

**Zeitschrift:** SuchtMagazin

**Herausgeber:** Infodrog

**Band:** 38 (2012)

**Heft:** 1

**Artikel:** Familiäre Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Suchterkrankungen

**Autor:** Thomasius, Rainer / Bröning, Sonja

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-800426>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 29.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Familiäre Einflüsse auf Entstehung und Verlauf von Suchterkrankungen

**«Familie und Sucht» – mit diesem Zusammenhang beschäftigt sich die Forschung zur Entstehung, Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen in zunehmendem Masse. In der Vielzahl von Einflüssen auf die Entstehung einer Suchterkrankung spielt die Familie eine wichtige Rolle: Eltern haben durch ihr Verhalten einen Einfluss darauf, ob Jugendliche Probleme mit Alkohol oder Drogen haben. Familienangehörige können auch den Behandlungserfolg bei substanzbezogenen Störungen massgeblich beeinflussen. Sie sollten darum in die Therapie mit einbezogen werden.**

## Rainer Thomasius

Prof. Dr. med., Ärztlicher Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters DZSKJ, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistrasse 52, D-20246 Hamburg, thomasius@uke.de, www.dzskj.de

## Sonja Bröning

Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin am DZSKJ, Zentrum für Psychosoziale Medizin, s.broening@uke.de, www.dzskj.de

## Einführung

Die Beziehung zwischen Familie und Sucht ist aus mehreren Gründen wichtig: Zum einen werden die Grundsteine für eine wirksame Prävention von Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit bereits in der Familie durch elterliches Verhalten gelegt. Zum anderen darf bei einer Suchterkrankung nicht nur das Individuum für sich allein betrachtet werden. Die ganze Familie ist mitbetroffen, wenn ein Familienmitglied alkohol- oder drogenabhängig ist. Die Beziehungen innerhalb der Familie kommen da-

durch möglicherweise ins Wanken, so dass auch professionelle Hilfen das gesamte Familiensystem im Blick behalten müssen. Auch bei der Behandlung der Suchterkrankung ist entscheidend, wie die anderen Familienmitglieder mit der Sucht umgehen. Im Folgenden wird zunächst der familiäre Einfluss auf die Entstehung von Suchtstörungen beschrieben und in den grösseren Kontext weiterer möglicher Einflussfaktoren eingeordnet. Anschliessend werden familiäre Einflüsse auf den Verlauf einer Suchterkrankung diskutiert und Schlussfolgerungen für präventives Handeln gezogen.

## Welche Rolle spielt die Familie bei der Entstehung von Suchterkrankungen?

Die einschlägige Fachliteratur weist eine fast unüberschaubare Vielfalt an unterschiedlichen Erklärungsmodellen über die Entstehung und den Verlauf von Substanzstörungen auf. Oft richten sich diese Modelle stark an dem jeweils zugrunde liegenden Forschungsansatz (biologisch, psychobiologisch, psychologisch,

