

**13. Suchtforum „Familie und Sucht – Schicksal Familie oder Familien-Schicksal?“,
02.04.2014, München**

© BAS



**Bayerische Akademie
für Sucht- und
Gesundheitsfragen**
BAS Unternehmungsgesellschaft
(haftungsbeschränkt)

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 Suchtkranke: 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 (darunter im engeren Sinne Eltern, Kinder, Partner und Geschwister) Suchtkranke gibt als Suchtkranke. Ein direktes Zusammenleben mit den betroffenen Suchtkranken hat sowohl Auswirkungen auf das Ausmaß an Belastung, die Angehörige erleben, als auch auf den Umfang 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.

Landwehrstr. 60-62
80336 München
Tel.: 089.530 730-0
Fax: 089.530 730-19
E-Mail: bas@bas-muenchen.de
Web: www.bas-muenchen.de

Registriergericht 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.

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 versus Partner, unterscheiden.

3. Familiäre Risikofaktoren bei der Entstehung von Suchterkrankungen¹

Es besteht Einigkeit darüber, dass familiäre Risikofaktoren bei der Entstehung von Suchterkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Eltern haben einen grundlegenden Einfluss auf den Substanzkonsum ihrer Kinder. So spielt (1) der elterliche Substanzkonsum über Nachahmungsverhalten, (2) die elterliche Einstellung zum Substanzkonsum und (3) die allgemeine Qualität der Eltern-Kind-Beziehung eine Rolle:

(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 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 sich Jugendliche, die häufig Alkohol und Drogen konsumieren, 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 7-fach 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).

¹ Im Rahmen dieses Fact Sheets liegt der Fokus auf dem interaktionalen Einfluss von Eltern und Geschwistern, genetische Dispositionen bleiben unberücksichtigt.

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 einer Primärerkrankung jedes Mitglieds einer Familie mit einem Suchtkranken (Wegscheider-Cruse, 1984) bis hin zu Persönlichkeitsstörungen (McGovern & DuPont, 1992). Während es bis heute jedoch keine empirischen Belege für die Einstufung einer „Co-Abhängigkeit“ als eigene Erkrankung gibt (Uhl & Puhm, 2007; Klein & Bischof, 2013). Während es keine Belege für eine „Co-Abhängigkeit“ gibt, finden sich aber zahlreiche Hinweise für eine klinisch relevante Beeinträchtigung Angehöriger mit größtenteils stressbedingten Erkrankungen (Orford et al., 2005; Copello et al., 2005).

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 Folgen haben.

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 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

In Deutschland leben schätzungsweise 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. Zudem haben sie für die Entwicklung anderer psychischer Störungen sowohl im Kindes- und Jugendalter als 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.

Exemplarisch genannt seien das modulare Präventionskonzept *Trampolin* (Klein et al., 2013), das Kinder von suchtkranken Eltern beim Umgang mit der Erkrankung der Eltern unterstützt (www.projekt-trampolin.de), sowie das Projekt *Elternschaft & Sucht* das sich zum Ziel gesetzt hat, suchtkranke Eltern in der Wahrnehmung ihrer Rolle zu unterstützen (www.eltern-sucht.de).

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

Der Einbezug der Familie in die Beratung und Therapie der Suchtkranken ist 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 (Bischof et al., 2000, 2012). 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 und (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 seien beispielhaft drei Interventionen angeführt, die diesen Anspruch aufgreifen:

- die *Multidimensionale Familientherapie* (MDFT), die ein systemisch familientherapeutisches Verfahren darstellt, welches die gesamte Familie in den therapeutischen Prozess einbezieht (vgl. Liddle, 2010, Tossmann et al., 2012),
- das *Community Reinforcement Ansatz basierte Familien-Training* (CRAFT), das als kognitiv-behaviorales Programm Familienangehörige dabei unterstützt, nahestehende Personen für eine Behandlung zu motivieren (vgl. Bischof & Freyer, 2006) und
- 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 (vgl. Buchner et al., 2012, Buchner et al. 2013, Buchner et al. 2013b).

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.
- Blaszczynski 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 suchtblasteten 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 suchtblasteten 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, Ibang 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.