

# Untersuchungen zum Elternstress bei suchterkrankten Jugendlichen

A. Stephan<sup>1</sup>, Y. Golub<sup>1,2</sup>, V. Roessner<sup>1</sup>, L. A. Basedow<sup>3</sup>

## Zusammenfassung

In Deutschland sind etwa 90.000 Jugendliche abhängig von Alkohol und illegalen Drogen. Erschreckend, wenn man bedenkt, in welcher sensiblen Phase ihrer körperlichen und psychischen Entwicklung sie sich befinden. Suchterkrankungen im Jugendalter sind mit physischen, psychischen und sozialen Folgen im weiteren Lebensverlauf vergesellschaftet. Organschäden, die gestörte Entwicklung von Hirnstrukturen, Beschaffungskriminalität, Stigmatisierung und die damit verbundenen Probleme bei der Arbeits- und Wohnungssuche sind nur Beispiele von oft beschriebenen Konsequenzen.

Für Hausärztinnen und Hausärzte sind bei der Behandlung dieser Suchterkrankungen die Eltern der Jugendlichen ein oft unterschätztes Problem. Jeder kann nachvollziehen, dass ihr Stresserleben extrem ist: Angst vor den Folgen für ihre Kinder, eine Stigmatisierung der Familien, Überforderung und Kontrollverlust sind nur einige der immer wieder auftretenden Probleme. Daher muss der ärztliche Fokus nicht nur auf den suchterkrankten Kindern, sondern auch auf dem therapeutischen Umgang

mit den direkt und indirekt betroffenen Eltern liegen.

Um die Eltern besser in die Therapie der Suchterkrankung einzubeziehen, wurden am Universitätsklinikum Dresden im Rahmen der groß angelegten DELTA-Studie Einflussfaktoren auf das elterliche Stresserleben untersucht und anschließend ein neues Therapiekonzept etabliert (DELTA = Dresdner Multimodale Therapie für Adoleszente mit chronischem Substanzkonsum). Die Eltern werden explizit als Teil der Therapie der Substanzkonsumstörung (SKS) des Jugendlichen mit einbezogen. Neben den Therapiesitzungen der Jugendlichen selbst gibt es extra Therapiesitzungen für die Angehörigen der Betroffenen, die sehr gut angenommen werden. Psychoedukative Anteile entlasten dabei die Eltern ebenso wie der Austausch mit anderen Elternteilen, die in ähnlichen Situationen stecken.

## Hintergrund und Fragestellung:

Schätzungen zufolge gelten 25 bis 30 Prozent der Menschen unter 25 als suchtgefährdet [1]. Demnach gibt es in Deutschland beispielsweise 88.000

bis 100.000 von Alkohol und illegalen Drogen abhängige Jugendliche. Es ist somit erkennbar, dass SKS einen bedeutsamen Teil der Jugendlichen betreffen, welche sich in einer vulnerablen Phase ihrer psychischen und physischen Entwicklung befinden. Es muss unterschieden werden zwischen dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit (siehe Tab. 1)

Die Jugendlichen stehen oft kurz vor dem Schulabschluss, müssen sich neu orientieren, ihren Weg ins Arbeitsleben finden und versuchen, eine gewisse Autonomie zu entwickeln. Diese Lebensphase kann mit Verunsicherung, Stimmungsinstabilität und Stresserleben einhergehen. Zusätzlich entwickeln Jugendliche häufig ein Experimentierverhalten, was mit einer erhöhten Bereitschaft zur Einnahme von psychotropen Substanzen einhergehen kann. In der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen stehen in Sachsen vor allem der Konsum von Alkohol und Tabak im Vordergrund, dicht gefolgt von Schmerzmitteln. Der Konsum von Cannabis und Stimulanzien rangiert hier auf Platz vier

Tab. 1: Diagnosekriterien für eine Abhängigkeitserkrankung.

