

**Forschungsbrief** Ausgabe  
56 / Oktober 2020

## **Inhalt**

- **Klinische Soziale Arbeit und Case Management in der Psychiatrie und in der Suchthilfe**
- **Hilfen für süchtige Mütter mit kleinen Kindern – und allgemein für Familien mit Suchtproblemen**
- **Words matter – Wie soll man über Alkohol und andere Drogen, ihren Konsum und die damit verbundenen Folgen sprechen?**



**FORSCHUNGSBRIEF**

**HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.**

# Neues aus Forschung und Praxis

## Forschungsbrief 56 / Oktober 2020 der HLS

### Klinische Soziale Arbeit und Case Management in der Psychiatrie und in der Suchthilfe

*Obwohl Sozialarbeiter\*innen eine der größten Berufsgruppen innerhalb der Suchthilfe stellen, ist nicht immer klar, welche spezifischen Wissensbestände, Theorien und Methoden sie in das multiprofessionelle Feld der Suchthilfe einbringen. Hilfreich könnte hierbei ein Blick über die Grenzen der Suchthilfe in das größere Handlungsfeld der Klinischen Sozialen Arbeit in der Psychiatrie sein. Sommerfeld und Kolleginnen haben einen umfangreichen Vorschlag für den Aufbau eines konsolidierten Wissenskorpus der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie vorgelegt. Für eine spezifisch sozialarbeiterische Methode in der Suchthilfe – das Case Management – konnte eine aktuelle Metaanalyse randomisierter Kontrollgruppenstudien eine gegenüber Standardverfahren erhöhte Wirksamkeit nachweisen.*

Folgt man den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik ([suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html](http://suchthilfestatistik-datendownload.de/Daten/download.html)), sind Sozialarbeiter\*innen in der ambulanten Suchthilfe die größte und in den Einrichtungen der stationären Suchthilfe eine der großen Berufsgruppen. Die Fachdiskussion um theoretische und empirische Wissensbestände, um Diagnoseverfahren und um Behandlungsmethoden der Suchthilfe wird hingegen von der Medizin und der Psychotherapie dominiert. Allenfalls im niedrighschwelligem Bereich der Hilfesysteme finden sich etwa mit der akzeptierenden Drogenhilfe originär aus der Sozialen Arbeit stammende Konzepte, deren theoretische und empirische Fundierungen inzwischen allerdings überarbeitungsbedürftig sind. Die Arbeitsweisen der Sozialen Arbeit in der Sucht- und Drogenhilfe scheinen sich eher an praktischen Herausforderungen, organisatorischen Rahmenbedingungen und fachfremden Aufträgen aus Politik und Verwaltung als an sozialarbeiterischen Theorien, empirischen Studienergebnissen und professionellen Methoden zu orientieren.

Zu einer ganz ähnlichen Zustandsbeschreibung kommen Sommerfeld et al. (2016) für das weit größere Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie. Auf der Grundlage eigener Forschungs- und Entwicklungsprojekte konstatieren sie, dass sich die Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich und darüber hinaus „nicht in professioneller, sondern in pragmatischer Weise entwickelt“ und ihre „Praxen eben keine professionalisierten Praxen im eigentlichen Sinne darstellen, auch wenn sicher viel nach bestem Wissen und Gewissen reflektiert wird“. Zwar werden in der Praxis „mehr oder weniger beliebige Versatzstücke aus dem Fundus der Sozialen Arbeit verwendet“, letztlich wird „aber kein ausreichend fester Grund im Wissenskorpus der Sozialen Arbeit gefunden“ (Sommerfeld et al. 2016, 19). Die Lösung dieses Problems liegt für Sommerfeld und Kolleginnen im Aufbau eines **konsolidierten Wissenskorpus für die Soziale Arbeit**. Zumindest für den Bereich der Psychiatrie liegt mit dieser Veröffentlichung ein anspruchsvoller Versuch für einen solchen konsolidierten Wissenskorpus vor. Betrachtet man die Suchthilfe als Teilbereich des Gesundheitssystems und im engeren Sinn als Teilbereich einer gemeindenahen und sozialen Psychiatrie, so kommt auch die Soziale Arbeit in der Suchthilfe an dieser Wissensbasis nicht vorbei.

