

Sucht und das soziale Umfeld: Präventions- und Interventionsansätze

Michael Klein

Zusammenfassung

Das soziale Umfeld spielt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtstörungen bekanntermaßen eine wichtige Rolle. Es kann diese begünstigen oder abschwächen.

Dabei sind Suchtkrankheiten, namentlich der Alkoholismus, bereits seit langem als dominierendes soziales Problem bekannt. *Alkoholismus als „soziale Krankheit“* wurde bereits am Ende des 19. Jahrhunderts thematisiert. Seine große sozial-pathologische Bedeutung gewann der Alkoholismus durch den *hohen Anteil sozialer Faktoren, die an der Ätiologie beteiligt* waren (vgl. Hauschildt, 1995). Im Einzelnen sind hier zu nennen *Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Deklassierung, Schulden, Wohnungslosigkeit, Geschlechterkonflikte, systematische Ungleichbehandlung Süchtiger* uvm. Außerdem wirkt sich der Alkoholismus wiederum verstärkend auf die genannten Faktoren aus, so dass es zu erheblichen negativen Interaktionen kommen kann. Auch heutige Dokumentationen zur behandelten Klientel in Suchtberatungsstellen und -kliniken liefern regelhaft erhöhte Quoten Arbeitsloser, allein Lebender und sozial marginalisierter Personen. Schon sehr früh wurden auch die negativen Auswirkungen des Alkoholismus auf Familien, insbesondere auf Kinder, thematisiert (vgl. Klein & Zobel, 1997). Die beschriebene Gesamtsituation führte schon vor dem 1. Weltkrieg zu einer für damalige Zeiten vorbildlich staatlich organisierten Trinkerfürsorge mit ambulanten und stationären Angeboten, die jedoch die Anliegen von Partnern oder gar Kindern nur selten im Blick hatte. Insbesondere Kinder galten entweder als weniger wichtig oder die Auswirkungen der Sozialpathologie des Alkoholismus auf sie wurden geleugnet.

Unter dem sozialen Einfluss können die makrosozialen, die mesosozialen und die mikrosozialen Lebensbedingungen verstanden werden. Der vorliegende Beitrag fokussiert ganz wesentlich auf *die mikrosozialen Einflüsse*, nämlich auf die personale Umwelt des Suchtkranken. Diese beziehen sich insbesondere auf *Angehörige und Kinder im Umfeld von Suchtkranken*. Immerhin leben in Deutschland mehr als 5 Millionen Angehörige von Personen, die von substanzbezogenen Störungen, insbesondere Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit, betroffen sind. Ihre Situation, die Auswirkungen der Suchtstörungen auf sie und die notwendigen Konsequenzen für Therapieplanung und -durchführung werden im Folgenden beleuchtet.

Besondere Aufmerksamkeit, insbesondere für Prävention und Intervention, ist den pathogenen und protektiven Faktoren zu schenken. In jüngster Zeit sind speziell den

Phänomenen *Resilienz* und *Transmission* verstärkte Aufmerksamkeit geschenkt worden. Das Umfeld kann den Ablauf einer Suchterkrankung erheblich beeinflussen, was sich vor allem auf Ätiologie, Entwicklungstempo, Interaktionsverhalten, Rückfälle und Komorbidität bezieht. Während im Bereich der systemisch-interaktionistischen Suchtforschung ein klares Defizit besteht, herrscht im Bereich der Praxisansätze ein schiereres Überangebot eher wenig überprüfter systemischer Konzepte, bisweilen lediglich systemischer Glaubenssätze.

In Zukunft werden empirisch fundierte Konzepte zur integrierten bio-psycho-sozialen Therapie Suchtkranker benötigt, die endlich auch das soziale Umfeld in gebührender Weise berücksichtigen. Es sollte sich auf Dauer *eine Hilfekultur für Kinder und Partner von Suchtkranken*, die zahlreicher sind als Suchtkranke selbst, entwickeln und nachhaltig etablieren, die diesen faktisch eigenständige Unterstützung, Begleitung und Behandlung gewährleistet.