Symptome	ICD-10 Schädlicher Gebrauch	ICD-10 Abhängigkeit
Körperliche oder psychische Folgeschäden durch Substanzkonsum	x	
Entzugssymptome		x
Toleranzentwicklung		x
Starkes Verlangen zu konsumieren (Craving)		x
Wiederholte fehlgeschlagene Versuche den Konsum zu kontrollieren		x
Kontinuierlicher Konsum trotz negativer Konsequenzen		x
Freizeitaktivitäten für den Konsum aufgeben		x

Notiz: ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden, Dresden

<sup>2</sup> Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg

<sup>3</sup> AG Klinische Psychologie und Psychotherapie, Fachbereich Psychologie, Philipps-Universität Marburg

und fünf. Betrachtet man nur die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen, so befindet sich der Konsum von Cannabis auf Platz drei hinter Alkohol und Tabak. Die 12-Monats-Prävalenz für den Konsum von illegalen Drogen außer Cannabis war in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen ebenfalls deutlich höher (5,0 Prozent) als die der Gesamtbevölkerung (1,1 Prozent) [2].

Substanzkonsumstörungen ziehen sich durch alle sozialen Schichten [3] und können die gesunde psychische und körperliche Entwicklung erheblich gefährden [4 – 6]. Während des Jugendalters finden entscheidende physische und psychische Entwicklungen des Menschen statt. Wird dieser Prozess durch äußere Einflussfaktoren gestört, kann dies großen Einfluss auf das weitere Leben der Betroffenen haben [7, 8]. Unterschiedliche Substanzen wirken dabei unterschiedlich auf beispielsweise den frontalen Kortex, den Hippocampus und andere Hirnregionen. Neurobiologische Prozesse dieser speziell für das Verhalten und das Gedächtnis wichtigen Gehirnstrukturen werden behindert und können langfristig zu gestörter Verhaltensflexibilität, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, gestörtem räumlichen Denken und eingeschränktem Kontextlernen führen [6, 7, 9]. Neben den entwicklungsbedingten Langzeitfolgen sind auch die durch dauerhaften Konsum von Alkohol, Nikotin und anderen Drogen bedingten Folgeschäden an inneren Organen wie beispielsweise Leber, Lunge und Herzkreislauf-System nicht außer Acht zu lassen. Diese sind vor allem auf den oxidativen Stress und die systemischen Inflammationsreaktionen zurückzuführen, welche durch die toxischen Stoffe und deren Abbauprodukte entstehen [4, 7, 9].

Studien legen nahe, dass Komorbiditäten, insbesondere posttraumatische Belastungsstörungen, aber auch Angst-

störungen und Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, das Risiko für eine Substanzkonsumstörung erhöhen [10, 11]. Seit Dezember 2017 wird am Universitätsklinikum Dresden in der Suchtambulanz für Kinder und Jugendliche ein neues Unterstützungskonzept im Rahmen der DELTA-Studie etabliert. Ziel dieses Konzepts ist es, den Mangel an manuellen Behandlungsprogrammen für Jugendliche mit Substanzkonsumstörung zu beheben. Dazu wurde eine spezielle modulare Gruppenintervention implementiert, die sich auf die Reduzierung des Substanzkonsums und die Linderung von SKS-Symptomen, einschließlich zusätzlicher Module für Begleiterkrankungen konzentriert.

Das Besondere an DELTA ist die therapeutische Beteiligung der Eltern. Denn immer, wenn ein Jugendlicher von einer Substanzkonsumstörung betroffen ist, stellt dies auch eine außergewöhnliche Herausforderung für die Erziehungsberechtigten dar und kann mit einem erhöhten Stresserleben einhergehen [12 – 14].