Sommerfeld und Kolleginnen knüpfen mit ihren Überlegungen eng an Konzepte einer Klinischen Sozialarbeit und an einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit an, wie es u.a. auch in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zum Ausdruck kommt. Soziale und bio-psychische Prozesse betrachten sie als strukturell gekoppelt, was bedeutet, dass soziale Prozesse – die Domäne der Sozialen Arbeit – mit einer hinreichenden Komplexität beschrieben werden müssen, will man sie in ein angemessenes Verhältnis zu bio-psychischen Prozessen setzen. Dazu entwickeln sie eine umfangreiche Systematik, die von den Begriffen der Lebensführung und der Integration ausgeht. Das „Lebensführungssystem“ besteht aus einer individuell unterschiedlichen Integration in Teilsysteme wie etwa das Familiensystem, Freundeskreise, das Beschäftigungssystem, Hilfesysteme wie z.B. das Gesundheitssystem, aber auch „Schattenwelten“ wie z.B. Drogenszenen. Je nachdem, wie diese Integration ausfällt, unterstützt sie dabei, ein „subjektiv sinnvolles, menschliche Würde ermöglichendes Leben zu führen“ (Sommerfeld et al. 2016, 64). Damit ist dann auch die Aufgabe der Sozialen Arbeit umrissen, die in Anknüpfung an den Recovery-Ansatz durch Beeinflussung des individuellen Lebensführungssystems ein „gesellschaftlich und subjektiv akzeptables Leben mit der psychischen Beeinträchtigung ermöglichen“ soll. Das geht über die reine Akzeptanz einer psychischen Beeinträchtigung wie etwa einer Substanzkonsumstörung hinaus, bietet aber auch dann noch Handlungsmöglichkeiten, wenn eine Überwindung der Beeinträchtigung oder Störung derzeit nicht möglich erscheint.

Der Ansatz von Sommerfeld et al. (2016) geht indes über solche theoretischen Überlegungen hinaus und stellt auf einer „technologisch-methodologischen“ Ebene konkretes Handlungswissen zur Verfügung. Als Kernmethodik klinischer Sozialer Arbeiten gilt dabei ein **„sozialtherapeutisches Case Management“**. Dieses sozialtherapeutische Case Management besteht aus drei Dimensionen. Die erste Dimension umfasst die Koordinationsaufgaben der Case Manager, die sich entlang des typischen Phasenmodells vom Assessment über Planung, Durchführung und Monitoring bis zur Evaluation erstrecken. Zur zweiten Dimension gehören durchgängige methodische Aspekte wie Anwaltschaft, Empowerment, Ressourcenerschließen und Interventionen in verschiedene soziale Systeme. Die dritte Dimension besteht aus psychosozialer Beratung und sozialer Netzwerkarbeit. Grundlage für ein gelingendes Case Management ist eine professionelle Beziehung im Sinne eines Arbeitsbündnisses zwischen Case Manager und Klient\*in. Gesprächsführungs- und Beratungskompetenzen werden dabei als Schlüsselqualifikationen betrachtet.

Für dieses sozialtherapeutische Case Management wurden schließlich im Rahmen eines mehrjährigen Entwicklungsprojektes in Kooperation mit Praxispartnern Instrumente und Verfahren entwickelt. Das modularisierte Instrumentarium besteht aus einem Screening-Instrument zur Indikationsstellung, aus einem standardisierten Kurzassessment zu einer ersten Einschätzung des psychosozialen Handlungsbedarfs, aus Bausteinen zur Erkundung und Rekonstruktion des Lebensführungssystems, aus Instrumenten zur differenzierten sozialen Diagnostik, aus Bausteinen für eine interprofessionelle Hilfeplanung und schließlich aus einem Nachsorgebaustein. Eine Übertragung dieses für die psychiatrische Versorgung entwickelten Instrumentariums auf die Suchthilfe und eine Verknüpfung mit bereits etablierten Instrumenten in der Suchthilfe könnte ebenso interessant sein wie die Erweiterung des „konsolidierten Wissenskorporus“ für die Klinische Soziale Arbeit in der Psychiatrie um suchthilfespezifische Aspekte.

Daraus könnte dann ein entsprechend konsolidierter Wissenskorporus für eine Klinische Soziale Arbeit in der Suchthilfe inklusive eines Handlungswissens und eines Instrumentariums für ein angemessenes Case Management in der Suchthilfe entstehen.

