

Soziale Gruppenarbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Diplomarbeit für die
staatliche Abschlußprüfung
im Fachbereich Sozialwesen
an der Katholischen Fachhochschule
Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln
Wintersemester: 2000/2001

vorgelegt von
Monika Süß
Vossenackerstraße 10
41464 Neuss

Erstprüfer: Prof. Dr. rer. nat. Michael Klein
Zweitprüfer: Dipl. Sozialarbeiterin Ingrid Sitzenstuhl

Inhalt:

1	Einleitung	S. 4
1.1	Fragestellung	S. 4
1.2	Definitionen und Begriffsbestimmungen	S. 5
1.2.1	Alkoholismus	S. 5
1.2.2	Mißbrauch	S. 6
1.2.3	Alkoholabhängigkeit	S. 6
1.3	Statistische Eckdaten von Alkoholbetroffenheit	S. 8
1.4	Forschungsstand	S. 8
1.4.1	Epidemiologie	S. 10
1.4.3	Transmission der Alkoholabhängigkeit	S. 12
2	Kinder in Alkoholikerfamilien	S. 16
2.1	Die Alkoholikerfamilie - Psychodynamik und Interaktionsverhalten der Familienmitglieder	S. 16
2.1.1	Merkmale einer Alkoholikerfamilie	S. 16
2.1.2	Familienatmosphäre	S. 17
2.1.3	Regeln	S. 19
2.1.4	Das Gefühlsleben und Verhalten mitbetroffener Kinder	S. 21
2.1.5	Rollenverhalten der mitbetroffenen Kinder	S. 23
2.1.5.1	Der Held	S. 24
2.1.5.2	Der Sündenbock	S. 24
2.1.5.3	Das verlorene Kind	S. 25
2.1.5.4	Das Maskottchen	S. 25
2.1.5.5	Erweiterte Rollen	S. 26
2.1.6	Partner und Partnerinnen von Alkoholikern	S. 27
2.2	Auswirkungen der Alkoholsucht auf die Kinder	S. 29
2.2.1	Medizinische Auswirkungen	S. 29
2.2.1.1	Alkoholembryopathie	S. 29
2.2.1.2	Sexueller Mißbrauch	S. 30
2.2.2	Psychologische Auswirkungen	S. 31
2.2.2.1	Schulleistung und –verhalten	S. 31
2.2.2.2	Intelligenz, Kognition und sprachliche Fähigkeiten	S. 32
2.2.2.3	Verhaltensstörung: Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität	S. 33
2.2.2.4	Störung des Sozialverhaltens	S. 34
2.2.2.5	Angststörungen und Depression	S. 34
2.2.2.6	Somatische und psychosomatische Probleme	S. 35
2.2.3	Soziale Auswirkungen	S. 36
2.2.4	Geschlechtsspezifische Auswirkungen	S. 37
2.2.4.1	Wenn der Vater suchtkrank ist	S. 38
2.2.4.2	Wenn die Mutter suchtkrank ist	S. 39
3	Theoretische Grundlagen und Anforderungen für Gruppenkonzepte in der Sozialarbeit mit dem Schwerpunkt Kinder aus Suchtfamilien	S.40
3.1	Soziale Gruppenarbeit in der Suchthilfe	S.40
3.2	Kinder als eigenständige Zielgruppe in der Suchthilfe	S.42
3.2.1	Stationäre Angebote	S.42
3.2.2	Ambulante Angebote	S.43

3.3	Soziale Gruppenarbeit als Präventionsmaßnahme für Kinder aus alkoholbelasteten Familien	S.43
3.4	Der familienorientierte Ansatz in der Suchtprävention	S.46
3.5	Erlebnispädagogik in der Suchtprävention	S.47
3.6	Methodisches Handeln in der Kindergruppenarbeit	S.49
3.7	Allgemeine Zielsetzung für die Kindergruppenarbeit	S.50
4	Soziale Gruppenarbeit für Kinder aus Suchtfamilien - ein Konzeptionsvergleich	S. 52
4.1	„Kolibri“. Die Arbeit nach dem familienorientierten Ansatz (Bocholt)	S. 52
4.2	„MAKS“. Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken (Freiburg)	S. 55
4.3	„KIDS & CO“. Kinder von Suchtkranken (Bergisch-Galdbach)	S. 57
4.4	„KIZ“- (Kinder im Zentrum). Arbeiten mit Kindern von Suchtkranken (Neuss)	S. 60
4.5	„Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker“ (Balingen)	S. 63
4.6	„Das sind wir“. Reden - Fühlen - Vertrauen - Spielen (Altenkirchen)	S. 66
4.7	„Kinder aus Suchtfamilien“ (Schaumberg-Blies)	S. 68
4.8	Working with children of alcoholics (USA)	S. 70
4.9	Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Projekte	S. 73
4.10	Kritik	S. 75
5	Gruppenangebote und Beispiele für die sozialarbeiterische Praxis	S. 78
5.1	Phasen und Themen der Gruppenarbeit mit Kinder aus alkohlbelasteten Familien	S. 79
5.2	Unterstützungsmöglichkeiten des Gruppenleiters bei Rollenfixierung der Kinder	S. 85
5.3	Arbeit mit Bezugspersonen	S. 87
5.3.1	Theoretische Grundannahmen für die Elternarbeit	S. 88
5.3.2	Themen der Elternarbeit	S. 89
5.4	Beispiele für die Praxis	S. 91
5.4.1.	Exemplarische Gruppenstunde	S. 91
5.4.2.	Beispiel eines Intensivtags	S. 95
5.4.3.	Beispiel für ein Familienwochenende	S. 99
6	Die Bedeutung der sozialen Gruppenarbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familienfür die sozialarbeiterische Praxis	S. 105
7	Zusammenfassung und Ausblick	S. 106
8	Literaturverzeichnis	S. 108
8.1	Konzeptionen	S. 108
8.2	Literaturverzeichnis	S. 109
9	Anhang	S. 116