Dieses erhöhte Stresserleben kann interfamiliäre Beziehungen beeinflussen und die erfolgreiche Therapie der Substanzkonsumstörung möglicherweise behindern. Außerdem hat die Substanzkonsumstörung eines Familienmitglieds nachweislich negative Auswirkungen auf die Emotionen und Verhaltensmuster der anderen Familienmitglieder [15]. Dazu gehören der mangelnde Aufbau von Bindungen, Ritualen und Rollenbildern, aber auch Probleme bei der Entwicklung von Kommunikationstechniken und damit einhergehende Schwierigkeiten im sozialen Zusammenleben. Eine isländische Studie verglich die psychische Gesundheit von Familienmitgliedern von Suchterkrankten (nicht ausschließlich Jugendlichen mit SKS) mit der der Normalbevölkerung. Dabei fiel auf, dass neben Angst-

zuständen und Depressionen, vor allem das Stresserleben in den von Suchtkonsumstörung betroffenen Familien deutlich erhöht war [16]. Dies hängt damit zusammen, dass sich Eltern oft verantwortlich für die Suchtkonsumstörung ihres Kindes fühlen. Sie erleben Stress, Wut und Traurigkeit, haben aber gleichzeitig das Bedürfnis, ihre Kinder bei der Problembewältigung zu unterstützen [17, 18].

Ein zusätzliches großes Problem bei der Bekämpfung von Suchterkrankungen stellt die Stigmatisierung der Betroffenen dar, durch welche diese an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden. Die häufig negative Stigmatisierung von Suchterkrankung als selbstverschuldete Situation führt unter anderem zu einer fehlenden Problemeinsicht und folglich auch zu Barrieren bei der Inanspruchnahme von professioneller Hilfe [19]. Die soziale Ausgrenzung als Folge der Stigmatisierung kann sich negativ im weiteren Lebensverlauf, beispielsweise bei der Wohnungs- und Arbeitssuche auswirken [20].

Damit zeigt sich, dass die Suchtkonsumstörung eines Jugendlichen nicht nur diesen selbst vor Probleme und Herausforderungen stellt, sondern auch sein soziales Umfeld.

Geklärt werden sollte auf der einen Seite, ob – wie erwartet – der Elternstress (ES) erhöht war und auf der anderen Seite, welche weiteren (zum Beispiel sozioökonomischen) Einflussfaktoren es auf Substanzkonsumstörung und Elternstress gibt.

### Studiendesign und Untersuchungsmethoden

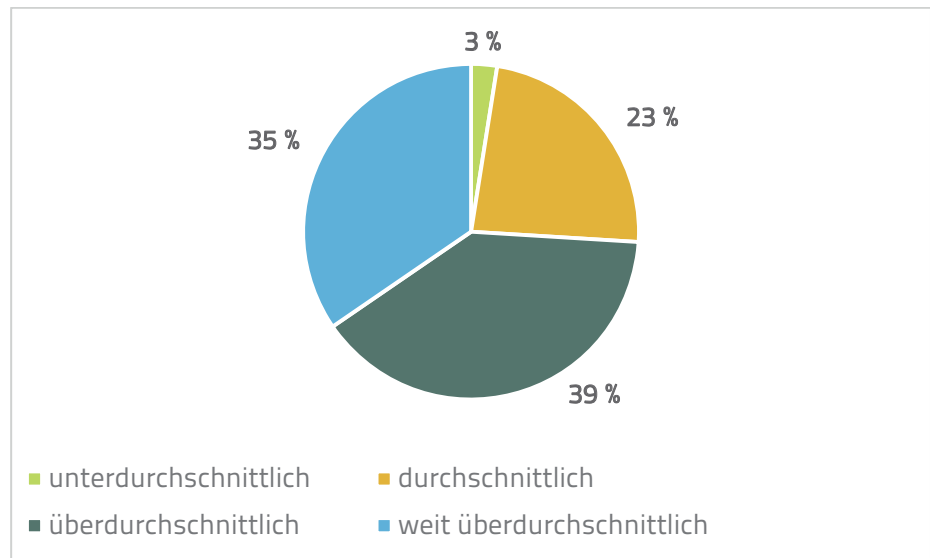
Die Fragestellung war unter anderem, ob Eltern mit suchterkrankten Jugendlichen tatsächlich einem höheren Stresserleben ausgesetzt sind als die Normalbevölkerung.

