche Wege des Umgangs mit der Erkrankung und der belastenden Situation zu entwickeln

Nachfolgend werden beispielhaft drei Interventionen dargestellt, die diesen Anspruch aufgreifen: Die *Multidimensionale Familientherapie* (MDFT), die ein systemisch familientherapeutisches Verfahren darstellt, welches die gesamte Familie in den therapeutischen Prozess einbezieht, das *Community Reinforcement Ansatz basierte Familien-Training* (CRAFT), das als kognitiv-behaviorales Programm Familienangehörige dabei unterstützt, nahestehende Personen für eine Behandlung zu motivieren, sowie das *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ* (ETAPPE), das Angehörige mit wichtigen Informationen zum Krankheitsbild versorgt und dabei unterstützt, eigene Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

### Familienbezogene Interventionen am Beispiel MDFT

Der *Multidimensionalen Familientherapie* (MDFT) liegt ein systemisch familientherapeutisches Vorgehen zu Grunde. Der Ansatz orientiert sich an empirischen Erkenntnissen über Schutz- und Risikofaktoren jugendlichen Substanzmissbrauchs. Das Verfahren, das bereits seit 1985 eingesetzt wird, weist positive Ergebnisse sowohl bei Therapieende wie auch zum Katamnesezeitpunkt innerhalb eines Jahres und länger auf (vgl. Liddle, 2010). Die Anwendung ist inzwischen in verschiedenen Settings erprobt, z.B. in Jugendstrafanstalten, stationären Therapieeinrichtungen oder in der ambulanten Behandlung. Zentral ist die intensive Einbeziehung von Eltern, anderen Familienangehörigen und weiterer wichtiger Bezugspersonen, wobei Einzeltherapie, Elterncoaching und Familiensitzungen miteinander verbunden werden. Zu Beginn der Therapie muss weder Abstinenz noch Therapiemotivation des betroffenen Jugendlichen vorliegen, diese Punkte werden als wesentliche Aufgabe der therapeutischen Arbeit betrachtet. Interventionen orientieren sich dabei sowohl an

intrapersonalen (Emotionen und Kognitionen) als auch an interpersonalen Aspekten und beziehen Einflüsse des außerfamiliären sozialen Umfelds mit ein (Tossmann et al., 2012).

#### Förderung der Inanspruchnahme von Hilfen über Familienmitglieder am Beispiel CRAFT

Das *Community Reinforcement and Family Training* wurde ursprünglich in den USA als nichtkonfrontative Strategie für die Arbeit mit Angehörigen entwickelt. Zentral für diesen Ansatz ist die Annahme, dass Familienangehörige einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Entwicklung des Substanzkonsums des Betroffenen leisten können (Bischof & Freyer, 2006). Daher werden in diesem Training Fertigkeiten vermittelt, die darauf ausgerichtet sind, den Betroffenen zur Aufnahme von Hilfe zu motivieren. Diese basieren auf Grundlagen der Lerntheorie und beziehen Elemente der motivierenden Gesprächsführung, etwa einen emphatischen und nichtbewertenden Gesprächsstil, mit ein. Ein weiteres Ziel des Trainings besteht in der Verbesserung der Lebensqualität der Angehörigen.

Insgesamt besteht das Training aus zwölf modular aufgebauten Einzelsitzungen, in denen u.a. funktionale Verhaltensanalysen, Kommunikationstraining, positive Verstärkung und negative Konsequenzen sowie Strategien gegen Gewalt Thema sind (Bischof & Freyer, 2006).

Es liegen Ergebnisse vor, die zeigen, dass in 64 % der Fälle im Rahmen eines CRAFT-Trainings suchtkranke Familienangehörige in eine Behandlung überwiesen werden konnten. Damit ist das Training anderen Angeboten mit vergleichbarer Zielsetzung deutlich überlegen (Bischof & Freyer, 2006).