Aus einer ganz anderen Perspektive – aus der Perspektive der evidenzbasierten Medizin und der evidenzbasierten Suchthilfe und Sozialen Arbeit – haben Vanderplasschen et al. (2019) sich mit dem Verfahren des Case Managements beschäftigt. Dabei geht es um eine aktualisierte Meta-Analyse zur Wirkung von Case Management bei Substanzgebrauchsstörungen. Streng den Regeln der Evidenzbasierung folgend haben Vanderplasschen et al. (2019) nach umfangreichen Recherchen insgesamt 31 randomisierte Kontrollgruppenstudien identifiziert, die sich für eine entsprechende Meta-Analyse eigneten. Ziel war es, die Wirkung von Case Management mit Standardinterventionen der Sucht- und Drogenhilfe zu vergleichen. Ausgeschlossen wurden deshalb alle Studien, die Case Management mit anderen elaborierten Ansätzen vergleichen oder in denen Case Management in Kombination mit anderen Verfahren umgesetzt wurde. Angesichts der internationalen Reichweite dieser Meta-Analyse wirft dies durchaus Fragen auf, da sich diese „Standardinterventionen“ zwischen den einzelnen Ländern und Studien deutlich unterscheiden dürften. Bei den folgenden Ergebnissen zur Wirkungsmessung von Case Management geht es also nicht um den Vergleich von Case Management zu Nicht-Interventionen, sondern um den Vergleich mit je nach Land durchaus anspruchsvollen Standardverfahren.

Insgesamt war die Effektstärke für Case Management verglichen mit Standardverfahren („Treatment as usual“) schwach positiv (SMD = 0,18) und statistisch hoch signifikant. Wie schon in früheren Meta-Analysen zum Case Management zeigte sich, dass die einzelnen einbezogenen Studien sehr unterschiedliche Indikatoren zur Messung der Wirkung nutzten. Interessant ist die Einteilung dieser unterschiedlichen Outcome-Indikatoren in einerseits behandlungsbezogene Indikatoren wie Vermittlung in passende Hilfeangebote oder die Verweildauer in Behandlungsprogrammen und andererseits in Indikatoren, die eher auf individuelle Verhaltensänderungen etwa beim Suchtmittelkonsum oder beim Risikoverhalten und damit verbundene Indikatoren wie z.B. den Gesundheitszustand fokussieren. Die Effekte waren bei den eher auf das Behandlungssystem bezogenen Indikatoren wesentlich größer (SMD = 0,33) als bei den direkt auf den Substanzkonsum und damit verbundene Gesundheitskriterien zielenden Indikatoren (SMD = 0,06). Zwischen verschiedenen Case Management-Modellen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Insgesamt bestätigt diese aktuelle Meta-Analyse damit frühere Meta-Analysen zum Case Management: Case Management ist Standardverfahren gegenüber überlegen, wobei sich diese Überlegenheit eher bei der Vermittlung in andere Dienste und bei der Haltedauer als bei direkt substanzkonsumbezogenen Indikatoren zeigt. Schon frühere Meta-Analysen hatten deshalb empfohlen, Case Management in der Suchthilfe mit anderen Verfahren, die direkt bei suchtbezogenen Verhaltensweisen ansetzen und auf Veränderung zielen, zu kombinieren. Was bislang fehlt, sind Studien, die die Wirkung von Case Management bei Substanzkonsumstörungen im Sinne des zuvor erwähnten Recovery-Ansatzes erheben und Wirkungen in Bezug auf die Lebensqualität, auf das persönliche Wohlbefinden und auf die Chance, mit der Beeinträchtigung ein subjektiv und gesellschaftliche akzeptables Leben zu führen, dokumentieren.

### **Literatur: Klinische Soziale Arbeit und Case Management in der Psychiatrie und in der Suchthilfe**

- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., De Maeyer, J. & Van Den Noortgate, W. (2019): A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Front. Psychiatry* 10:186. doi: 10.3389/fpsy.2019.00186.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Ruegger, C. & Hollenstein, L. (2016): *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis.* Springer VS: Wiesbaden.

## Hilfen für süchtige Mütter mit kleinen Kindern – und allgemein für Familien mit Suchtproblemen

*Obwohl belegt ist, dass das Risiko von Kindern, die in Familien mit Suchtproblemen aufwachsen, selbst als Erwachsene Suchtprobleme zu entwickeln, relativ groß ist, sind die Hilfen für diese Kinder eher spärlich. Darauf macht u.a. das „Rahmenkonzept“ aufmerksam, das vom Fachverband Sucht u.a. 2019 veröffentlicht worden ist. Das ist so, obwohl es heute eine Reihe von bewährten Programmen zur Behandlung von süchtigen Müttern zusammen mit ihren kleinen Kindern gibt, die in unterschiedlichen Settings eingesetzt werden können.*