Das „Soziale“ hat derzeit keine Konjunktur

Das soziale Umfeld des Suchtkranken ist derzeit nicht en vogue. Im Vordergrund der aktuellen Suchtforschung stehen die biologischen und intraorganismischen Prozesse. Dies ist umso erstaunlicher, da in der gesamten Suchtforschung und -therapie ein biopsychosozialer Ansatz gefordert wird. Die drei Faktoren stehen darüber hinaus in enger Wechselwirkung. So können genetisch beeinflusste *Persönlichkeitsmerkmale* und *Alkoholreagibilitätsmuster* faktisch auf die Wahl der Peers einwirken. Andererseits können die traumatischen Lebensbedingungen in einer suchtkrank belasteten gewalttätigen Familienumwelt die Neuroplastizität und die neuronale Organisation und Morphologie nachhaltig und dauerhaft beeinflussen. Daher bedarf es einer neuerlichen Konjunktur sozialer Suchtforschung im Konzert bio-psycho-sozialen Denkens.

Mit Beginn der stationären Behandlung gerät jedoch meist aus dem Blickfeld, wie viel Umfeld jeder Suchtkranke hat. Partner und Kinder sind – allein schon aufgrund der räumlichen Trennung – nur marginal in die Rehabilitation integriert. Wenn ihre Beteiligung angestrebt wird, dann oft nur als „Datenlieferanten“ für die Therapie ihres suchtkranken Familienmitglieds. Dabei ist natürlich nicht zu verkennen, dass insbesondere die rehabilitationsrechtliche Hintergrundsituation dieser Zersplitterung und meist Ausblendung der Familie in der Suchtbehandlung Vorschub leistet. Dennoch spielen Partner und Kinder eine entscheidende Rolle bei der späteren Reintegration des Suchtkranken. Häufig sind es die alten Interaktionsmuster in suchtkrank belasteten Familien, die Rückfälle oder die Entwicklung suchtkrank verlagernder Symptome begünstigen. Partner und Kinder sind jedoch auch selbst sehr oft von starken Beeinträchtigungen und Störungen betroffen. In vielen Fällen sind auch sie behandlungsbedürftig. Lachner & Wittchen (1997) konnten z.B. zeigen, dass Kinder von Eltern mit einer Alkoholstörung hinsichtlich der Störungsbilder nach Achse-I des DSM signifikant erhöhte Prävalenzen zur Kontrollklientel aufwiesen.

Es scheint so, als ob sich die Rehabilitationsgesetzgebung, die Suchthilfe und die verschiedenen Nachbardisziplinen sehr bemüht hätten, zu spalten, was in den suchtkrank belasteten Familien und anderen Lebensgemeinschaften im Alltag vereint ist. Hintergrund dieses beklagenswerten Zustandes ist wohl ein Mangel an familienpsychologischen und systemischen Wissens bei den entsprechenden Entscheidungsträgern. Auch wenn plakative Aktionen, wie die Ausrufung des Jahres des Angehörigen im Jahr 2000 durch die DHS erfolgen, zeichnet der Alltag der Suchthilfe ein ganz anderes Bild. So sind es nach der EBIS-Statistik des Jahres 1998 nur 10% aller Suchtberatungsstellen gewesen, die ein Angebot für die Kinder ihrer Klienten vorgehalten hatten (Simon & Palazzetti, 1999). Die Verhältnisse bezüglich spezieller Angebote für Kinder aus suchtkrank belasteten Familien durch die ambulante Suchthilfe haben sich in den letzten Jahren auch nicht spürbar verändert. Verantwortlich dafür ist sicher auch die ungeklärte finanzielle Fördersituation für derartige Angebote. Die bisherigen Bemühungen um *indikative Prävention und Frühintervention* für die betroffenen gefährdeten Personengruppen sind völlig unzureichend. Ein Präventionsgesetz als Teil des Sozialgesetzbuches ist dringend erforderlich.