1 Einleitung

In fast allen modernen Gesellschaften ist Alkoholabhängigkeit die verbreitetste Suchterkrankung. Gegenwärtig leben rund 2,5 Millionen Alkoholabhängige im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, viele davon haben Kinder. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, daß rund zwei Millionen minderjährige Kinder in Familien mit alkoholabhängigen Elternteilen leben. Hinzu kommen weitere 5 - 6 Millionen Menschen, die als erwachsene Kinder aus suchtbelasteten Familien durch eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber psychischen Störungen besonders gefährdet sind (Klein 1998, S. 8 - 9). Während für erwachsene Alkoholabhängige inzwischen ein breitgefächertes Netz unterschiedlicher Hilfeeinrichtungen im Rahmen der Suchtkrankenhilfe existiert, ist die Situation der Kinder aus diesen Familien in Deutschland lange Zeit kaum berücksichtigt worden, obwohl diese Kinder mittlerweile als anerkannte Risikogruppe eingestuft werden. In den neunziger Jahren hat sich diese Situation allmählich verändert, ohne daß Betreuungsnachfrage und Betreuungsangebot bisher in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander gebracht werden konnten. 1995 verfügten lediglich 12% der Beratungsangebote in der ambulanten Suchtkrankenhilfe über spezielle Angebote für Minderjährige (Mayer 1998, S. 3). Bezeichnend für die schwache Verankerung solcher speziell an Kinder gerichteter Angebote in der Suchtkrankenhilfe ist, daß sie sich zumeist noch im Stadium eines zeitlich befristeten Modellprojekts befinden.

1.1 Fragestellung

Diese Arbeit fragt in einem ersten Schritt nach der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien, wobei innerfamiliäres Interaktionsverhalten und psychodynamische Verhaltensmuster im Vordergrund stehen (Kap. 1, 2). Ein besonderes Augenmerk wird darauf zu richten sein, wie Kinder diese Konstellation erfahren, welche Auswirkung die elterliche Suchterkrankung auf sie hat und welche Mechanismen sie zur Bewältigung der aus der Alkoholabhängigkeit und dem Alkoholmißbrauch der Eltern entstehenden Konflikte entwickeln. Der erste Hauptteil der Arbeit endet mit einer knappen Darstellung theoretischer Grundlagen und Anforderungen für Gruppenkonzepte in der Sozialarbeit mit dem Schwerpunkt Kinder aus Suchtfamilien (Kap. 3).

Im zweiten, praxisorientierten Hauptteil wird es darum gehen, Hilfsangebote der sozialarbeiterischen Praxis mit dem Schwerpunkt soziale Gruppenarbeit anhand der Selbstbeschreibung ausgewählter deutscher und US-amerikanischer Modellprojekte zu erfassen und kritisch zu mustern (Kap. 4). Der Vergleich der Modellkonzeptionen soll den Ausgangspunkt für die abschließende Frage nach konkreten Möglichkeiten der Realisierung von Gruppenangeboten für Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der sozialarbeiterischen Praxis bilden (Kap. 5).

1.2 Definitionen und Begriffsbestimmungen

1.2.1 Alkoholismus

Von den beiden international führenden Fachinstanzen, dem US-amerikanischen ‘National Council on Alcoholism and Drug Dependence’ und der ‘American Society of Addictive Medicine’ wurde 1992 folgende Definition des Alkoholismus formuliert: *„Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entstehung und Manifestation durch genetische, psychosoziale und umfeldbedingte Faktoren beeinflusst wird. Sie schreitet häufig fort und kann tödlich enden. Alkoholismus wird durch eine Reihe von dauernd oder zeitweilig auftretenden Kennzeichen charakterisiert: durch die Verschlechterung des Kontrollvermögens beim Trinken und durch die vermehrte gedankliche Beschäftigung mit Alkohol, der trotz besseren Wissens um seine schädlichen Folgen getrunken und dessen Konsum häufig verleugnet wird.“* (Freie Übersetzung nach Feuerlein 1998, S. 4 - 12) .