Wie allgemein bekannt ist, wachsen viele Kinder in Familien auf, in denen mindestens eine erwachsene Person ein Suchtproblem hat. Es handelt sich in der Mehrzahl um Familien oder Partnerschaften, in denen der Vater oder ein männlicher Partner der Mutter ein Suchtproblem hat. Man würde also vermuten, dass sich die Suchthilfe insbesondere um Hilfen für Kinder bemüht, die in (Patchwork)Familien mit einem **männlichen Erwachsenen** leben, der problematische bzw. abhängige Konsummuster im Umgang mit Alkohol und anderen Drogen hat. Das ist weder in Deutschland noch in englischsprachigen Ländern der Fall.

In den USA wie in Deutschland konzentrieren sich die Hilfen für Familien mit Suchtproblemen zum einen auf süchtige Frauen, die zudem Mütter sind und mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern im Alter bis zu 12 Jahren (oder auch länger) zusammenleben. Zum andern sind es Kinder und Jugendliche sowie junge Erwachsene, die in Familien mit Suchtproblemen leben oder aufgewachsen sind, für die Gruppenprogramme entwickelt worden sind. In diesen Gruppen findet man vermutlich auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die mit einem Vater mit Suchtproblemen aufgewachsen sind.

Wir konzentrieren uns daher im Folgenden auf einige Programme, die für Mütter mit Suchtproblemen, die mit ihren (kleinen) Kindern zusammenleben wollen, entwickelt und erfolgreich umgesetzt worden sind.

Wie eine Vielzahl von Studien zeigt, sind die Familiensysteme, in denen Mütter leben, die Probleme im Umgang mit psychoaktiven Substanzen haben und die mit minderjährigen Kindern zusammenleben, meist sehr komplex. Zu dem Nukleus Mutter-Kind (bzw. Mutter-Kinder) kommt oft noch ein männlicher Partner oder – in vergleichsweise seltenen Fällen – eine Partnerin dazu. Bei den männlichen Partnern handelt es sich in manchen Fällen um die leiblichen Väter der Kinder; häufiger geht es jedoch um (temporäre) Partner der Mütter. Manche dieser Väter oder Partner haben ebenfalls Suchtprobleme. Immer häufiger stehen diese Familien unter der Aufsicht von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe bzw. den vor Ort zuständigen Jugendämtern. Man hat es also mit einer ganzen Reihe von Personen zu tun, die zu berücksichtigen sind, wenn es um Hilfen für diese Mutter-Kind-Familien geht. Neueste Studien aus den USA und das „Rahmenkonzept für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung“ (2019) geben einen Einblick in den Stand der Hilfen für süchtige Mütter und ihre Kinder in Forschung und Praxis.

Im amerikanischen Kontext sind Programme von besonderem Interesse, die mehrfach angewendet und evaluiert worden sind und deren Wirksamkeit mittlerweile gut belegt ist. Im Folgenden gehen wir auf drei Programme etwas näher ein, die für Mütter mit Suchtproblemen entwickelt worden sind, die mit sehr kleinen Kindern zusammenleben (0 bis ca. 5 Jahre).

Theoretisch lehnen sich die Programme an die Bindungstheorie von Bowlby (1988) an, erweitern diese aber, insofern die Traumatisierungen und weitere psychische (und soziale) Belastungen der Mütter ebenfalls berücksichtigt werden. Bosk und Mitarbeiterinnen (2019) beschreiben in ihrer Überblicksarbeit folgende Programme ausführlich.

Das Programm **„Building resilience through intervention: growing healthier together“** – **BRIGHT** wendet sich an Mütter mit Substanzkonsum- und anderen Störungen mit Kindern zwischen 0 und 5 Jahren. Es kann in Rehabilitationszentren (für die Dauer von 6-8 Monaten) ebenso eingesetzt werden wie in ambulanten Gruppensitzungen und sogar in Einzelsitzungen, die im Lebensumfeld der Mütter abgehalten werden können. Das Programm geht von den Stärken der Mütter aus unter gleichzeitiger Berücksichtigung ihrer Traumatisierungen und den damit verbundenen emotionalen Dysregulationen. Es zielt auf eine Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung ab. Es arbeitet mit dyadisch angelegten Spielen, Interaktionen und Kommunikationen, die anschließend reflektiert und analysiert werden. Dabei geht es u.a. darum, die emotionale Befindlichkeit der Mütter sowie diejenigen der Kinder herauszuarbeiten. Das Fachpersonal hilft den Müttern bei diesen Arbeiten und bietet, wenn nötig, Interpretationen an. Zusätzlich werden praktische Probleme der Mütter besprochen und nach passenden Lösungen gesucht. Unsystematische Evaluationsstudien und Beobachtungsstudien belegen die Wirksamkeit des Programms; eine systematische Wirksamkeitsstudie steht noch aus.

