

Maßnahmen: Systematik der Hilfeangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien

Michael Klein

Derzeitige Situation der Hilfen für Kinder von Suchtkranken

In der Bundesrepublik Deutschland wurde die Problematik der Kinder suchtkranker Eltern erst in den 80er Jahren allmählich thematisiert. So zählten die praktischen Ansätze in der Heilstätte Burgwald bei Darmstadt (Eyrich & Lask, 1987; Lask, 1992) sowie die Kinderseminare in der Mutter-Kind-Fachklinik in Altenkirchen zu Beginn der 70er Jahre zu den ersten auf die Kinder von Suchtkranken fokussierten Behandlungsangeboten in Deutschland. Im Jahre 1983 begannen in der Fachklinik Thommener Höhe die ersten wissenschaftlich begleiteten Kinder- und Jugendseminare (Klein, 1986; Klein & Quinten, 2002), deren Ergebnisse die Relevanz dieser Arbeit deutlich unterstreichen. Im Rahmen von Fachtagungen und wissenschaftlichen Kongressen wurde das Thema im Laufe der 80er Jahre erstmals in den Mittelpunkt einzelner Beiträge gerückt (Klein, 1986; Brakhoff, 1987). Eine umfassende Würdigung und Bearbeitung des Themas steht in der Forschung jedoch noch bis auf wenige Ausnahmen (z.B. Zobel, 2000) aus.

Eine genauere Betrachtung der derzeitigen Standards in der Prävention und Behandlung für Kinder von Suchtkranken (z.B. Klein, 2001; Zobel, 2000) macht deutlich, dass diese Personengruppe tatsächlich immer noch weitgehend vergessen wird. Im Bereich der ambulanten Suchthilfe waren es 1994 lediglich 9% (alte Bundesländer) bzw. 14% (neue Bundesländer) der Suchtberatungsstellen, die spezielle Gruppen für Kinder aus suchtblasteten Familien anboten (Simon & Lehnitzk-Keller, 1995, 233). Im Jahre 1998 weist der gleiche Bericht (Simon & Palazzetti, 1999) über die ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland (einrichtungsbezogenes Informationssystem EBIS) für die alten Bundesländer eine Zahl von 8%, für die neuen von 15% aus. Für die gesamte Bundesrepublik waren es im Jahre 1998 lediglich 10% der Beratungsstellen, die ein Angebot für die Kinder ihrer Klienten vorgehalten haben.

Die Verhältnisse bezüglich spezieller Angebote für Kinder aus suchtblasteten Familien durch die ambulante Suchthilfe haben sich also in den letzten Jahren nicht entscheidend verbessert. Dabei ist in der EBIS-Statistik im Falle von grundsätzlichen Angeboten weder zu erkennen, welchen Umfang in der gesamten Arbeit dieser Beratungsstellen die Angebote für Kinder ausmachen noch welcher Qualität diese Angebote sind. Nur eine einzige Suchtberatungsstelle in Deutschland (Freiburg) bietet Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien bisher als dauerfinanziertes Regelangebot der Suchthilfe an (Dilger, 1994). Andere gezielte Angebote für Kinder von Suchtkranken, z.B. aus dem Bereich der Jugendhilfe, der Erziehungsberatung, dem Kindergarten, dem schulischen Sektor oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind selten und nur unsystematisch dokumentiert. Auch im Bereich stationärer Dienste sind solche Spezialisierungen selten (vgl. Klein, 1986, 1996).

Selbst in ausgewiesenen Suchtpräventionsprogrammen ist von der speziellen Gruppe der Kinder von Suchtkranken selten, oft gar nicht, die Rede, obwohl sie **die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung einer Suchtstörung** darstellt.

Insbesondere allein erziehende suchtkranke Mütter oder Väter (letztere sind jedoch sehr selten) können in einen verhängnisvollen Kreislauf aus Überforderung und Stress mit der Erziehung ihrer Kinder auf der einen und Verschärfung ihrer Suchtsymptome auf der anderen Seite geraten. Hier dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder sehr schnell erreicht und für die Kinder ein besonderes Risiko bestehen, wenn die unvollständige Familie nicht adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt. Auch die Autoren der EBIS-Statistik, eines Dokumentationssystems in Bezug auf die ambulante Suchthilfe in Deutschland, kommen daher zu einem eindeutigen Schluss: „Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, dass zum einen spezielle Angebote für die Kinder von Abhängigen vermehrt bereitgestellt werden müssten, um in dieser Risikogruppe möglichst auch präventiv ansetzen zu können. Zum anderen ist auch der Situation der suchtkranken Eltern Rechnung zu tragen, die oft allein ihre Kinder großzuziehen versuchen, und das Angebot entsprechend zu erweitern“ (Simon & Palazetti, 1999, 27).