Wenn also eine „Ökologie der Sucht“ (vgl. Tretter, 1998) in der Suchtforschung und -therapie Berücksichtigung finden soll, ist eine umfassende Berücksichtigung des Umfelds, insbesondere des personalen Umfeldes, der Suchtkranken erforderlich. Dass Sucht auch das soziale Umfeld krank macht, wird oft behauptet. Diese Behauptung bleibt jedoch trivial und platt, wie z.B. auch das klassische Co-Abhängigkeitskonzept, solange keine differenzierten Strategien für das betroffene personale Umfeld in Forschung und Praxis entwickelt und umgesetzt werden. Dabei ist die Ausgangssituation, was Partner und Kinder von Suchtkranken betrifft deutlich und relevant: *Es gibt mehr Menschen, die im Umfeld von Suchtkranken leben, als Suchtkranke selbst.*

Die Hoffnungen in die Familientherapie (die einen wahren Ausbildungsboom erzeugte) haben sich überwiegend nicht bestätigt. *Familienangehörige von Suchtkranken und -gefährdeten erhalten trotz Behandlungsbedarf zu selten eine eigenständige, vollwertige Behandlung.* Angehörige werden eher als „Mittel zum Zweck“ in der Therapie der Suchtkranken gebraucht. Und in der Tat: Alkoholabhängige mit Partner und Drogenabhängige mit bei ihnen lebenden Kindern zeigen in den meisten Katamnesen bessere Ergebnisse als die jeweiligen Vergleichsgruppen ohne Partner bzw. ohne Kinder, so dass deren „Nutzung“ in der Therapie ihres suchtkranken Familienmitglieds empirisch durchaus Sinn macht.

Es bleibt noch anzumerken, dass Suchtkranke nach wie vor vom Behandlungssystem zu spät und zu selten erreicht werden. Die Suchtkrankheiten sind von allen psychischen Störungen diejenigen mit der geringsten Behandlungsquote (Wittchen & Jacobi, 2002). Während von allen Personen, die von einer psychischen Störung betroffen sind, durchschnittlich 36.4% eine Behandlung erhalten, beträgt die entsprechende Quote bei Personen mit einer Missbrauchs- oder Abhängigkeitsdiagnose in Bezug auf eine psychotrope Substanz (außer Tabak) nur 29%. Die Suchtkranken stellen damit nach wie vor in der Reichweite der Versorgung und Behandlung die am schlechtesten erreichte Gruppe dar.

Zur Situation der Partner

Angehörige von Suchtkranken befinden sich in einer besonders schwierigen Lebenssituation: Sie leiden unter den Folgen der Sucht und werden oft noch für das Leiden ihres suchtkranken Partners (mit)verantwortlich gemacht. Daher ist es nicht verwunderlich, dass Angehörige, die meist *nicht* unter der Intoxikationswirkung von Drogen stehen, stärker und bewusster in der Familie leiden als die betroffenen Suchtkranken selbst. Entsprechende Studien zeigen verstärkte psychosoziale Belastungs- und Stresssymptome bei Angehörigen von Suchtkranken im Verhältnis zu Angehörigen Nicht-Suchtkranker (z.B. Moos et al., 1982). Von 11394 Patienten, die im Jahre 1998 in einer stationären Entwöhnungseinrichtung des Fachverbands Sucht e.V. eine Behandlung begannen, lebten 52.5% in einer festen Partnerschaft (Bachmeier et al., 1999, 7). Es ist daher davon auszugehen, dass in mehr als jedem zweiten Behandlungsfall akut, in weit mehr Fällen aber lebensgeschichtlich ein Partner von der Suchtstörung mitbetroffen ist.