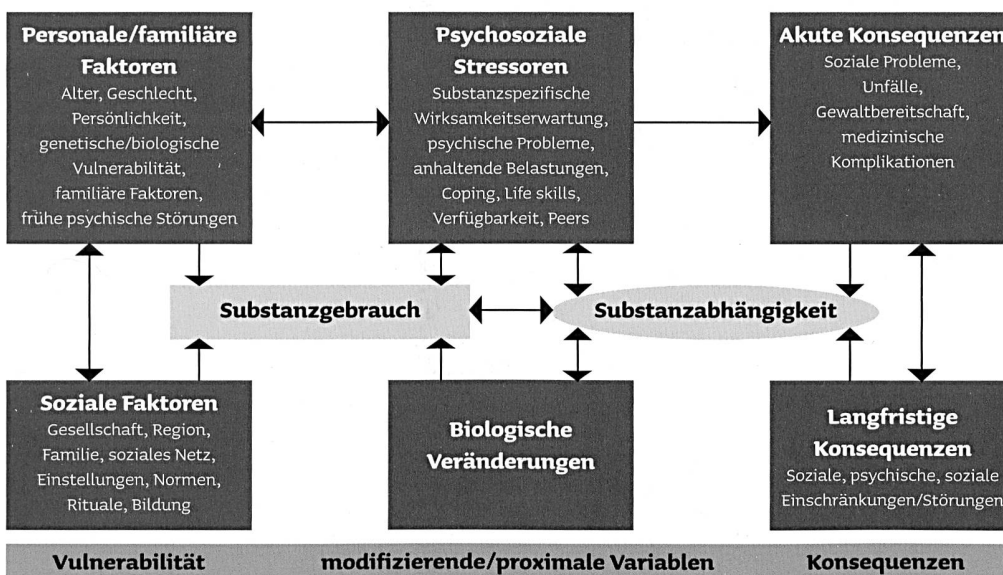


Abb. 1: Modell zur Entstehung von substanzbezogenen Störungen.<sup>2</sup>

Merkmalsbereiche	Risikofaktoren
Personale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Geschlecht männlich</li> <li>– relativ jünger bei Beginn des Substanzkonsums</li> <li>– höhere Ausprägung von Depressivität</li> <li>– hohes Stresserleben</li> </ul>
Familiäre Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– mehr Probleme mit der Mutter</li> <li>– Vater gleichgültig gegenüber der Entwicklung des Kindes</li> </ul>
Psychosoziale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– schulische, Ausbildungs- oder Berufsprobleme des Jugendlichen</li> <li>– schlechtere Einkommenssituation des Vaters</li> <li>– früh-adoleszente Dissozialität</li> <li>– viele substanzmissbrauchende Peers</li> </ul>
Proximal modifizierende Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Baseline-Substanzkonsum (Zahl konsumierter Substanzen)</li> <li>– bereits mehrere Vorbehandlungen</li> <li>– eher kurze Behandlungsdauer</li> <li>– Behandlungsabbruch</li> </ul>

Tab. 1: **Risikofaktoren für den Beginn und negativen Verlauf von Substanzkonsum und Substanzmissbrauch.**<sup>4</sup>

sozialpsychologisch, sozialwissenschaftlich) aus oder sie beziehen sich nur auf bestimmte Substanzen und den jeweils untersuchten Personenkreis. Ein allgemein gültiges Erklärungsmodell gibt es also nicht, sondern nur «Puzzleile» einer umfassenden Theorie zur Entstehung von Sucht. Daher versucht man, unter dem Begriff eines «multifaktoriellen Bedingungsgefüges» die vielen Forschungsergebnisse, die es bisher gibt, zusammenzufassen. Für die Darstellung familiärer Einflüsse ist das Modell von Edwards et al.<sup>1</sup> besonders geeignet, da es verschiedene Dimensionen unter der Einbeziehung des Entwicklungsaspektes verbindet, und die Herkunftsfamilie aus dieser Perspektive naturgemäss einen hohen Stellenwert hat.

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, wird in der Entstehung von Substanzstörungen zwischen Vulnerabilitätsfaktoren, d.h. Einflüssen die zu einer allgemeinen Anfälligkeit für die Störung führen, und modifizierenden proximalen Risikofaktoren unterschieden. Letztere Risikofaktoren werden als proximal («am nächsten gelegen») bezeichnet, weil es sich um Einflüsse handelt, die nicht so sehr stabil und personal sind, sondern auch stark von der jeweiligen Situation abhängen, in der die Person sich befindet. Missbrauch oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen entwickelt sich dann, wenn eine entsprechende Vulnerabilität durch die in der Abbildung beschriebenen personalen, familiären bzw. sozialen Faktoren gegeben ist, und proximale Risikofaktoren das Auftreten von Suchtproblemen zusätzlich begünstigen. Dabei kann der Substanzabhängigkeit ein missbräuchlicher Konsum vorangehen, dies ist aber nicht immer der Fall. Es wird deutlich, dass die proximalen Faktoren weniger stabil sind als die Vulnerabilitätsfaktoren. So kann sich eine Variable wie «Stress» oder der Einfluss bestimmter Freunde vergleichsweise leicht verändern. Prävention und Intervention zielen daher häufig auf proximale Faktoren ab. Das Modell lässt sich im Übrigen auch positiv interpretieren, nämlich im Hinblick auf Einflüsse, die das Auftreten einer Suchterkrankung eher unwahrscheinlich machen. Auch hier gibt es zum einen personale, familiäre und soziale Faktoren, die diesbezüglich eine «Schutzwirkung» entfalten, und zum anderen proximale Ressourcen wie konstruktive Stressbewältigungskompetenzen.