Überblick zu den Hilfeansätzen für Kinder suchtkranker Eltern

Die wünschenswerten und notwendigen Arbeitsansätze für Kinder aus suchtblasteten Familien lassen sich grob wie folgt beschreiben: Die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich nach der klinischen Erfahrung der meisten Beteiligten, insbesondere der mit längerfristiger Erfahrung, als wichtig und wirksam erwiesen (vgl. Robinson & Rhoden, 1998). Hilfe für Kinder von Suchtkranken erfolgt in jenen Fällen, in denen wenigstens ein Elternteil (i. d. R. der Angehörige) bereit ist, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung (z.B. Suchttherapie) erhalten. Wenn kein Elternteil bereit ist, Hilfe nachzusuchen, sieht das Erreichen der Kinder und Jugendlichen besonders schwierig aus und geschieht bei den im Folgenden aufgelisteten Institutionen nur in Ausnahmefällen.

Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen Einzel- und Gruppenarbeit mit den Kindern, begleitender Elternarbeit und freizeitpädagogischen Angeboten zu unterscheiden. Diese geschieht in der Regel im ambulanten Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen.

Beispiele für einzelne Arbeitsbausteine

Familienorientierte Arbeit: Der Anspruch dieser Arbeit besteht darin, mit möglichst vielen, im Idealfall allen, Familienmitgliedern ins Gespräch zu kommen. Dies gelingt am ehesten in Familien, in denen der abhängige Partner abstinent lebt. Nach den Erfahrungen der meisten Praxisprojekte ermöglicht die Abstinenz des betroffenen Abhängigen am ehesten die Verwirklichung eines familientherapeutischen Settings. In der Realität liegt der Schwerpunkt jedoch oft ausschließlich bei Mutter-Kind-Gesprächen. Die Begründung hierfür ist, dass zumeist die Väter vom Missbrauch betroffen sind und die Mütter einerseits meist unter Schuldgefühlen bezüglich der

Entwicklung ihrer Kinder leiden und andererseits ein gutes Gespür für die Situation der eigenen Kinder haben und die Beratung eher aufsuchen als die Väter.

Freizeitpädagogische Angebote: Um das Interaktions- und Beziehungsverhalten der Familienmitglieder in einer suchtbelasteten Familie auch außerhalb des therapeutischen Settings nachhaltig zu beeinflussen, bieten sich freizeitpädagogische Methoden an. Diese werden meist in Form von Intensivtagen (z.B. an Wochenenden) außerhalb der angestammten häuslichen Umgebung mit Inhalten durchgeführt, die positive Interaktionen stimulieren und wieder familiäre Intimität und konstruktive Atmosphäre herstellen sollen (z.B. gemeinsame Spiele, Kochen und Essen, Wanderungen, sportliche Aktivitäten).

Einzelfallhilfe/Fallarbeit mit den betroffenen Kindern: Bei dieser Arbeitsform erhalten die betroffenen Kinder in erster Linie sozialpädagogische Hilfen, um ihren Alltag leichter zu bewältigen. Es geht hier um das Erlernen neuer oder anderer Verhaltensweisen durch kreative und kulturpädagogische Methoden. Hierunter können auch kunst- und ausdruckspädagogische Ansätze verstanden werden. Vereinzelt werden auch Methoden aus der Körperwahrnehmung angeboten.

Psychotherapie mit betroffenen Kindern und Jugendlichen: Für Kinder und Jugendliche aus einer suchtbelasteten Familie sind neben den sozialpädagogischen Hilfen bisweilen auch psychotherapeutische Hilfen nötig. Diese können der Verhaltenstherapie, der Gesprächspsychotherapie, der Tiefenpsychologie, der Spieltherapie oder einer anderen der führenden Therapieformen entstammen. In der Praxis werden oft integrative bzw. eklektische Ansätze verfolgt. Hierdurch soll das eigene Verhalten reflektiert und damit verstehbar gemacht werden. Die Auflösung irrationaler Schuldvorstellungen stellt eine wichtige Aufgabe im Rahmen dieser Angebote dar. Die Einübung neuer Verhaltensweisen gehört ebenfalls meist zu den Zielen der Therapie. Die Kinder und Jugendlichen weisen mit erhöhten Wahrscheinlichkeiten fast alle psychopathologischen Diagnosen auf (Lachner & Wittchen, 1997). Besonders häufig sind Angststörungen (insbesondere Sozialphobien, spezifische Phobien), affektive Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Essstörungen. Damit die Jugendlichen eine tragfähige Lebensperspektive und einen eigenständigen Sinn im Leben finden können, ist meist eine langfristige Arbeit auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung notwendig.

Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen: Die Gruppenarbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen ist ein besonderer Schwerpunkt in vielen Institutionen. Die Zahl der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen variiert zwischen vier und acht. Meist wird die Gruppe von zwei Fachkräften, idealerweise unterschiedlichen Geschlechts, geleitet. Dem permanenten Einsatz eines geschlechtsgemischten Betreuerteams liegt folgende Hypothese zugrunde: „Wenn Kinder und Jugendliche eine stabile Beziehung erleben, wenn ihnen Streit, Verständnis, Entstehen von Entscheidungen und Alltag vorgelebt werden, dann werden neue und andere Verhaltensweisen eher von den betroffenen Kindern und Jugendlichen umgesetzt“¹. Kinder und Jugendliche sollen so Elternrollen neu erleben. Sie können kennen lernen, dass sich Erwachsene gegenseitig respektieren und dass sie ohne gegenseitige Entwertungen und Verletzungen miteinander agieren. Langfristiges Ziel dabei ist, dass die Kinder und Jugendlichen ihren Wahrnehmungen trauen, sich

¹ aus dem Konzept „Kolibri 2000“ der Beratungsstelle des SKM, Bocholt.

selbst besser bewerten und ihre Möglichkeiten, Interaktionen wirksam und positiv zu beeinflussen, kennen lernen.

In der Gruppenarbeit ist die Verwirklichung gegenseitiger Unterstützung und sozialen Lernens sowie das Ausleben „gesunder“ und sinnstiftender Rituale (gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten, Gesprächsrunde) besonders gut möglich.

Elterngespräche: Elterngespräche dienen dazu, die Mütter und Väter an den Entwicklungsprozessen der Kinder zu beteiligen, die Koordination der Hilfen zu optimieren und die Selbstreflexion zu verstärken. Wenn der suchtkranke Elternteil abstinent geworden ist, ist die Teilnahme beider Elternteile in der Praxis meist möglich. Aber auch für Eltern in besonders schwierigen Lebenslagen (z. B. Alleinerziehende, mit einem „nassen“ Partner zusammen Lebende) sind diese begleitenden Gespräche in der Regel sehr wichtig und hilfreich. Väter oder Mütter, die noch süchtig trinken oder Drogen nehmen, sind meist nicht bereit oder in der Lage, an solchen Angeboten teilzunehmen, obwohl dies von Seiten der Anbieter nicht kategorisch ausgeschlossen werden sollte.

Meist finden diese Elterngespräche ein- oder zweimal monatlich statt. Sehr oft werden diese Angebote zeitgleich mit den kinderbezogenen Angeboten durchgeführt. Manche Institutionen führen gemeinsame Gespräche mit Eltern und Jugendlichen durch. Oft werden von den Eltern konkrete Erziehungsfragen und –probleme angesprochen. Eine Vertiefung dieser und weiterer Fragen, die sich mehr auf die Eigenproblematiken der Eltern beziehen, geschieht ggf. im Beratungskontext der Suchtberatungsstelle. Wenn die Eltern die Kinder und Jugendlichen zu den Angeboten fahren, haben sich an einzelnen Standorten informelle „Elterntreffs“ etabliert, die von den Fachkräften bisweilen als hilfreich und konstruktiv empfunden werden. Es handelt sich dabei oft um eine niedrigschwellige, wenig formalisierte Form der Selbsthilfe. Dadurch kann ein – auch für die Kinder – wichtiges soziales Unterstützungsnetzwerk entstehen.