Zusätzlich wurden mögliche Ursachen für einen erhöhten Elternstress in Familien mit suchterkrankten Jugendlichen untersucht. Dazu füllten Patientinnen und Patienten sowie Probandinnen und Probanden im Rahmen der DELTA-Studie neben vielen weiteren Fragebögen den Elternstressfragebogen (ESF) aus. In einem anderen Fragebogen wurden Daten zur sozioökonomischen Situation der Familien erfasst, außerdem kam der Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) zum Einsatz, um die Suchtstärke der Probandinnen und Probanden zu ermitteln. Insgesamt 81 Patientinnen und Patienten, welche im Zeitraum von Dezember 2017 bis Oktober 2020 in der Suchtambulanz des Universitätsklinikums Dresden behandelt wurden, erfüllten die Einschlusskriterien und wurden der abschließenden Studienkohorte dieser retrospektiven Arbeit hinzugefügt. Eine parallel dazu erstellte Kontrollgruppe beinhaltete 28 Probandinnen und Probanden. Es erfolgten deskriptive und inferenzstatistische Analysen der erhobenen Daten. Mittels Varianzanalyse mit Kovariaten (ANCOVA) sollte herausgefunden werden, welche Faktoren den Elternstress beeinflussen.

### Ergebnisse

Wie erwartet, bewerteten über 70 Prozent der Eltern ihren Stress als über dem Durchschnitt liegend (Grafik 1).

Der elterliche Erwerbsstatus, Schulabschluss und das objektiv messbare Einkommen waren nicht entscheidend für den Elternstress. Auch die Suchtstärke des betroffenen Jugendlichen scheint überraschender Weise keinen bedeutenden Einfluss zu haben. Die Varianzanalyse mit Kovariaten (ANCOVA) zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Höhe des Elternstress und der subjektiv wahrgenommenen finanziellen Situation ( $F(3,81) = 2,9$ ,  $p = ,04$ ,  $\eta^2 = 0,123$ ). Je schlechter



Grafik 1: Elternstress bei Eltern mit suchterkrankten Jugendlichen im Vergleich zur Normalbevölkerung

die Familien ihre finanzielle Lage einschätzten, desto höher war der Elternstress.

Dieses Ergebnis könnte man in das von Abidin 1992 entwickelte Modell [21] zur Theorie der elterlichen Stressentstehung wie folgt einordnen (Abb. 1).

Psychisch belastete Eltern könnten Schwierigkeiten haben, einen familiären Rahmen zu schaffen, der einen positiven Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes hat [12]. Dabei sollte sowohl für die Eltern als auch für die Jugendlichen eine Umgebung geschaffen werden, die ihnen das Gefühl der Kontrolle gibt und ihnen aufzeigt, dass sie aktiv an der Problemlösung teilhaben können. Möchte man die Suchtkonsumstörung eines Jugendlichen erfolgreich behandeln, so scheint es sinnvoll, das Stresserleben der Eltern zu berücksichtigen und dieses möglichst zu reduzieren.

### Konsequenzen für die Therapie

Im Rahmen von DELTA wurde daraufhin am Universitätsklinikum Dresden ein Therapiekonzept implementiert, welches die Eltern explizit als Teil der SKS-Therapie des Jugendlichen mit einbezieht. Neben den Therapiesitzungen

der Jugendlichen selbst gibt es extra Therapiesitzungen für die Angehörigen der Betroffenen. Dafür sind insgesamt acht Sitzungen im Zwei-Wochen-Rhythmus vorgesehen, in welchen die Angehörigen umfangreich über die Suchterkrankung ihrer betroffenen Jugendlichen aufgeklärt werden und ein möglicher Umgang mit dieser vorgestellt wird. Themen sind unter anderem Suchtentstehung, Substanzkunde, Rückfälle und gewaltfreie Kommunikation.