Solche oder ähnliche Modelle liegen vielen Studien zur Entstehung von Suchtstörungen zugrunde, die dann prüfen, welche Einflüsse besonders bedeutsam sind, wie diese untereinander in Beziehung stehen, und ob weitere Aspekte wie Geschlechtsunterschiede oder die Zeit des Auftretens bestimmter Stressoren eine Rolle spielen. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass empirisch vor allem

die in Tabelle 1 aufgeführten Einflüsse den Beginn und negativen Verlauf eines Substanzmissbrauchs begünstigen.<sup>3</sup>

Aus der Tabelle wird deutlich, dass familiäre Einflüsse auch empirisch einen hohen Stellenwert einnehmen.<sup>5</sup>

#### *Familiäre Einflüsse als Risiko- und Schutzfaktor*

Bedeutsame Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und Substanzmissbrauch sind gut belegt<sup>6</sup> und leuchten ein, denn Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen beginnt zu einem Zeitpunkt, wo diese noch bei ihren Herkunftsfamilien wohnen – in Europa und Nordamerika im Alter von etwa 14-15 Jahren.<sup>7</sup> Wenn Eltern oder Geschwister antisoziales Verhalten zeigen oder sich wenig um soziale Normen kümmern, besteht ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch. Ein inkonsequentes, gleichgültiges und wenig unterstützendes Erziehungsverhalten hängt ebenfalls mit Substanzmissbrauch zusammen. Auf der anderen Seite gibt es auch ein «zuviel des Guten»: Jugendliche mit überprotektiven Eltern sind ebenfalls gefährdet. Insgesamt lassen sich folgende familiäre Risikofaktoren festhalten:<sup>8</sup>

- Genetische Prädisposition, Fälle von Psychopathologie in der Familiengeschichte
- Gewalt- und Missbrauchserfahrungen des Kindes (auch in Zeugenschaft)
- Mehrgenerational tradierte gestörte Familienverhältnisse
- Probleme der Eltern untereinander, dissoziales Verhalten der Eltern
- Eltern und/oder Geschwister als negative soziale Modelle des Substanzgebrauchs
- Fehlende elterliche Wärme, geringe Eltern-Kind-Bindung (v.a. in Bezug auf die Mutter), fehlende Offenheit in der Art der familialen Kommunikation, unklare Grenzen zwischen Familienmitgliedern
- Erziehungsstil der Eltern: gleichgültig oder autoritär
- Soziale Isolation der Familie nach aussen
- Armut oder sozialer Abstieg der Familie
- Überforderung, Krankheit, Stress eines Familienmitglieds
- Scheidung, Todesfall in der Familie
- Zugehörigkeitsgefühl zur Herkunftsfamilie geringer als zu Gleichaltrigen