Selbsthilfe: Selbsthilfeansätze für Kinder von Suchtkranken sind ab dem mittleren Jugendalter (16 Jahre) denkbar und in Ansätzen (z. B. *Alateen, Guttempler-Jugend*) vorhanden. Nach vorliegenden mündlichen Berichten von Betroffenen und Praktikern der Suchthilfe kranken diese Ansätze jedoch meist an mangelnder Kontinuität und Verbindlichkeit. Außerdem sind sie von der Motivation und den Fähigkeiten der jeweils Handelnden abhängig. Zusätzlich gibt es Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder suchtkranker Eltern (EKA- oder EKS-Gruppen). Auch diese sind bislang nicht sehr zahlreich vorhanden.

Niedrigschwellige Hilfen: Besonders erfolgversprechend erscheinen niedrigschwellige Hilfeangebote für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, insbesondere wenn es sich um Multiproblemfamilien handelt. Mit ihnen können Kinder und Jugendliche in ihrem natürlichen Lebensumfeld (z.B. in der Schule, in Jugendzentren) erreicht werden. Somit fallen angst- und schambesetzte Schwellen weg oder werden deutlich herabgesetzt. Dies gilt besonders für anonyme Informations- und Beratungsangebote, z.B. über Not- und Sorgentelefone oder Chats im Internet. Im September 2003 kam das Informations-, Beratungs- und Hilfeangebot www.kidkit.de als erstes derartiges Modell im Internet in Deutschland ans Netz. Es richtet sich an betroffene Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 16 Jahren.

Angebote der Jugendhilfe: Die meisten Angebote der Jugendhilfe sind suchtspezifisch (Sozialpädagogische Familienhilfe, Ganztagesbetreuung u.ä.) und ermangeln daher in der Regel einer Sensibilität für die spezifischen Probleme der suchtbelasteten Familien. Wenn es zu einer Anreicherung der Kompetenz der Jugendhilfe mit den hier beschriebenen Aspekten der familienorientierten Suchthilfe käme, könnte sich die Qualität und Effizienz der niedrigschwelligen Angebote deutlich erhöhen. Am besten wäre diese unter Einbeziehung nachgehender Sozialarbeit (*Case Management*), familientherapeutischer Arbeit und weiterer psychologischer Interventionsverfahren denkbar. Als Orte niedrigschwelliger Hilfen – insofern sie nicht im anonymen oder virtuellen Bereich angesiedelt sind - kommen besonders Kindertagesstätten, Schulen und Institutionen der offenen Jugendarbeit in Frage.

Case Management: Case Management ist durch eine sorgfältige, kontinuierliche und langfristige Koordination der vorhandenen und notwendigen Hilfen charakterisiert. In Bezug auf Kinder aus suchtbelasteten Familien erweist es sich immer wieder, dass eine Vielzahl potenziell hilfreicher Institutionen mit Kindern, Eltern oder der Familie befasst sind. Um die Effizienz dieser Maßnahmen zu steigern und kontraproduktive Effekte zu vermeiden, ist die enge und professionelle Koordination durch eine federführende Instanz notwendig. Dabei muss diese nicht zwingend selbst mit den Adressaten arbeiten. In den meisten Fällen dürfte diese Instanz das örtliche Jugendamt darstellen, die im Sinne des präventiven Kinder- und Jugendschutzes, der Gewährung erzieherischer Hilfen oder zur Abwehr bzw. Minderung von seelischer Behinderung tätig werden muss.

Netzwerkarbeit: Eng verwandt, aber nicht identisch mit dem Case Management, ist die Netzwerkarbeit. Hier geht es weniger um die Koordinierung verschiedener Hilfen, sondern darum, dass relevante Institutionen ihre jeweiligen Kompetenzen und Stärken gezielt einbringen. Dabei kann die gemeinsame Arbeit mit der Familie oder einzelnen Familienmitgliedern genauso geschehen wie der enge fachlich-inhaltliche Austausch. Auch der Einbezug weiterer, nicht primär hilfeleistender Institutionen und Personen (z.B. Lehrer, Fachkräfte des Sozialamtes) kann vorgesehen werden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Bei besonders schwer beeinträchtigten Kindern aus suchtbelasteten Familien, insbesondere solche mit Traumatisierungen, schweren Verhaltensstörungen, manifester Suizidalität u. ä., ist eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung nötig. Diese sollte ebenfalls eng mit der Suchthilfe zusammenarbeiten und über ein ausreichendes Maß an suchtspezifischem Wissen verfügen. Nach einer stationären Phase können sich teilstationäre und ambulante Versorgung, meist mit psychotherapeutischer Behandlung, anschließen. In den meisten dieser Fälle wird eine Fremdunterbringung (Heim, Pflege, Adoption) indiziert sein. Die Kinder sollten so frühzeitig wie möglich versorgt werden, um die Chancen auf eine erfolgreiche Traumatherapie zu erhöhen.