Im Programm **„Family-Based Recovery“** – **FBR** arbeiten Fachkräfte der Child Protective Services (vergleichbar mit der Deutschen Kinder- und Jugendhilfe) eng zusammen mit denen der Suchthilfe mit dem Ziel, mit der Stärkung der Mutter-Kind-Bindung die Abstinenzbereitschaft der Mütter ebenfalls zu stärken. Das Programm wendet sich an Mütter, die bereits abstinent sind, aber noch psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung benötigen, und die mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren zusammenleben. Das Behandlungsteam unterstützt sowohl die Mütter in Einzelsitzungen in ihrer Abstinenzorientierung als auch die Mutter-Kind-Bindung in dyadischen Sitzungen, in denen es um das Wohlergehen der Kinder geht. Auch hier geht es immer wieder um Reflektion und Analyse der Bedürfnisse sowohl der Mütter als auch ihrer Kinder. Das Programm wurde mehrfach evaluiert und für wirksam befunden; eine systematische Wirksamkeitsstudie wird zurzeit durchgeführt.

Das Programm **„Mothering from the Inside Out“** – **MIO** stellt ebenfalls die Mutter-Kind-Bindung in den Mittelpunkt unter Berücksichtigung der Zustände der Mütter nach einer Entzugsbehandlung. Das Programm richtet sich an Mütter nach dem Entzug mit Kindern zwischen 0 und 5 Jahren. In einzeltherapeutischen Sitzungen im Zeitraum von rund 3 Monaten sollen die Mütter lernen, sich ihrer eigenen emotionalen Zustände in ihrer Rolle als Sorgende bewusst zu werden in Verknüpfung mit dem emotionalen Zustand ihres Kindes.

Als Modell für eine sichere Bindung dient die therapeutische Beziehung, die die Therapeuten mit den Müttern aufbauen und auch in Krisenzeiten durchhalten. Auf dieser Basis sollen sich die Mütter ihrer eigenen Gefühlszustände bewusst werden und zugleich lernen, diejenigen ihrer Kinder wahrzunehmen. In einem weiteren Schritt geht es dann darum, die Fähigkeiten der Mütter zu stärken, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder liebevoll einzugehen. Einbezogen in die therapeutische Arbeit ist die Klärung von praktischen Alltagsproblemen, u.U. unter Heranziehung zusätzlicher Ressourcen. Nach Abschluss der Intensivphase wird den Müttern empfohlen, an Gruppenangeboten wie denen der Anonymen Alkoholiker, teilzunehmen. MIO ist in randomisierten, kontrollierten Studien untersucht worden; es ist ein Programm, das wirksam ist. Aktuell wird geprüft, wie MIO über das Einzelsetting hinaus

in andere Settings übertragen werden kann und wie gut es sich in der stationären und ambulanten Suchthilfe in verschiedenen Ländern bewährt.

Im deutschen Sprachraum richtet sich das Programm **STEEP („Steps Toward Effective and Enjoyable Parenting“)**, das ursprünglich in den USA entwickelt und für Deutschland adaptiert worden ist, ebenfalls an Mütter mit kleinen Kindern. Es ist allerdings kein Programm, das speziell zur Unterstützung bzw. Behandlung von Müttern mit Suchtproblemen, die mit ihren kleinen Kindern (0 bis 5 Jahre) zusammenleben, entwickelt worden ist. Vielmehr geht es um Mütter, die allgemein Probleme mit ihren kleinen Kindern haben bzw. um Familien, in denen es z.B. zu Gewalttätigkeiten kommen kann und die daher Unterstützung durch Jugendämter erhalten haben, insbesondere Familienhilfen (vgl. Suess et al., 2016). Die Unterstützung der Mütter bei der Erziehung ihrer Kinder ist auf zwei Jahre angelegt; die Intervention ist damit erheblich länger als in den oben dargestellten amerikanischen Programmen. Es liegt wohl auch an der Länge der Intervention, dass die Abbruchraten vergleichsweise hoch sind. Anders als die oben beschriebenen Programme geht es bei STEEP weniger um Reflexionen der eigenen Befindlichkeit und der Bedürfnisse des Kindes, sondern mehr um ein Skills-Training der Mütter im Umgang mit ihren neugeborenen oder kleinen Kindern. STEEP ist in den USA mehrfach evaluiert worden und wird für wirksam befunden. Für Deutschland liegt nur die Evaluationsstudie von Suess und Mitarbeiter\*innen vor, in der gezeigt werden konnte, dass die Bindungssicherheit der Kinder gestärkt werden konnte.