Eine Häufung mehrerer Faktoren steigert das Risiko, suchtkrank zu werden. Die Abwesenheit von Risikofaktoren stellt noch keinen Schutzfaktor dar, hiermit sind eher spezifische Einflüsse gemeint, die das Risiko des Substanzmissbrauchs abschwächen oder negative Folgewirkungen reduzieren. Zu derartigen Protektivfaktoren existiert bislang deutlich weniger Forschung. Nach Silbereisens Review entstammen aber Jugendliche, die keinen dauerhaften Substanzmissbrauch entwickeln, aus Familien, die ihnen Geborgenheit und Zuwendung in Verbindung mit klaren Erwartungen vermitteln und dadurch die Entwicklung kognitiver und sozialer Kompetenzen fördern.<sup>9</sup> So trinken Jugendliche häufig, um Gleichaltrige mit pseudoerwachsenem Auftreten zu imponieren, legen ihr problematisches Trinkverhalten aber später meist von selbst ab.<sup>10</sup> Insgesamt wird deutlich, dass nicht der Familientyp oder äussere Formen von Familien entscheidend sind, sondern die Prozesse innerhalb der Familie:<sup>11</sup> Kinder brauchen Wärme und Zuwendung, eine altersgemässe Förderung und Herausforderung und die Sicherheit einer verlässlichen Familiensituation.<sup>12</sup> Auch eine funktionale Familie kann einen Substanzkonsum nicht völlig verhindern, sie senkt jedoch das Risiko für Substanzmissbrauch und negative Folgewirkungen des Konsums.

#### *Suchtkranke Eltern – suchtkranke Kinder?*

Ein besonderes Risiko für Probleme mit Alkohol oder Drogen weisen Personen auf, deren Eltern, seien es ein oder beide El-



ternteile, an einer Suchterkrankung litten. Dies ist kein kleiner Personenkreis: In der Bundesrepublik Deutschland sind bspw. ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von bis zu 18 Jahren von elterlicher Alkoholstörung betroffen.<sup>13</sup> Wie in einem Brennglas bündeln sich in diesen Familien häufig viele der oben genannten Risikofaktoren, wie genetische Vererbung problematischer Merkmale, familiäre Konflikte und soziale Problemlagen. Als Haupterfahrung für Kinder, die über einen längeren Zeitraum von elterlicher Sucht betroffen sind, gilt die «Volatilität» elterlichen Verhaltens, d.h. ein starkes Schwanken zwischen Fürsorge und Vernachlässigung, Belohnung und Bestrafung, je nach Zustand des suchtkranken, aber ggf. auch des nicht-suchtkranken Elternteils. Resultierend aus dieser Unberechenbarkeit berichten Kinder aus suchtbelasteten Familien häufig von starken Ambivalenzgefühlen und Loyalitätskonflikten gegenüber den Eltern, aber auch von starken Belastungen aus der erschwerten Alltagsbewältigung mit dem suchtkranken Elternteil.<sup>14</sup> Trotz des deutlich erhöhten Risikos gilt jedoch auch hier, dass es keinen Determinismus gibt: Viele Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickeln später keine eigene Substanzstörung. Diese als «resilient» bezeichneten Personen weisen spezifische Merkmale auf wie innere Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit und die Initiative, sich nach aussen (z.B. in Richtung sozialer oder sportlicher Aktivitäten) zu orientieren.<sup>15</sup> Präventives Arbeiten mit Kindern suchtkranker Eltern sollte daher auf die Stärkung dieser Resilienzen abzielen, wie es z.B. das neu entwickelte Gruppenangebot «Trampolin»<sup>16</sup> tut.