Die lange Zeit dominierende Ideologie der Co-Abhängigkeit besagte, dass Angehörige von Suchtkranken abhängige und selbstunsichere Persönlichkeiten sind, die sich trotz besseren Wissens nicht von ihren trinkenden Partnern zu lösen vermögen, sondern diese vielmehr noch durch unbewusstes, aber auch ungeeignetes Verhalten in der Abhängigkeit bestärken. Dies entspricht der monolithischen Vorstellung vom Angehörigen als „Co“ (= Co-Abhängigen), eines Menschen mit einem klar vorher-sagbaren Persönlichkeitsbild mit stark problematischen Zügen und pathologischem Interaktionsverhalten. Dabei liegen längst empirische Belege für die Heterogenität nicht nur der Gruppe der Alkoholabhängigen, sondern auch der Familien mit einem Alkoholabhängigen vor (siehe zusammenfassend: Klein, 2002). Andere Untersuchungen haben gezeigt, dass die Partner von Suchtkranken durchaus in einem normalen Wertebereich, was ihre Persönlichkeit und Psychopathologie betrifft, liegen können (Paolino et al., 1976). Geradezu sträflich hat die Suchtforschung den Bereich der Angehörigen bisher vernachlässigt, was entscheidend zur Persistenz der zahlreichen unüberprüften „Szene-Ideologien“ beigetragen haben dürfte. Dementsprechend überwiegen dann populärwissenschaftliche Beiträge, die entweder ausschließlich auf Eigenerfahrung Betroffener basieren oder seit Jahrzehnten vorhandene klinische Einsichten unüberprüft wiederholen.

Als erster Versuch einer Systematisierung der Verhaltensauswirkungen bei Partnern von Alkoholikern kann das Modell von Jackson (1954) gelten. Dies hat eine Abfolge von Phasen mit verschiedenen Interaktionsmustern von Angehörigen von Suchtkranken zum Inhalt. Das, je nach Differenzierung drei- bzw. siebenphasige Modell, ist als erstes entwicklungsorientiertes Modell der suchtbelasteten Partnerschaft für die klinische Praxis wichtig geworden, da es eine grobe Einordnung des Partnerschaftsverhaltens ermöglicht. Dabei dominieren jeweils komplementäre Interaktionsmuster. Nach einer ersten Phase der *Verleugnung* des Alkoholproblems (1) mit Vermeiden des Themas oder Abstreiten eines Problems folgt die Phase der *Eliminierung* des Trinkproblems (2). In dieser Phase dominieren Kontrolle und Reglementierung des Partners. Sie endet mit häufiger werdenden Zuständen von Ohnmachtsgefühlen

und Selbstmitleid aufgrund der Erfahrung, dass das Alkoholproblem des Partners nicht nachlässt, sondern zunimmt. In der anschließenden dritten Phase der *Desorganisation* (3), nachdem oft jahrelange Kontrolle zu keinem dauerhaften Erfolg geführt hat, nimmt die Partnerin das Trinken des Ehemannes hin. Er wird jetzt in seiner Rolle als Partner und Vater weniger unterstützt und zunehmend ausgegrenzt. Die Partnerin fühlt sich öfters resigniert und wertlos. Diese dritte Phase, die auch mit *Anklage* und *Bestrafung* einhergeht, führt bisweilen zur Trennung vom Partner, zur Einweisung/Überweisung in eine Behandlungsinstitution oder zum vorzeitigen Tod des Abhängigen.

Die in der Folge durchaus vorhandenen empirischen Untersuchungen bestätigen immer wieder die Ambivalenz, Heterogenität und Binnendifferenziertheit der Gruppe der Partner von Alkoholikern (siehe z.B. Paolino et al., 1976). Auch zeigte sich, dass der von Potter-Efron & Potter-Efron (1989) entwickelte Co-Abhängigkeitsfragebogen CAQ (Codependency Assessment Questionnaire) fast nur *Merkmale des Neurotizismus und des Stresserlebens* misst (Gotham & Sher, 1996) und daher keine eigenständige Kategorie „Co-Abhängigkeit“ begründen kann. Vielmehr scheinen mit diesen beiden Dimensionen die relevanten Aspekte der Persönlichkeit und der Situation der Angehörigen von Suchtkranken ausreichend erfasst zu sein. Partner von Suchtkranken sind demnach mehr durch die Konsequenzen des Zusammenlebens mit einem Alkoholkranken gekennzeichnet als dass sie eine homogene prä-morbid identifizierbare Gruppe darstellen. Sie entwickeln in der Folge des Zusammenlebens mit einem suchtkranken Partner häufiger typische Stresserkrankungen, wie z.B. Depressionen, Ängste, Zwänge oder somatoforme Störungen.