Für etwas ältere Kinder, die in Familien mit vielfachen Problemen aufwachsen, sind eine Vielzahl von Förderungen und Programmen entwickelt worden. Wir verweisen hier nur kurz auf die Programme, die im „Rahmenkonzept“ ausführlich erwähnt werden.

Für Kinder ab 3 bis 6 Jahren wurde das Programm **„PAPILIO“** entwickelt, das in Kindergärten und in der Grundschule eingesetzt werden kann. Es richtet sich sowohl an die Kinder im Vorschul- und frühen Schulalter, an die Erzieher\*innen sowie an die Eltern (Unterlagen dazu z.B. unter [hls-online.org](http://hls-online.org)). Es kann auch im Rahmen von Suchtrehabilitationsbehandlungen der Mütter eingesetzt werden, wenn entsprechende Ressourcen vorhanden sind.

Für Kinder ab 8 Jahren wird im „Rahmenkonzept“ das Programm **„TRAMPOLIN“** empfohlen. Es kann zur Behandlung von „Begleitkindern“ eingesetzt werden, also von Kindern, die 8 Jahre und älter sind und zusammen mit ihren Müttern in einer stationären Einrichtung sind, in der die Suchtprobleme der Mütter behandelt werden. Das Programm ist für diese „Begleitkinder“ evaluiert worden (Bröning et al., 2019).

Darüber hinaus haben sich familientherapeutische Programme für Familien, in denen eine Person (meist der Vater) ein Suchtproblem hat, sehr bewährt (vgl. dazu den einschlägigen Abschnitt in der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen“, AWMF, 2016, 2020).

Das große Verdienst des „Rahmenkonzepts“ liegt darin, dass es auf die Notwendigkeit und Nützlichkeit von Programmen für Mütter mit Suchtproblemen, die mit kleinen Kindern zusammenleben, aufmerksam macht und herausarbeitet, welchen Anforderungen Rehabilitationseinrichtungen genügen müssen, damit sie Programme für diese Personengruppen anbieten können. Mit sehr guten Gründen wird immer wieder betont, dass viel zu wenige Ressourcen zur Verfügung stehen für eine angemessene und wirksame Behandlung der Mütter bzw. der Eltern und ihrer Kinder.

## **Literatur: Hilfen für süchtige Mütter mit kleinen Kindern – und allgemein für Familien mit Suchtproblemen**

- AWMF Registernummer 076-001 (2015): Alkoholbezogene Störungen: Screening, Diagnose und Behandlung. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> (Aktuell in Überarbeitung).
- Bosk, E.A., Paris, R., Hanson, K.E., Rulsard, D., Suchman, N.E. (2019): Innovations in Child Welfare Interventions for Caregivers with Substance Use Disorders and Their Children. *Child Youth Service Review*, 101, 99–112.
- Bröning, S., Sack, P. M., Haevelmann, A., Wartberg, L., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2019). A new preventive intervention for children of substance-abusing parents: Results of a randomized controlled trial. *Child & Family Social Work*, 1-10
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York, Basic Books.
- Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Rahmenkonzept für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung. SuchtAktuell, Sonderheft 2019.
- Suess, G.J., Bohlen, U., Carlson, E.A., Spangler, G., Maier, M.F. (2016): Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high-risk sample. *Attachment & Human Development*, 2016, 18 (5), 443–460.

## **Words matter – Wie soll man über Alkohol und andere Drogen, ihren Konsum und die damit verbundenen Folgen sprechen?**

*Zur Beschreibung von Problemen, die mit dem Konsum von psychoaktiven Substanzen verbunden sind, verwenden wir ganz selbstverständlich Begriffe, die moralisch hoch aufgeladen sind mit der Folge, dass Sachverhalte und Menschen, die entsprechend bezeichnet werden, stigmatisiert sind. Das trägt nachweislich nicht zum Verständnis der Probleme bei. Empirische Studien zeigen darüber hinaus, dass Menschen, die in ungesunder Weise psychoaktive Substanzen nutzen, Hilfen vermeiden, wenn sie als Süchtige gebrandmarkt werden. Es wird daher Zeit, neue Sprachregeln zu finden, die nicht stigmatisierend sind.*