#### Gruppenangebote für Angehörige am Beispiel ETAPPE

Das *Entlastungstraining für Angehörige problematischer und pathologischer Glücksspieler – psychoedukativ* (ETAPPE) wurde als manualisiertes Gruppenangebot entwickelt und Beratungsstellen und ähnlich qualifizierten Einrichtungen zur Verfügung gestellt (Buchner et al., 2013). Durch das Entlastungstraining werden Personen angesprochen, die durch das Glücksspielverhalten einer ihnen nahestehenden Person belastet sind, unabhängig davon, ob es sich um Partner, Eltern, Kinder oder weitere Angehörige, wie bspw. Freunde, handelt. Das Angebot kann unabhängig vom Spiel- oder Hilfesuchverhalten des betroffenen Spielers genutzt werden. Ziel des Entlastungstrainings ist eine Reduktion der Belastetheit durch die Vermittlung von Informationen sowie die Förderung individueller Bewältigungsfähigkeiten. Inhaltlich werden die Themen aufgegriffen, die Studien zufolge Angehörige besonders belasten. Dabei handelt es sich beispielsweise um den Einfluss der Erkrankung auf die Beziehung inklusive Vertrauensverlust und Lügen, Verantwortungsübernahme, Schuld und negative Selbstzuschreibungen, soziale Isolation, finanzielle Absicherung und der Einfluss der Erkrankung auf die eigene Gesundheit. Zudem wird Basiswissen zum Krankheitsbild sowie zu Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten für betroffene Spieler und Angehörige vermittelt.

Es konnte belegt werden, dass durch die Teilnahme an ETAPPE eine Reduktion der Belastetheit erreicht werden kann, die auch über den Abschluss des Programms hinaus gehalten werden kann. Zudem lässt sich der chronische Stress der Angehörigen signifikant reduzieren (Buchner et al., 2012; Buchner et al., 2013b). Somit kann mit Hilfe dieses Ansatzes die Lebensqualität der Angehörigen nachhaltig gesteigert werden.

## **8. Bewertung**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es vielfältige Wechselwirkungen zwischen Familie und Suchterkrankungen gibt. Zum einen gibt es familiäre Risikofaktoren für die Entwicklung von Suchterkrankungen, zum anderen hat die Suchterkrankung eines Familienmitglieds je nach Beziehungsstatus und Art der Erkrankung unterschiedliche, z.T. sehr gravierende Auswirkungen auf die Familie. Insbesondere bei suchtkranken Eltern müssen präventiv Maßnahmen ergriffen werden, um eine Transmission der Suchterkrankung zu vermeiden. Der Einfluss, den Eltern in Bezug auf eine spätere Entwicklung eines Suchtverhaltens haben, stellt allerdings nicht nur ein Risiko dar, sondern bietet auch viele Chancen für Prävention und Intervention.

Neben den Eltern gilt es, auch Geschwister bei der Entwicklung von Präventions- oder Interventionsmaßnahmen zu berücksichtigen. Zum einen haben sie einen Einfluss auf die Entwicklung von Substanzkonsum, zum anderen sind sie als Geschwister von Suchtkranken auch massiv von den Auswirkungen der Erkrankung betroffen. Auch Partner/innen von Suchtkranken müssen bei der Entwicklung von Angeboten berücksichtigt werden, da sie häufig massiv unter den Auswirkungen der Erkrankung leiden. Zudem können sie die betroffenen Suchtkranken bei der Behandlungsaufnahme unterstützen.