In der Praxis sollten in Zukunft stärker bei entsprechender Indikation Behandlungsverfahren zum Tragen kommen, die eine Steigerung des Selbstwertgefühls, der Autonomie und der Selbstwirksamkeit der Partner, kombiniert mit Maßnahmen der Stress- und Angstreduktion, zum Gegenstand haben. Dabei ist es aber wichtig, die spezielle Lebenssituation dieser Personen zu erkennen und im Rahmen der Therapie zu würdigen. In entsprechenden Programmen in den USA ist vom „disabling“ die Rede. Damit soll das charakteristische co-abhängige Verhalten, das sich insbesondere nach einer Zeit des längeren Zusammenlebens mit einem Alkoholabhängigen entwickelt, zugunsten psychisch gesunder, selbstbezogener Verhaltensweisen abgebaut werden. Der Bedarf nach Partnerberatung und -therapie ist gerade im Suchtbereich besonders hoch. Dies sollte im stationären, aber insbesondere im ambulanten (nachstationären) Bereich berücksichtigt werden.

Zur Situation der Kinder

Die Kinder von Suchtkranken galten lange Zeit zu Recht als die von der Suchthilfe am stärksten vernachlässigte Gruppe. Selbst in ausgewiesenen Suchtpräventionsprogrammen ist von ihnen selten, oft gar nicht, die Rede, obwohl sie die *größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung einer Suchtstörung* darstellt. Dies hängt u.a. mit der schwierigen Erreichbarkeit dieser Kinder zusammen.

Dabei leiden Kinder Suchtkranker sehr unter der elterlichen Situation, die stark von Spannungen, Disharmonie, Instabilität, Unberechenbarkeit und bisweilen auch von Gewalt geprägt ist (Klein & Quinten, 2002).

Die Zahl der Kinder, die im Laufe ihrer Entwicklung einer elterlichen Alkoholstörung exponiert sind, muss in den modernen Gesellschaften als außerordentlich hoch eingeschätzt werden. Grant (2000) konnte für die USA auf der Basis des *National Longitudinal Alcohol Epidemiology Sample*, welches die Daten von 42 862 repräsentativ ausgewählten Personen im Alter von über 18 Jahren umfasst, zeigen, dass *jedes zweite Kind* in einer Familie aufwächst, in der ein Elternteil eine Lebenszeitdiagnose für eine Alkoholstörung aufweist. *Jedes sechste Kind* wächst in einer Familie auf, in der ein Elternteil im letzten Jahr eine alkoholbezogene Diagnose aufwies. „(...) it can conservatively be estimated that approximately 1 in every 4 (28.6%) children in the United States is exposed to alcohol abuse or dependence in the family“ (Grant, 2000, S. 114). Da die epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik höhere Pro-Kopf-Verbrauchsquoten liefern, ist davon auszugehen, dass die Verhältnisse hierzulande mindestens denen der USA entsprechen. Nach den vorliegenden epidemiologischen Daten ist davon auszugehen, dass jedes siebte Kind im Alter bis 18 Jahren in einer Familie mit einem Elternteil aufwächst, in der wenigstens zeitweise (Lebenszeitprävalenz) eine Alkoholstörung vorherrscht. Aus den epidemiologischen Untersuchungen der EDSP-Studie (Lachner & Wittchen, 1997) lässt sich nämlich ableiten, dass bei 15,1% Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren, die während ihres Lebens einem Elternteil mit der Diagnose Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit ausgesetzt waren, bei einer Gesamtbevölkerung von 82,16 Millionen Einwohnern in Deutschland (Ende 2000), davon 17,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter 19 Jahren, insgesamt bis zu 2,64 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren diesen Störungen ausgesetzt waren.

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 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, S. 27).