In Sitzung fünf der Angehörigengruppe lautet das Thema beispielsweise „Leben mit einer Abhängigkeit“. Ziel dabei ist es, sich intensiv mit der Beziehung zu seinem Kind beziehungsweise Angehörigen auseinanderzusetzen und zu reflektieren. Den Angehörigen soll bewusstwerden, wie sie in bestimmten Situationen reagieren und welche Alternativen es dazu gibt. Der eigene Erziehungsstil soll dabei reflektiert werden. Die Sitzungen sind alle ähnlich aufgebaut. Es beginnt mit einem kurzen „Blitzlicht“, wobei alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kurz berichten sollen, was ihnen in der letzten Woche gut und was eher nicht so gut gelungen ist. In der anschließenden Einführung erhalten die Angehörigen in Sitzung

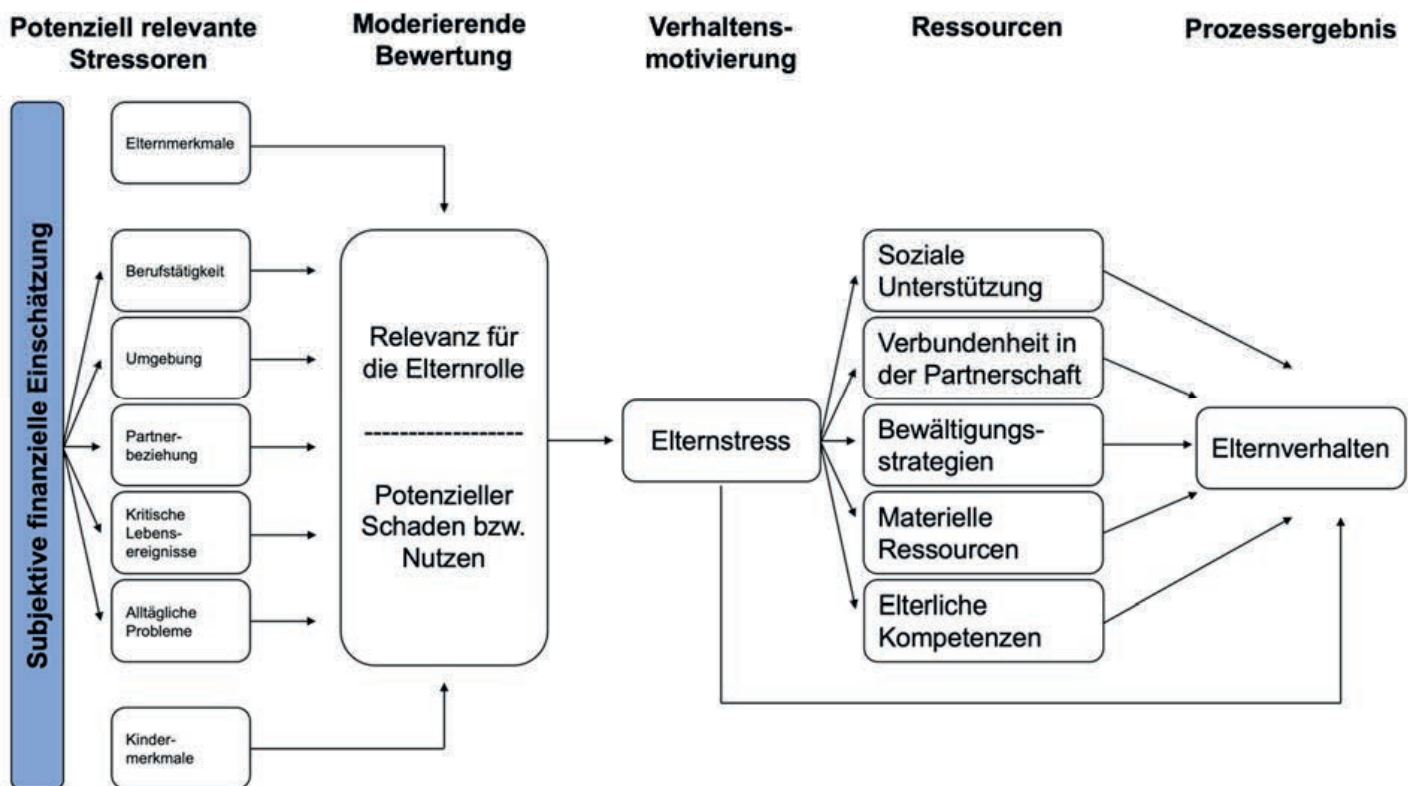


Abb. 1: Rolle der subjektiven Einschätzung im Abidin-Modell [21], in Anlehnung an Domsch & Lohaus [22]