Multiplikatorenarbeit: Schwerpunkte der Multiplikatorenarbeit sind die Information, Sensibilisierung und Kompetenzförderung möglicher relevanter oder potenzieller Multiplikatoren. Als solche kommen Fachkräfte in Kindertagesstätten, Schulen, Erziehungsberatungsstellen und Jugendämtern (insbesondere ASD) in Frage. Auch Ärzte (insbesondere Hausärzte, Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater) sind wichtige Ansprechpartner. Spezielle Fachdienste (Kinderschutz, Opferhilfe,

Gewaltprävention, frauenspezifische Angebote) sind wegen der komplexen Folgen der Suchtstörungen in Familien ebenfalls relevante Multiplikatoren.

Fort- und Weiterbildung: Aufgrund der bisherigen Vernachlässigung des Themengebiets „Kinder Suchtkranker“ ist der Fort- und Weiterbildungsbedarf innerhalb der Suchthilfe, aber auch im Bereich der Jugendhilfe, immens groß. Dieser bezieht sich auf Fragen der Organisation von Maßnahmen, der Gestaltung von Rahmenbedingungen, der Akquisition von Klienten, des Umgangs mit rechtlichen Fragen und schließlich auf die konkreten Arbeitsmethoden in den Bereichen Einzel- und Familienarbeit. Die Arbeit mit Kindern Suchtkranker im Kontext der jeweiligen Familien sollte als Standardelement in die Weiterbildungscurricula für Suchttherapeuten und Fachkräfte für Suchtprävention verbindlich aufgenommen werden.

Politische Lobbyarbeit: Um den Bedürfnissen der Kinder suchtkranker Eltern und den Familien dauerhaft und umfassend Rechnung zu tragen, ist schließlich eine adäquate politische Informations- und Lobbyarbeit notwendig. Diese sollte die relevanten Entscheidungsträger auf kommunaler und staatlicher Ebene über die Situation der betroffenen Kinder ebenso informieren, wie es notwendig ist, auf die bestehenden strukturellen Defizite im Hilfesystem aufmerksam zu machen. Entsprechende Initiativen sind in den letzten Jahren erstmals entstanden (der Kinderhilfverein KOALA e.V., die Initiative NACOA.DE).

Wichtige Internetadressen in Deutschland:

www.addiction.de

www.kidkit.de

www.rias.de

www.kinder-suchtkranker.de

www.koala-online.de

www.nacoa.de

Literatur

Brakhoff, J. (Hrsg.) (1987). Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg: Lambertus.

Dilger, H. (1994). "Maks": Ein Modellprojekt für Kinder und ihre suchtkranken Eltern. In: Arenz-Greiving, I. & Dilger, H. (Hrsg.): Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis. (S. 68 - 78). Freiburg: Lambertus.

Eyrich, E. & Lask, K. (1987). Arbeit mit Kindern in einer Fachklinik. In: Brakhoff, J. (Hrsg.), Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. (S. 130-136). Freiburg: Lambertus.

Klein, M. (1986). Zur Situation von Kindern alkoholabhängiger Eltern. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sinnfrage und Suchtprobleme. Menschenbild - Wertorientierung - Therapieziele (S. 179-185). Hamm: Hoheneck.

Klein, M. (1996). Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtblasteten Familien - eine Bestandsaufnahme. Psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin, 8, 154-158.

Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie, 2, 118-124.

Klein, M. & Quinten, C. (2002). Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern. Suchttherapie, 3, 233-240.

Lachner, G. & Wittchen, H.U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.). Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. (S. 43 – 89). Göttingen: Hogrefe.

Lask, K. (1992). Wir brechen das Schweigen. Kinder von Alkoholabhängigen wecken Hoffnung. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.

Robinson, B.E. & Rhoden, J.L. (1998). Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook. (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Simon, R. & Lehnitzk-Keller, C. (1995). Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. Daten aus EBIS und SEDOS 1994. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Jahrbuch Sucht '96 (S. 231-244). Geesthacht: Neuland.

Simon, R. & Palazzetti, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. Sucht 45, Sonderheft 1, August 1999.

Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Michael Klein
Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen
Forschungsschwerpunkt Sucht
Wörthstraße 10
50668 Köln
Email: Mikle@kfhnw.de