An dieser Stelle eine exemplarische Falldarstellung aus einer Expertise des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur Heimerziehung (BMFSFJ 1998, S. 206-207), die im Rückblick die Notwendigkeit früherer und

gezielter Interventionen für betroffene Kinder verdeutlicht: „In der Familie leben acht Kinder. Die Mutter ist noch sehr jung. Seit ca. zwei Jahren wohnt die Familie in einer Fünfstübchenwohnung in einem ausgewiesenen sozialen Brennpunkt der Stadt. Durch Streitigkeiten mit den Nachbarn und immer wiederkehrenden Unstimmigkeiten mit den anderen Hausbewohnern ... wird mehrmals die Polizei eingeschaltet. Endgültig kommt es zu einer Anzeige wegen zunehmender Verwahrlosung der Kinder. Die Mutter, so die Akte, sei mit der Erziehung und der Haushaltsführung überfordert. Zudem werde sie von ihrem Mann kontrolliert und unter Druck gesetzt. Die Wohnung sei in einem katastrophalen Zustand, die Kinder unterernährt und extrem verwahrlost. Der Vater wird als Alkoholiker geschildert, er prügelt im Rausch seine Frau und die Kinder ... Die Mutter flüchtet für drei Tage mit allen Kindern ins Frauenhaus, kehrt aber schnell wieder zu ihrem Mann zurück. Erneute Gewalttätigkeiten und Drohungen werden öffentlich, es kommt in Folge zu mehreren Polizeieinsätzen, bis die Frau bei einem Nachbarn unterkommt. Der Vater entführt die beiden älteren Söhne und droht, sich und die Kinder umzubringen. Er stürzt sich immer mehr in den Alkohol, verliert seine Arbeit. Daraufhin werden die acht Kinder in einem Heim untergebracht, mit einstweiligem Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts. Der Vater wird unter massivem Alkoholeinfluss in das Psychiatrische Landeskrankenhaus eingeliefert. Die Mutter ist zur Kur, bricht diese aber ab und lebt daraufhin wieder mit dem Vater zusammen, der mittlerweile wieder entlassen wurde. Alle Kinder bleiben nach dem endgültigen Sorgerechtsentzug im Heim, teilweise mit einer Verweildauer bis über 18 Jahre“.

Es gibt jedoch gute Gründe, Kinder von Suchtkranken in Therapieprogrammen *stärker als bislang zu berücksichtigen*. Dazu zählen:

1. Mehr als 30% der Patienten in Alkoholentwöhnungseinrichtungen und mehr als 45% der Patienten in Drogenentwöhnungseinrichtungen stammen aus einer suchtbelasteten Familie, meist mit Alkoholstörungen. Die Rekonstruktion ihrer Biographie, speziell der Lern- und Lebensgeschichte, kann ihnen plausible Hilfen zur Selbstveränderung liefern und den Gesamterfolg der Therapie stärken.
2. Da mehr als 30% der Kinder Suchtkranker selbst suchtkrank werden (und darüber hinaus sehr viele psychisch krank), hat diese Fokussierung erheblichen präventiven Impact und kann die Effizienz der Suchtprävention im Sinne einer Zielgruppenorientierung steigern. Schließlich sind die Kinder aus alkoholbelasteten Familien mit 2.6 Millionen Personen im Alter bis zu 18 Jahren die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung von Suchtstörungen.

Keine Frühintervention zu betreiben, ist die beste Möglichkeit, weiterhin in Zukunft große Zahlen Suchtkranker in unserer Gesellschaft zu erzeugen. Dabei spielen die Kinder suchtkranker Eltern natürlich keine ausschließliche, aber doch – alleine schon aufgrund ihrer großen Zahl – eine sehr maßgebliche Rolle.

Hilfen für Kinder von Suchtkranken

Da es in der Praxis bislang noch zu wenige Hilfeangebote für Kinder suchtkranker Eltern gibt und noch lange keine flächendeckende Versorgung erreicht ist, soll im Folgenden ein Überblick zu den möglichen Interventionen gegeben werden. 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 (siehe z.B. Dilger, 1994; Ehrenfried et al., 1998), 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.