### Welche Rolle spielt die Familie im Verlauf von Suchterkrankungen?

Soziale Beziehungen im direkten Umfeld Suchtkranker, vor allem die Beziehung zu eigenen Eltern, Kindern oder PartnerInnen, aber auch deren Beziehungen untereinander haben sich in vielen Studien als bedeutsam für die Beendigung oder Aufrechterhaltung einer Substanzstörung erwiesen.<sup>17</sup> Auch hier sind es wieder die interpersonellen Prozesse, d.h. der tägliche Umgang und die Kommunikation untereinander, die den ausschlaggebenden Einfluss auf die Entwicklung der Substanzproblematik nehmen. Dabei stellt die Suchterkrankung eine erhebliche Gefahr für das Familiensystem dar, das durch das Verhalten der erkrankten Person stark belastet ist. Vor allem EhepartnerInnen und Kinder leiden häufig unter den destruktiven Begleiterscheinungen der Sucht wie Gewalt, Unberechenbarkeit, sexuellem oder emotionalem Missbrauch u.v.m. Gleichzeitig werden im klinischen Kontext häufig Verhaltensweisen der EhepartnerInnen beobachtet, die vor allem im Kontext der Alkoholabhängigkeit eine Aufrechterhaltung der Sucht zementieren. Dazu gehört z.B. die übermäßige Verantwortungsübernahme für den/die PartnerIn, das Entschuldigen seines/ihrer Verhaltens, aber auch zwanghafte Kontrollversuche im Hinblick auf den Konsum der suchtkranken Person.<sup>18</sup> Derartige Verhaltensmuster, die die Sucht des Partners oder der Partnerin noch verstärken, werden häufig als «Co-Abhängigkeit» bezeichnet. Allerdings muss diese eher individuelle Betrachtungsweise der Rolle Angehöriger durch eine interaktionale Perspektive ergänzt werden, die gemeinsam entstandene Verhaltensmuster in den Fokus nimmt. Hier haben einige Ansätze aus der Familien- und Kommunikationspsychologie einen wichtigen Beitrag geleistet.

#### Familientherapeutische Perspektiven

Aus der Sicht der psychodynamisch orientierten Familientherapieschulen weisen Familien mit einem suchtkranken Kind eine fehlende interpersonale Abgrenzung und starke familiäre Loyalitätsbindungen auf. Durch die Substanzabhängigkeit bewahrt das Kind die Eltern vor negativen Gefühlen im Zusammenhang mit seiner Loslösung aus der Familie. Dies trägt zur Aufrechterhaltung der Sucht bei.<sup>19</sup> Aber auch andere dysfunktionale Beziehungsmuster wie das übermäßige Verwöhnen, das zu einer Fortsetzung im

Substanzkonsum Jugendlicher führt, oder die extreme Vernachlässigung, die durch den Konsum ausgeglichen wird, werden in dieser Therapieschule beschrieben.<sup>20</sup> Die Beziehungsmuster der erwachsenen Suchtkranken wiederholen die kindlichen dysfunktionalen Bindungen, indem sie sich z.B. auf die Partnerwahl auswirken, und stabilisieren somit wiederum die Suchtproblematik.

Der strukturell-familienpsychologische Ansatz beschreibt Familien mit einem suchtkranken Kind als rigide und festgefahren in ihrer Interaktion, ohne Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen zur Bewältigung ihrer Situation. Die Aufrechterhaltung der Sucht wird aus dieser Sicht dadurch verstärkt, dass der suchtkranke Jugendliche seine Eltern mittels der Substanzprobleme von eigenen Konflikten ablenkt. Diese Betrachtungsweise hat eine grosse Bedeutung in der therapeutischen Behandlung von Substanzstörungen erlangt, sie ist zudem empirisch vergleichsweise gut belegt.<sup>21</sup>

Strategisch ausgerichtete FamilientherapeutInnen fragen vor allem nach der Bedeutung der einzelnen Familienmitglieder für den Substanzmissbrauch des Patienten oder der Patientin. Wichtig sind auch hier die beziehungsgestaltende und -regulierende Funktion des Substanzkonsums sowie die wechselseitige Aufrechterhaltung von Mustern, die aus der Abhängigkeit resultieren. So bewertet Stanton<sup>22</sup> den Substanzkonsum als paradoxe Lösung eines adoleszenten Ablösungskonflikts: Im Drogenrausch können sich die Konsumierenden von ihrer Herkunftsfamilie emotional distanzieren. Gleichzeitig verbleiben sie in kindlicher Abhängigkeit, weil jegliche Aggression auf die Drogenwirkung zurückgeführt werden kann, anstatt von den Eltern als Ablösung interpretiert zu werden.<sup>23</sup>