Unter der Überschrift „Words Matter“, hat NIDAMED (2020, vgl. Kelly et al., 2015) zu auffordert, über die Sprachpatterns kritisch nachzudenken, die wir zur Beschreibung von Menschen verwenden, die in ungesunder Weise psychoaktive Substanzen nutzen. Es geht also um den ungesunden Konsum von alkoholischen Getränken, von Opiaten und Opioiden, um Kokain, Amphetamine und andere Substanzen, die die Wahrnehmung, das Bewusstsein und das emotionale Erleben beeinflussen können. NIDAMED fordert auf, Begriffe wie *Alkoholismus* und *Alkoholiker*, *Sucht* und *Süchtiger* usw. nicht mehr zu benutzen, weil diese mit Vorurteilen gegenüber den Betroffenen aufgeladen sind und daher stigmatisieren. Das Stigma, das mit diesen Begriffen verbunden ist, trägt nachweislich dazu bei, dass die Betroffenen den Besuche einer *Suchtberatungsstelle* möglichst lange aufschieben (Schomerus et al., 2017) mit der Folge, dass sie erst dann Hilfe suchen, wenn sie unter erheblichen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen leiden. Das erschwert eine erfolgreiche Behandlung der Betroffenen sowie die Implementierung von Hilfen für ihre Angehörigen, insbesondere für Kinder in diesen Familien.

Die Diskussion um nicht-stigmatisierende Begriffe zur Beschreibung von den vielen Menschen, die in der einen oder anderen Weise psychoaktive Substanzen verwenden, nimmt, wie es scheint, langsam auch in Deutschland Fahrt auf (z.B. Spektrum scilog; Serie über Drogenpolitik). Müller (2011; 2020) unterstreicht in mehreren Beiträgen den instrumentellen Nutzen von Drogen. Demnach geht es den Nutzer\*innen von Drogen um eines oder mehrere der folgenden Ziele: (1) Verbesserung sozialer Interaktionen; (2) erleichtertes Sexualverhalten; (3) Verbesserung kognitiver Leistungen beziehungsweise Verringerung von

Ermüdung; (4) Verbesserung der Erholung beziehungsweise der Verarbeitung von Stress; (5) Selbstmedikation psychischer Störungen; (6) Bewusstseinerweiterung; (7) Erleben eines High-Gefühls beziehungsweise Euphorie; (8) Verbesserung der physischen Attraktivität; und schließlich (9) die Verbesserung spiritueller beziehungsweise religiöser Erfahrungen. Man muss nicht mit allen Zielen, die mit dem Einsatz von psychoaktiven Substanzen (leichter) erreicht werden können, einverstanden sein, aber es lohnt sich, darüber genauer nachzudenken.

Betrachtet man die Ziele (1) und (2), dann liegt auf der Hand, dass sehr viele Menschen sehr oft psychoaktive Substanzen einsetzen, um diese zu erreichen. In Europa und Amerika setzt man am häufigsten alkoholische Getränke ein, um leichter mit anderen in verbalen und nicht selten auch in sexuellen Kontakt zu kommen. In anderen Regionen werden Stimulantien oft für diese Ziele genutzt. Um die kognitiven Leistungen zu verbessern, werden relativ häufig stimulierende Mittel eingesetzt, eine Hoffnung, die in der Regel nicht erfüllt wird. Empirische Studien zeigen immer wieder, dass sich die kognitiven Leistungen unter dem Einfluss von Stimulantien oder von anderen psychoaktiven Substanzen nicht wesentlich verbessern (Repantis et al., 2010). Kokain, Amphetamine und ähnliche Produkte verhindern jedoch Ermüdung; wie Müller (2019) schreibt, kann man damit „sehr lange einer Sache folgen, ganz gleich, ob dies Arbeit ist oder auch eine Tätigkeit im Freizeitbereich“. In diesem Sinne lässt sich Leistung mit Hilfe von Stimulantien steigern (Franke et al., 2017).