fünf Informationen über verschiedene Verhaltensweisen, welche auftreten können, wenn man mit dem Substanzkonsum des Kindes konfrontiert wird und darüber, was die Sucht des Kindes mit einem selbst macht. Danach folgen zwei Übungen, in denen die Angehörigen mit einem Fragebogen und später mit Hilfe von Tierkarten verschiedene Erziehungsstile kennenlernen und sich selbst einem Erziehungsstil zuordnen sollen. Dafür werden verschiedene Situationen dargestellt, in denen die Angehörigen sich zwischen einer Auswahl verschiedener Reaktionen entscheiden sollen. Zum Abschluss der Sitzung erfolgt eine Ressourcenübung, bei der die Angehörigen positive Eigenschaften ihrer Jugendlichen skizzieren und über ein schönes gemeinsames Erlebnis berichten sollen.

### Diskussion und Ausblick

Eine statistische Auswertung des Gruppenangebotes ist noch in Bearbeitung, aber die praktischen Eindrücke

zeigen, dass dieses Angebot sehr geschätzt wird. Neben den psychoedukativen Anteilen berichten Elternteile vor allem von einer Entlastung durch den Austausch mit anderen Elternteilen, die in ähnlichen Situationen stecken. Erfahrungsgemäß ist es besonders hilfreich, wenn bei der Gruppenkonstellation darauf geachtet wird, dass die Teilnehmenden möglichst betroffene Kinder haben, die sich in unterschiedlichen Stadien der Suchtbehandlung finden. So ist es für Eltern, die zum ersten Mal Hilfe suchen und mit dem System in Kontakt kommen, eine große Entlastung, zu sehen, wie „erfahrene“ Eltern mit den Suchterkrankungen ihrer Kinder umgehen. Neben dem Austausch untereinander freuen sich die Eltern auch darüber, weitere Ansprechpersonen außerhalb des Hilfesystems zu finden, die ihnen ein offenes Ohr und begleitende Expertise vermitteln. Auch wenn das DELTA-Programm umfangreiche Begleitmaterialien beinhaltet, scheint es förderlich, wenn mindestens

ein Experte/eine Expertin im Suchtbereich die Elterngruppe begleitet. Alles in allem nehmen die Eltern das Gruppenangebot dankbar an und sehen es als einen essenziellen Teil einer erfolgreichen Suchtbehandlung an. In der vorliegenden Studie wurde weiterhin gezeigt, dass auch die soziale Vernetzung und die finanziellen Möglichkeiten für das elterliche Wohlbefinden eine Rolle spielen. Der sozioökonomische Status und die Ressourcen der Eltern beeinflussen deren Erwartungen an das Elternsein. Je nachdem inwieweit die Eltern ihren eigenen Ansprüchen gerecht werden, hat dies auch Einfluss auf das Wohlbefinden [14].

Aus unseren Ergebnissen könnte abgeleitet werden, dass die Suchtkonsumstörung selbst für das erhöhte Stresslevel ausschlaggebend ist. Aber es besteht auch die Möglichkeit, dass Eltern von suchterkrankten Kindern eventuell schon initial weniger Ressourcen besitzen als Eltern mit Kindern

ohne Suchtkonsumstörung, um dieser Herausforderung entgegenzutreten. Auf den in der Literatur beschriebene Faktor des Kontrollverlusts [13], welcher durch eine Suchtkonsumstörung ausgelöst werden könnte, könnte ebenfalls unterschiedlich reagiert werden, auch dies gilt es weiter zu untersuchen.