Der systemische Ansatz geht davon aus, dass Verhaltensmuster, die in der Vergangenheit zur Lösung von Konflikten eingesetzt wurden, immer wieder angewandt werden – auch wenn sie nicht (mehr) zum gewünschten Erfolg führen. Substanzkonsum wird hier als eskalierendes Verhaltensmuster verstanden: Der Konsum von Suchtmitteln wird mit Suchtmitteln zu lösen versucht. Gleichzeitig versuchen SystemikerInnen, sich von Diagnosen zu lösen, die das Problem «zementieren», indem sie z.B. danach fragen, wer im Umfeld der Suchtkranken diese als abhängig bewertet. Systemisches Gedankengut ist intensiv in die Behandlung von Suchterkrankungen eingeflossen. Gleichzeitig ist die Wirksamkeit systemischer Therapie bei Substanzstörungen besonders gut belegt: In einer aktuellen Überblicksarbeit wurden aus den verfügbaren Studien positive und langfristig anhaltende Effekte systemischer Interventionen vor allem für jugendliche, aber auch für erwachsene Suchtkranke konstatiert.<sup>24</sup> Besonders bemerkenswert war die höhere Haltequote im Vergleich zu anderen Suchttherapie-Ansätzen sowie das Auftreten positiver «Schläfer-Effekte», d.h. von Auswirkungen der Therapie, die erst einige Zeit nach Therapieende auftreten.<sup>25</sup>

#### Einfluss der Familie auf den Behandlungserfolg

Die unterschiedlichen Zugänge haben eines gemeinsam: Sie verdeutlichen den Stellenwert der Familie für die therapeutische Behandlung von Suchtkranken. So ist es begrüssenswert, dass familientherapeutische Theorien und Methoden mittlerweile in unterschiedlichen stationären und ambulanten Behandlungssettings zum Einsatz kommen. Wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit der Einbeziehung Angehöriger, vor allem im Rahmen stationärer Langzeitmassnahmen, finden sich bislang eher selten. Die vorhandenen Forschungsarbeiten sprechen aber für eine positive Bewertung familientherapeutischer Suchttherapien.<sup>26</sup> In der Behandlung minderjähriger Suchtkranker gibt es mehr empirische Evidenz: Metaanalysen zufolge erreichen jugendliche Substanzabhängige ein besseres Behandlungsergebnis, wenn im Verlauf der Behandlung auch der Erziehungsstil der Eltern günstig beeinflusst werden kann.<sup>27</sup> Der Behandlung abträglich sind hingegen viele

Probleme mit der Mutter und ein Vater, der gleichgültig gegenüber der Entwicklung des Kindes ist.<sup>28</sup> Gelingt es, die Eltern direkt in die Behandlung mit einzubeziehen, so werden die Behandlungserfolge nachhaltiger.<sup>29</sup>

## Fazit

Festgehalten werden kann, dass eine therapeutische Arbeit mit SubstanzkonsumentInnen familiäre Hintergründe abklären und am besten die Herkunftsfamilie mit einbeziehen sollte. Für präventives Arbeiten geben die dargestellten Forschungsergebnisse ebenfalls wichtige Hinweise wie z.B. die Orientierung an proximalen Ressourcen, die Arbeit an Interaktionsmustern in der Familie und die Einbeziehung von Familienmitgliedern auch im Bereich der Prävention. Gleichzeitig überlappen sich familiäre Risikofaktoren für Substanzmissbrauch grossteils mit denen für Delinquenz und Verhaltensstörungen, weswegen Präventionsprogramme für Risikogruppen diese Störungen gemeinsam ansprechen sollten.<sup>30</sup> Ein Beispiel für ein derartiges Präventionsprogramm ist das neue Angebot «Familien Stärken», das derzeit in einer multizentrischen Studie am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters evaluiert wird. Das aus den USA stammende «Strengthening Families Program 10-14» zur familienbasierten Prävention von Sucht- und Verhaltensstörungen wurde im Vorfeld für den Einsatz in Deutschland angepasst. Hierfür erfolgte im Rahmen einer Pilotstudie die kultursensible Adaptation der Materialien (Manual und Filmmaterial).<sup>31</sup> Bei «Familien Stärken» wird die ganze Familie einbezogen, was sicherlich die mehrfach dokumentierten, sehr guten Effekte des Programms auf die kindliche Entwicklung erklärt.<sup>32</sup>