1.2.2 Mißbrauch

Unter dem Begriff ‘Mißbrauch’ versteht Feuerlein ganz allgemein *„den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die in qualitativer und/oder quantitativer Hinsicht vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht ... Unter Alkohol-mißbrauch versteht man zunächst ganz allgemein einen Konsum, der zu körperlichen, psychischen und sozialen Schäden führt.“* (Feuerlein et al. 1998, S. 4). Alkoholbedingte Folgeschäden können auch auf bloßen Alkohol-Mißbrauch zurückzuführen sein. In den letzten Jahrzehnten findet man vor allem in der angloamerikanischen Literatur den Begriff *„problem drinking“* (Trinken in einem Ausmaß, daß es zu Problemen auf körperli-

chem, psychischen oder/und sozialem Gebiet kommt), welcher jedoch keinen Eingang in Krankheitsklassifikationen nach DSM-IV und ICD 10 gefunden hat. Der Begriff des Mißbrauchs wird im ICD 10 als „*schädlicher Gebrauch*“ definiert. Dieser Begriff ist nur dann anzunehmen, wenn es durch den Konsum zu einer körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschädigung gekommen ist, während beim DSM IV hingegen auch psychosoziale Kriterien zur Definition des Alkohol-Mißbrauchs herangezogen werden (Feuerlein 2000, S. 17).

1.2.3 Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängigkeit wird heute in der Fachliteratur als Synonym für die älteren Begriffe „*Trunksucht*“ und „*Alkoholismus*“ verwendet. Während die Trunksucht historisch betrachtet als „*ein heftiger Trieb oder ein unwillkürliches Verlangen zum Genuß geistiger Getränke*“ (Feuerlein 1998, S. 5) bezeichnet wurde, wurde der ursprüngliche Begriff des Alkoholismus durch ein Bild des langfristigen exzessiven Alkoholkonsums mit chronischen und körperlichen Folgeerscheinungen geprägt. Heute ist der Begriff Alkoholismus wegen seiner Praktikabilität weltweit verbreitet, wird aber ähnlich verschwommen wie der Suchtbegriff verwendet. Feuerlein bemerkt jedoch, daß im allgemeinen Sprachgebrauch die Bezeichnung „Alkoholismus“ sowohl Mißbrauch von Alkohol wie auch die Alkoholabhängigkeit einbezieht. In der Fachliteratur unterscheidet man zwischen „körperlicher“ und „psychischer“ Alkoholabhängigkeit. Kennzeichen für eine körperliche Alkoholabhängigkeit liegen dann vor, wenn es zu einer Toleranzsteigerung und Entzugssyndromen kommt. Bei der psychischen Alkoholabhängigkeit stehen folgende vier Symptome im Vordergrund:

- gesteigertes Verlangen nach Alkohol;
- mangelnde Fähigkeit, den Konsum zu kontrollieren;
- die Zentrierung des Denkens auf und das Streben nach Alkohol;
- die Fortsetzung des Alkoholkonsums trotz subjektiv wahrgenommener negativer Konsequenzen.

Die WHO hat vorgeschlagen, zwischen alkoholbezogenen Folgeschäden (Mißbrauch) und Alkoholabhängigkeit zu unterscheiden. Dies gilt auch für andere Stoffe mit hohem Abhängigkeitspotential. Diese Unterscheidung hat auch Eingang gefunden im internationalen Klassifikationsschema ICD 10 sowie im DSM IV. Im ICD 10 (Dilling et al. 1993) werden zehn verschiedene alkoholbedingte Syndrome unterschieden.

Lindemeyer (1999, S. 2) betont, daß diese Syndrome nicht gleichwertig sind, aber durchaus nebeneinander klassifiziert werden können. So findet man folgende alkoholbedingten Syndrome:

- F 10.0 Intoxikation (aktueller Rauschzustand),
- F 10.1 Schädlicher Gebrauch,
- F 10.2 Abhängigkeitssyndrom,
- F 10.3 Entzugssyndrom (z.B. Tremor, Schweißausbrüche, Angst),
- F 10.4 Entzugssyndrom mit Delir,
- F 10.5 Psychotische Störung (z.B. Alkoholhalluzinose, alkoholische Paranoia),
- F 10.6 Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (z.B. Korsakow-Syndrom),
- F 10.7 Alkoholbedingter Restzustand (z.B. auch nach Abstinenz anhaltende Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung),
- F 10.8 Andere alkoholbedingte psychische Verhaltensstörung,
- F 10.9 Nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Verhaltensstörung.