Die Arbeitsansätze der Institutionen 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 nur ein Elternteil (i.d.R. der Angehörige) bereit ist, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Wenn kein Elternteil bereit ist, um Hilfe nachzusuchen, ist das Erreichen der Kinder und Jugendlichen besonders schwierig und geschieht bei den im Folgenden aufgelisteten Institutionen nur in Ausnahmefällen.

Beispiele für einzelne Arbeitsbausteine

Familienorientierte Arbeit: Der Anspruch dieser Arbeit ist, 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.

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

In der Gruppenarbeit ist die Verwirklichung gegenseitiger Unterstützung, sozialen Lernens und 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

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

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 niedrighschwellige, wenig formalisierte Form der Selbsthilfe. Dadurch kann ein – auch für die Kinder – wichtiges soziales Unterstützungsnetzwerk entstehen.

Selbsthilfe

Selbsthilfeangebote für Kinder von Suchtkranken sind ab dem mittleren Jugendalter (16 Jahre) denkbar und in Ansätzen (z.B. Alateen) 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.

Niedrighschwellige Hilfen

Besonders Erfolg versprechend erscheinen niedrighschwellige Hilfeangebote für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, insbesondere wenn es sich um Multi-problemfamilien handelt. Die hier teilweise vorhandenen Angebote der Jugendhilfe ermangeln meist einer Sensibilität für die spezifischen Probleme der suchtblasteten 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 niedrighschwelliger Angebote deutlich erhöhen. Am besten wäre diese unter Einbeziehung nachgehender Sozialarbeit (Case Management), familientherapeutischer Arbeit und weiterer psychologischer Interventionsverfahren denkbar. Als Orte niedrighschwelliger Hilfen kommen besonders Kindertagesstätten, Schulen und Institutionen der offenen Jugendarbeit in Frage. Neuerdings werden auch Ansätze der anonymen Telefonberatung (Sucht- und Wendepunkt, Hamburg) und der Hilfen im Internet (www.kidkit.de, Köln) verwirklicht.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei besonders schwer beeinträchtigten Kindern aus suchtblasteten Familien, insbesondere solche mit Traumatisierungen, schweren Verhaltensstörungen, manifester Suizidalität u. Ä., ist eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung angezeigt. 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.

Schluss

Der vorliegende Beitrag hat zum Ziel, anhand der inzwischen vor allem im internationalen Bereich gewonnenen Forschungsergebnisse zu Angehörigen von Suchtkranken mit den Schwerpunkten *Partner und Kinder* die Sensibilität für diese Personengruppen, die mehr Personen umfassen als die Suchtkranken selbst, zu steigern. Auf dem heutigen Forschungsstand zeigt sich, dass die Partner von Suchtkranken eine sehr heterogene Gruppe darstellen. Nur ein Teil von ihnen zeigt eindeutig Symptome, die sich als co-abhängiges Verhalten interpretieren lassen. Zahlreiche Symptome treten in der Folge des langfristigen Zusammenlebens mit einem suchtblasteten Partner auf und können als stressbedingt gelten. Hier liegt jedoch mit den Studien zur selektiven Partnerwahl ein sehr wichtiger Hinweis vor, dass sich Beziehungssysteme zu einem erheblichen Teil transgenerational wiederholen können.

Für die zweite große Angehörigengruppe, die Kinder von Alkoholikern, kann das Risiko einer psychosozialen Schädigung als gesichert gelten. Auch wenn von ihnen ein gewisser Teil eine unauffällige Entwicklung schafft, ist wenigstens ein Drittel stark beeinträchtigt (Cotton, 1979). Entsprechende Konsequenzen für das Hilfesystem