Die Bedeutung der Familie in der Entstehung und im Verlauf von Suchtstörungen ist gross, allerdings bestehen an vielen Stellen auch noch erhebliche Wissenslücken. So wären differenzierende Untersuchungen zur Bedeutung von (familialen) Risiko- und Schutzfaktoren in den Einstiegs-, Ausstiegs und Rückfallphasen eines Substanzmissbrauchs wünschenswert. Ausserdem sollten zur «Vervollständigung des Bildes» auch die Einflüsse enger Bezugspersonen und anderer Sozialisationsinstanzen (Kindergarten, Schule, Jugendhilfe) auf den Konsumverlauf erforscht werden. ●

## Literatur

- Diamond, G. S./Serrano, A. C./Dickey, M./Sonis, W. A. (1996): Current state of family-based outcome and process research. *Journal of American Academic Child Psychiatry* 35: 6-16.
- Edwards, G./Arif, A./Hodgson, R. (1981): Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: A WHO Memorandum. *Bulletin World Health Organization* 59: 225-242.
- Essau, C. A./Stigler, H./Scheipl, J. (2002): Epidemiology and Co-Morbidity. Pp. 63-85 in: C.A. Essau (Ed.), *Substance Abuse and Dependence in Adolescence*. Hove UK: Brunner-Routledge.
- Grob, A./Jaschinski, U. (2003): *Erwachsen werden*. Weinheim: Beltz PVU.
- Klein, M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2: 118-124.
- Klein, M. (2005): Alkoholabhängigkeit. S. 61-71 in: R. Thomasius/U.J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Kumpfer, K. L./Olds, D. L./Alexander, J. F./Zucker, R. A./Gary, L. E. (1998): Family Etiology of Youth Problems. Pp. 42-77 in: R. S. Ashery/E. B. Robertson/K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through Family Intervention*. NIDA Research Monograph 177. Rockville MD: National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse.
- Lieb, R./Schuster, P./Pfister, H./Fuetsch, M./Höfler, M./Isensee, B./Müller, N./Sonntag, H./Wittchen, H-U. (2000): Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht* 46: 18-31.
- Phillips, S. D./Hargis, M. B./Kramer, T. L./Lensing, S. Y./Taylor, L./Burns, B. J./Robbings, J. M. (2000): Toward a Level playing Field: Predictive Factors for the Outcomes of Mental Health Treatment for Adolescents. *Journal of American Academy Child Psychiatry* 39: 1485-1495.