Demzufolge sind Angebote, die sich präventiv an Mitglieder aus Risikofamilien richten, sowie Angebote für betroffene Angehörige, die diese bedarfsgerecht entweder in die Behandlung miteinbeziehen oder in ihren eigenen Rechten unterstützen, sinnvoll und dringend notwendig. Auch sollte der Einbezug der Familie in die Behandlung von Suchtkranken weiter fokussiert werden, da hier erfolgversprechende Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

## 9. Literatur

- Barnes GM, Reifman AS, Farrell MP, Dintcheff BA (2000). The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: a six-wave latent growth model. *J Marriage Fam*, 62: 175-186.
- Bischof A, Meyer C, Bischof G, Kastirke N, John U, Rumpf H-J (2012). Inanspruchnahme von Hilfen bei Pathologischem Glücksspielen. Befunde der PAGE-Studie. *Sucht*, 58, 369-377.
- Bischof G, Freyer J (2006). Angehörigenarbeit bei Personen mit substanzbezogenen Störungen. Der Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)-Ansatz. *Suchttherapie*, 7: 52-57.
- Bischof G, Rumpf H-J, Hapke U, Meyer C, John U (2000). Remission ohne formelle Hilfen und Inanspruchnahme stationärer Behandlung bei Alkoholabhängigen – ein Vergleich auslösender Faktoren. *Sucht*, 46, 54-61.
- Blaszczyński A (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychol Rep*, 84: 107-113.
- Brody GH, Flor DL, Hollett-Wright N, McCoy K (1998). Children's development of alcohol use norms: contributions of parent and sibling norms, children's temperaments, and parent-child discussions. *J Fam Psychol*, 12: 209-219.
- Buchner UG, Arnold M, Koytek A, Gollrad T, Wodarz N. (2012). Nicht nur Spieler brauchen Hilfe – Ergebnisse einer Pilotstudie zum Angehörigenprojekt ETAPPE. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 383-389.
- Buchner UG, Koytek A, Arnold M, Gollrad T, Wodarz N (2013b). Stabilisieren sich Entlastung und Stressreduktion nach der Teilnahme am psychoedukativen Training ETAPPE? Ergebnisse einer Drei-Monats-Katamnese der Pilotstudie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 21(4): 167-176.
- Buchner UG, Koytek A, Gollrad T, Arnold M, Wodarz N. (2013). *Angehörigenarbeit bei pathologischem Glücksspiel. Das psychoedukative Entlastungstraining ETAPPE*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühringer G, Kraus L, Sonntag D, Pfeiffer-Gerschel T, Steiner S (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken. *Sucht*, 5, 296-308.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008). *Glücksspielverhalten und problematisches Glücksspielen in Deutschland 2007. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010). *Glücksspielverhalten in Deutschland 2007 und 2009. Ergebnisse aus zwei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2012). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland 2007, 2009 und 2011. Ergebnisse aus drei repräsentativen Bevölkerungsbefragungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2014). *Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2013 und Trends*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Buth S, Stöver H (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. *Suchttherapie*, 9, 3-11.
- Conger RD, Rueter MA (1996). Siblings, parents, and peers: A longitudinal study of social influences in adolescent risk for alcohol use and abuse. In: Brody GH (ed.) *Sibling relationships: their causes and consequences*. Stamford: Ablex, 1-30
- Copello AG, Velleman RDB, Templeton LJ (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24: 369-385.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (dkfz): *Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko*. Heidelberg: dkfz 2005.
- Dickson-Swift VA, James EL, Kippen S (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13.
- Grant Kalischuk R, Nowatzki N, Cardwell K et al. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6: 31-60.
- Hasin DS (1994). Treatment/self-help for alcohol-related problems: relationship to social pressure and alcohol dependence. *J Stud Alcohol*, 55, 660-666
- Hodgins DC, Toneatto T, Makarchuk K, Skinner W, Vincent S (2007). Minimal treatment approaches for concerned significant others of problem gamblers: A randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 23, 215-230.
- Klein M, Bischof G (2013). Angehörige Suchtkranker – Der Erklärungswert des Co-Abhängigkeitsmodells. *Sucht*, 59(2): 65-68.
- Klein M, Moesgen D, Bröning S, Thomasius R (2013). *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.