sind nahe liegend und zwingend: Darunter sind *Frühintervention, Netzwerkarbeit, familienorientiertes Case Management, spezialisierte, zumindest jedoch problem-sensibilisierte Hilfeangebote, Verstärkung der Sekundärprävention, Schwerpunktprävention für Risikogruppen und schließlich an den Ressourcen und der Lebenswelt orientierte Hilfen* zu verstehen. Gerade Kinder und Jugendliche mit hohem Suchtrisiko können dabei am meisten von besonders gezielten Präventionsmaßnahmen profitieren. Es ist eine Ressourcenförderung bei gleichzeitiger Verringerung der Risikofaktoren als Erfolg versprechendste Strategie angezeigt. Die dringende Notwendigkeit vorausschauenden, präventiven Handelns haben Silverman & Schonberg (2001) aus der Perspektive der Jugendmedizin deutlich beschrieben: „*Health care professionals need to be sensitive to the possibility of substance abuse in the home, and should aggressively pursue early treatment/therapy options for those at risk*“ (Silverman & Schonberg, 2001, 485).

Literatur

- Bachmeier, R., Funke, W., Herder, F., Kluger, H., Medenwaldt, J., Misse, P., Weissinger, V. & Wüst, G. (1999). Basisdokumentation 1998. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Bonn: Fachverband Sucht e.V. (= Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung; Band 7).
- Brakhoff, J. (Hrsg.) (1987). Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg: Lambertus.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ (1998). Leistungen und Grenzen von Heimerziehung: Ergebnisse einer Evaluationsstudie stationärer und teilstationärer Erziehungshilfen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Cotton, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 40, 89-116.
- Dilger, H. (1994). „Maks“: Ein Modellprojekt für Kinder und ihre suchtkranken Eltern. In: Arenz-Greiving, I. & Dilger, H. (Hrsg.): Elternsuchte – Kindermöte. Berichte aus der Praxis. (S. 68-78). Freiburg: Lambertus.
- Ehrenfried, T., Heinzelmann, C., Kähni, J. & Mayer, R. (1998). Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Selbstverlag² (2. Korrigierte Auflage).
- 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.
- Gotham, H.J. & Sher, K.J. (1996). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol* 57, 34-39.
- Grant, B. F. (2000). Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90, 112-115.
- Hauschildt, E. 1995. „Auf den richtigen Weg zwingen...“ Trinkerfürsorge 1922-1945. Freiburg: Lambertus.
- Jackson, J.K. (1954). The adjustment of the family to the crises of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 15, 562-586.
- Klein, M. (1986). Zur Situation von Kindern alkoholabhängiger Eltern. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sinnfrage und Suchtprobleme. Menschenbild – Wertorientierung – Therapieziele. Hamm: Hoheneck, S. 179-185.
- Klein, M. (1996). Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtkrank belasteten Familien – eine Bestandsaufnahme. *psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin* 8, 154-158.
- Klein, M. (2002). Partner von Abhängigen. In: Fegler, J. (Hrsg.). Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg: ecomed, S. 377-385.
- Klein, M. & Quinten, C. (2002). Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern. *Suchttherapie* 3, 233-240.
- Klein, M. & Zobel, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 6, 133-140.
- 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.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism. II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol* 43, 888-909.
- Paolino, T.J., McCrady, B., Diamond, S. & Longabaugh, R. (1976). Psychological disturbances in spouses of alcoholics. An empirical assessment. *Journal of Studies on Alcohol* 37, 1600-1608.
- Potter-Efron, R.T. & Potter-Efron, P.S. (1989). Assessment of codependency with individuals from alcoholic and chemically dependent families. Special issue: Co-dependency: Issues in treatment and recovery. *Alcoholism Treatment Quarterly* 6, 37-57.
- Robinson, B.E. & Rhoden, J.L. (1998). Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook. 2nd Edition. Sage: Thousand Oaks.
- Silverman, K. & Schonberg, S.K. (2001). Adolescent children of drug abusing parents. *Adolescent Medicine* 12, 485-491.
- 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.
- Tretter, F. (1998). Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2002). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Psychotherapeutenjournal* 0, 6-15.

Sucht macht krank! – Von der Akutmedizin zum Disease-Management
 Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
 Band 27 – ISBN 3-87581-241-7
 Neuland, 2004, Geesthacht

² Bezugsadresse: Theresa Ehrenfried u.a., Hermann-Rommel-Straße 22, 72336 Balingen.