- Reilly, D. M. (1975): Family Factors in the Etiology and Treatment of Youthful Drug Abuse. *Family Therapy* 2: 149-171.
- Reinherz, H. Z./Giaconia, R. M./Carmola Hauf, A. M./Wasserman, M. S./Paradis, A. D. (2000): General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood. *Journal of American Academy Child Psychiatry* 39: 223-231.
- Sack, P.-M./Thomasius, R. (2009): Familiäre Einflüsse. S. 147-151 in: R. Thomasius/M. Schulte-Markwort/U.J. Küstner/P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Silbereisen, R. K. (1995): Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. S. 1056-1068 in: R. Oerter/L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.
- Stanton, M. D. (1978): Some outcome results and aspects of structural family therapy with drug addicts. Pp. 135-147 in: D. Smith/S. Anderson/M. Bruxton/T. Chung/N. Gottlieb/W. Harvey (Eds.), *A Multicultural View of Drug Abuse. The Selected Proceedings of the National Drug Abuse Conference 1977*. Cambridge, MA: Hall/Schenkman.
- Stolle, M./Sack, P.-M./Stappenbeck, J./Thomasius, R. (2010): Familienbasierte Prävention bei Kindern und Jugendlichen. *Das Strengthening Families Program*. *Sucht* 56 (1): 51-60.
- Stierlin, H. (1980): Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Frankfurt: Suhrkamp.
- Szapocznik, J./Perez-Vidal, A./Brickman, A. L. (1988): Engaging Adolescent Drug Abusers and Their Families in Treatment: A Strategic Structural Systems Approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 552-557.
- Thomasius, R./Küstner, U. J. (Hrsg.): *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Thomasius, R./Sack, P.-M./Küstner, U. J./Schindler, A. (2005): Drogenabhängigkeit. S. 81-94 in: R. Thomasius/U. J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- Von Sydow, K./Schindler, A./Behr, R./Schweitzer-Rothers, J./Retzlaff, R. (2010): Die Wirksamkeit systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. *Sucht* 56 (1): 21-42.
- Weichold, K./Silbereisen, K. (2006): Illegale Drogen. S. 155-175 in: A. Lohaus/M. Jerusalem/J. Klein-Hessling (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.
- Wolin, S./Wolin, S. (1995): Resilience Among Youth Growing Up in Substance-Abusing Families. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 42: 415-429.

## Endnoten

- 1 Vgl. Edwards et al. 1981.
- 2 Modifiziert nach Lieb et al. 2000; Thomasius et al. 2005.
- 3 Vgl. z.B. Phillips et al. 2000.
- 4 Modifiziert nach Thomasius et al. 2005.
- 5 Zu biologischen und psychischen Risikofaktoren vgl. Thomasius und Küstner 2005.
- 6 Vgl. z.B. Reinherz et al. 2000.
- 7 Vgl. Essau et al. 2002.
- 8 Vgl. z.B. Dodgen/Shea 2000.
- 9 Vgl. Silbereisen 1995.
- 10 Vgl. Weichold/Silbereisen 2006.
- 11 Vgl. Sack/Thomasius 2009.
- 12 Vgl. Grob/Jaschinski 2003.
- 13 Vgl. Klein 2001.
- 14 Ebd.
- 15 Vgl. Wolin & Wolin 1995.
- 16 Das Gruppenangebot «Trampolin» wurde am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters in Kooperation mit dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung in Köln (Prof. Michael Klein) entwickelt und wird derzeit von diesen Forschungseinrichtungen evaluiert. Mehr Informationen unter [www.projekt-trampolin.de](http://www.projekt-trampolin.de)
- 17 Vgl. zusammenfassend Thomasius/Küstner 2005.
- 18 Vgl. Klein 2005.
- 19 Vgl. z. B. Reilly 1975.
- 20 Vgl. Stierlin 1980.
- 21 Vgl. z. B. Szapocznik et al. 1988.
- 22 Vgl. Stanton 1978.
- 23 Vgl. Ebd.
- 24 Vgl. von Sydow et al. 2010.
- 25 Vgl. Ebd.
- 26 Vgl. Thomasius/Küstner 2005; von Sydow et al. 2010.
- 27 Vgl. Diamond et al. 1996.
- 28 Vgl. Phillips et al. 2000.
- 29 Vgl. Sack et al. 2004.
- 30 Vgl. Kumpfer et al. 1998.
- 31 Mehr Informationen zum Programm «Familien Stärken» und seiner Evaluation sind unter [www.familien-staerken.info](http://www.familien-staerken.info) erhältlich.
- 32 Vgl. Stolle et al. 2010.