- Klein M (Hrsg.) (2008). *Kinder und Suchtgefahren*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein M (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie*, 2: 118-124.
- Klein M (2005). Kinder aus suchtbelasteten Familien. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg.). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2000). Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, G., Körkel, J. & Schmalz, U. (Hrsg.). *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 139-158.
- Korman LM, Collins J, Dutton D, Dhayanathan B, Littman-Sharp N, Skinner W (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24, 13-23.
- Krishnan M, Orford J (2002). Gambling and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.
- Lampert T (2008). Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Jugendlichen. *Dtsch Arztebl*, 105(15): 265-71.
- Landgraf MN, Heinen F (2013). *Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinie zur Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Liddle HA (2010). Multidimensional Family Therapy. A science-based treatment system for adolescent drug abuse. *Sucht*, 56(1): 43-50.
- Lieb R (2008). Genetische Disposition und familiärer Kontext. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg.). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Lieb R, Isensee B, Wittchen HU (2001). Elterliche Alkoholbelastung und die Entwicklung von Suchtproblemen bei ihren Kindern – Ergebnisse der prospektiv-longitudinalen EDSP-Studie. *Suchttherapie*, 2: 125-136.
- Lorenz VC, Shuttlesworth DE (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11, 67-76.
- Lorenz VC, Yaffee RA (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Studies*, 4, 13-26.
- Lorenz VC, Yaffee RA (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Studies*, 5, 113-126.
- McGovern JP, DuPont RL (1992). Co-dependence: the other half of addiction. *Houston Medicine*, 8: 5-11.
- Meyer C, Rumpf H-J, Kreuzer A, de Brito S, Glorius S, Jeske C, Kastirke N, Porz S, Schön D, Westram A, Klinger D, Goeze C, Bischof G, John U (2011). *Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung*. Endbericht an das Hessische Ministerium des Innern und für Sport. Greifswald/Lübeck: Universitäten Greifswald und Lübeck.
- Orford J, Templeton L, Copello A, Velleman R, Ibanga A, Binnie C (2009). Increasing the involvement of family members in alcohol and drug treatment services: The results of an action research project in two specialist agencies. *Drugs: education, prevention and policy*, 16(5): 379-408.
- Orford J, Templeton L, Velleman R, Copello A (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: A set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100: 1611-1624.
- Pabst A, Kraus L, Gomes de Matos E, Piontek D (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59(6): 321-331
- Petry NM, Weiss L (2009). Social support is associated with gambling treatment outcome in pathological gamblers. *The American Journal on Addictions*, 18, 402-408
- Pinquart M, Silbereisen RK (2005). Personale Disposition und familiärer Kontext. In: Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg.). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Piontek D, Kraus L, Gomes de Matos E, Pabst A (2013). Komorbide Substanzstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Sucht*, 59(6): 347-354.
- Sassen M, Kraus L, Bühringer G, Pabst A, Piontek D, Taqi Z (2011). Gambling Among Adults in Germany: Prevalence, Disorder and Risk Factors. *Sucht*, 57(4), 1-10.
- Thomasius R, Küstner UJ (Hrsg.) (2005). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Tossmann P, Jonas B, Rigter H, Ganter A (2012). Multidimensionale Familientherapie (MDFT) bei cannabisbezogenen Störungen. *Sucht*, 58(3), 157-166.
- Uhl A, Puhm A (2007). Co-Abhängigkeit – ein hilfreiches Konzept? *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 30(2/3): 13-20.
- Wegscheider-Cruse S (1984). *Another Chance – Hope and Health for the Alcoholic Family*. Paolo Alto: Science and Behavior Books.
- Wenzel HG, Oren A, Bakken IJ (2008). Gambling problems in the family – A stratified probability sample study of prevalence and reported consequences. *BMC Public Health*, 8, 412.
- Wills TA, Yaeger AM (2003). Family factors and adolescent substance use: models and mechanisms. *Curr Dir Psychol Sci*, 12: 222-226.
- Wills TA, Cleary S, Filer M, Shinar O, Mariani J, Spera K (2001). Temperament related to early-onset substance use. *Prev Sci*, 2: 145-163.