Aus dem Radsport kennt man Beispiele, die zeigen, dass das bis zur totalen Erschöpfung gehen kann. Die Erfahrungen, die man im Radsport mit Amphetaminen und andere aufputschenden Substanzen gemacht hat, haben dazu beigetragen, dass sie als Dopingmittel eingestuft und in die Verbotsliste der Welt-Anti-Doping-Agentur aufgenommen worden sind. Die Verwendung von Dopingmitteln wie den Amphetaminen im Sport zeigen besonders deutlich, dass die Grenzen zwischen dem zielgerichteten und sinnvollen Einsatz z.B. von stimulierenden psychoaktiven Substanzen und dem gefährlichen und gesundheitsschädlichen fließend sind und dass sie aus Ehrgeiz oder einfach nur aus Leichtsinn sehr leicht überschritten werden können.

Je häufiger die Mittel konsumiert werden, umso eher kann die eigene Kontrolle über den Konsum entgleiten kann; Menschen können von der Einnahme von psychoaktiven Substanzen abhängig werden. Im Alltag aber auch in anderen Kontexten sprechen wir dann von *Sucht* und von *Süchtigen*, Begriffe, die man, wie eingangs ausgeführt, vermeiden soll, weil sie Werturteile transportieren und daher stigmatisieren. Wer einmal als *süchtig* stigmatisiert worden ist, neigt dann dazu, dieselben Substanzen zur Selbstmedikation einzusetzen, in diesem Fall zur Behandlung des Stigmas - und der Sucht. Kanthzian hat seit den 1970er Jahren wiederholt darauf hingewiesen, dass viele Menschen psychoaktive Substanzen zur Behandlung von Traumatisierungen und anderen psychischen Störungen einsetzen, nicht selten mit der Folge, dass sich zusätzlich Substanzkonsumstörungen entwickeln.

Freilich ist es nicht einfach Begriffe wie *Sucht*, *Suchtberatung*, *Suchthilfe* usw. durch weniger moralisch aufgeladene und weniger abwertende Begriffe zu ersetzen. Das zeigt auch dieser Forschungsbrief, der ebenfalls auf diese Begriffe zur Beschreibung vom ungesunden Konsum von psychoaktiven Substanzen zurückgreift. Ob der Verweis auf den instrumentellen Nutzen von psychoaktiven Substanzen einerseits und dem ungesunden Konsum dieser Stoffe andererseits weiterführen kann, ist zu diskutieren.

## **Literatur: Words matter – Wie soll man über Alkohol und andere Drogen, ihren Konsum und die damit verbundenen Folgen sprechen?**

- Franke, A.D. et al. (2017): Methylphenidate, modafinil, and caffeine for cognitive enhancement in chess: A double-blind, randomised controlled trial. *European Neuropsychopharmacology*, 27(3), 248-260.
- Khantzian, E.J., Mack, J.E., Schatzberg, A.F. (1974): Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 160–164.
- Kelly, J. F., Saitz, R., Wakeman, S. (2016): Language, substance use disorders, and policy: The need to reach consensus on an “Addictionary”. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 34(1), 116-123.
- Müller, C.P., Schumann, G. (2011): Drugs as instruments: A new framework for nonaddictive psychoactive drug use. *Behavioural Brain Sciences*, 34(6), 293–310. doi:10.1017/S0140525X11000057
- Müller, C.P. (2019): Psychologische und neurobiologische Mechanismen der Drogeninstrumentalisierung. <https://scilogs.spektrum.de/menschenbilder/die-droge-als-instrument/>
- Müller, C.P. (2020): Drug instrumentalization. *Behavioural Brain Research*, 390, 112672. Doi.org/10.1016/j.bbr.2020.112672.
- NIDAMED (2020): Words Matter - Terms to use and avoid when talking about addiction. NIH-NIDA-  
[https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/nidamed\\_wordsmatter3\\_508.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/nidamed_wordsmatter3_508.pdf)
- Repantis, D. et al. (2010): Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research*, 62(3), 187-206.
- Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B. et al. (2017): Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. *Sucht*, 63, 253-259.

### **Herausgeberin:**

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,  
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: [hls@hls-online.org](mailto:hls@hls-online.org),  
Twitter: [@HLS\\_Frankfurt](https://twitter.com/HLS_Frankfurt)

### **Redaktion:**

Prof. Dr. Irmgard Vogt,  
Frankfurt University of Applied Sciences,  
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.  
Tel: (0 69) 94413495,  
E-Mail: [vogt@fb4.fra-uas.de](mailto:vogt@fb4.fra-uas.de)

Prof. Dr. Martin Schmid,  
Fachbereich Sozialwissenschaften,  
Hochschule Koblenz,  
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz  
Tel: (0261) 9528254,  
E-Mail: [martin.schmid@hs-koblenz.de](mailto:martin.schmid@hs-koblenz.de)