Ein weiterer möglicher Einflussfaktor sind psychische Vorerkrankungen der Eltern. Suchterkrankungen der Eltern, welche oft tabuisiert werden, sind ein hoher Risikofaktor für die Entstehung kindlicher Probleme. Kinder von betroffenen Eltern sind häufiger Situationen ausgesetzt, die mit Schuldgefühlen, sozialen Beeinträchtigungen und Isolation einhergehen. In Kombination mit genetischen Faktoren kann es diesen Kindern dann schwerer fallen, derartige Situationen selber gesund zu überstehen [23]. Betroffene Eltern sind in ihren elterlichen Kompetenzen eingeschränkt und können Hilfe durch entwickelte Programme wie „SHIFT-PLUS“ oder „Mama denk an mich“, welches ebenfalls am Universitätsklinikum Dresden ins Leben gerufen wurde, erhalten [24, 25]. Dies ist ein interdisziplinäres Kon-

zept, welches suchterkrankte Frauen mit Kinderwunsch, bereits eingetretener Schwangerschaft und Mütter begleitet. Dabei interagiert die Ambulanz für Suchterkrankungen gemeinsam mit der Neugeborenenmedizin, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Suchtberatungsstellen, um die Frauen und deren Nachwuchs bestmöglich zu betreuen.

Betrachtet man in der Literatur beschriebene Modelle zur Stressentstehung [21, 26, 27], so ist davon auszugehen, dass die subjektive finanzielle Einschätzung Einfluss auf verschiedene einzelne Stressoren haben kann. So wäre es denkbar, dass sie zum Beispiel auch einen Einfluss auf die Partnerschaft und die Arbeitsbelastung hat. Auch können finanzielle Sorgen und Nöte zu kritischen Lebensereignissen und alltäglichen Problemen führen. Kann die Miete beispielsweise nicht mehr bezahlt oder ausreichend gesunde Lebensmittel zur Verfügung gestellt werden, könnte dies mit Zukunftssorgen, Unsicherheit, Kontrollverlust und damit einem erhöhten Stressempfinden assoziiert sein. Zu vermuten ist

auch, dass Eltern mit größeren finanziellen Ressourcen ihren Kindern eine bessere Umgebung zur Entwicklung bieten können. Demnach stimmen unsere Ergebnisse gut mit dem Modell von Abidin [21] überein.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass den Eltern Partizipationsmöglichkeiten zur Problembewältigung aufgezeigt werden sollten, ohne sie in der herausfordernden Situation mit einem suchterkrankten Jugendlichen allein zu lassen. Eine Enttabuisierung der Thematik und Entstigmatisierung von Betroffenen sind dabei ebenso wichtig, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und Therapeuten gemeinsam mit den Familienmitgliedern.

Literatur unter [www.slaek.de](http://www.slaek.de) → Über Uns →  
Presse → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor  
Dr. med. Alexander Stephan  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: [alexanderstephan93@gmx.de](mailto:alexanderstephan93@gmx.de)

## VERSCHIEDENES

# 50 Jahre Deutsche Balintgesellschaft – eine Erfolgsgeschichte

Wie konnte sich die Idee des ungarischen Arztes Michael Balint, die Arzt-Patient-Beziehung in den Fokus zu nehmen, so intensiv entwickeln und über die Welt verbreiten?

In 26 Ländern gibt es inzwischen nationale Balintgesellschaften, die in einer Internationalen Balint Föderation (IBF, gegründet 1975) vereint sind, sich ge-

genseitig unterstützen, alle zwei Jahre zu einem Kongress zusammenfinden und die Grundidee weiterentwickeln.

Am 26. Januar 1974 gründeten acht Ärzte (Hausärzte und Psychiater) in einem kleinen Ort in Niedersachsen die Deutsche Balintgesellschaft (DBG) e. V. Sie folgten damit dem Beispiel von Kollegen in Frankreich (1967), England

(1969), Italien (1971) und Belgien (1971), wo bereits nationale Gesellschaften gegründet worden waren. Anregung gab es aus dem 1957 in England erschienenen und 1964 ins Deutsche übersetzten Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“, in dem Balint seine Forschungsergebnisse zu der Arbeit mit einer Gruppe britischer Allgemeinärzte in London veröffentlichte.