Um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit stellen zu können, sind während eines Zeitraums von einem Jahr vor der Diagnose mindestens drei der folgenden Kriterien erforderlich:

- 1) ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren;
- 2) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums;
- 3) körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahen verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden;
- 4) Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Alkoholmengen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden);
- 5) fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen;

6) anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigungen oder die Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Eine weitere Unterteilung des Alkoholabhängigkeitssyndroms sieht die fünfte Stelle des Klassifikationsschemas des ICD 10 vor. Es reicht von gegenwärtig abstinent, gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung, gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten, gegenwärtiger Alkoholkonsum, ständiger Alkoholkonsum bis hin zum episodischen Alkoholkonsum.

1.3 Statistische Eckdaten von Alkoholbetroffenheit

Lindenmeyer (1999, S. 6) betont, daß bei Männern in westlichen Industrienationen Alkoholabhängigkeit die häufigste und bei Frauen die zweithäufigste psychische Erkrankung ist. Diese Ergebnisse werden durch eine repräsentative Studien im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gestützt, die Krause & Bauernfeind 1998 durchführten. Nach ihren Berechnungen sind etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung über 18 Jahren (1,5 Millionen) als alkoholabhängig und weitere 5% (2,4 Millionen) als Alkoholmißbraucher einzustufen. Selbst wenn es aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden im einzelnen gewisse Schwankungen zwischen den Untersuchungsergebnissen gibt, weisen die Befunde in die gleiche Richtung und unterstreichen die Dimension des Problems Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit.

1.4 Forschungsstand

Suchtmedizin und Sozialpolitik haben sich lange Zeit primär dem Alkoholkranken zugewandt. Erst Ende der 70er Jahre hat die Forschung damit begonnen, sich intensiv mit den Familien von Alkoholabhängigen zu beschäftigen. Inzwischen lassen nationale wie internationale Forschungen keinen Zweifel mehr daran, daß Alkoholabhängige häufig aus Familien stammen, bei denen bereits ein oder auch beide Elternteile abhängig waren.

Wegweisend waren die frühen Arbeiten von Cotten (1979), in denen eine Gruppe von insgesamt 4000 Alkoholabhängigen untersucht wurde. Es wurde festgestellt, daß 30.8% von ihnen ein abhängiges Elternteil besaß. Neuere Forschungen auf der Grundlage verfeinerter Analysemethoden unterstreichen diese These (McKenna & Pickens

1981, Hesselbrock et al. 1982, Zobel et al. 1994 und Klein & Zobel 1999). Unstrittig ist inzwischen, daß Kinder von Alkoholikern erheblich häufiger alkoholabhängig werden oder Alkohol mißbrauchen als Kinder nicht-suchterkrankter Eltern. Man geht davon aus, daß das Risiko etwa sechs mal höher ist als bei gesunden Eltern (Klein 1998, S. 9).

Unklar und strittig ist vor allem die Frage, warum es in Familien mit einem alkoholabhängigen Mitglied zu einer signifikanten Häufung von Alkoholabhängigkeit in der Verwandtschaft kommt. Gibt es geschlechtsspezifische Gründe dafür oder liegt es daran, wie Cloninger et al. 1981, Bohman et al. 1981 und Stigvardsson et al. 1996 vermuten, daß ein genetischer Faktor an der Entstehung einer Alkoholabhängigkeit beteiligt ist, wie sie in ihren Adoptionsstudien zu zeigen versuchen? (Zusammenfassend: Zobel 2000, S. 145f.) Hier besteht eines der zentralen Forschungsdesiderate.

Vieles spricht dafür, daß erst beide Erklärungsmuster zusammen zentrale Einsichten in das Phänomen Alkoholabhängigkeit vermitteln: Die Untersuchungen von Kubicka et al. 1990, Lachner & Wittchen 1997 und Pandina & Johnson 1989, 1990 zeigen, daß jugendliche und junge Erwachsene gegenüber Kontrollgruppen einen erhöhten Alkoholkonsum zeigen. Dies gilt insbesondere für Söhne von Alkoholabhängigen. Bei ihnen konnten dispositionell erhöhte Alkoholtoleranzen beobachtet werden, die, so Klein, *„die entscheidende Risikofaktoren im Rahmen des genetisch determinierten Vulnerabilitätsanteils für die Entwicklung von Abhängigkeit darstellen“* (Klein 1998, S.109). Die Studien von Drake & Vaillant 1988 sowie Knopp et al. 1993 zeigen bei männlichen Risikoprobanden eine deutlich erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Mit langfristigen Untersuchungsreihen, in denen Probanden über 30 Jahre begleitet wurden, konnten auch Schuckit 1994, Schuckit & Smith 1996, Sher et al. 1997 die besondere Gefährdung von Männern alkoholabhängig zu werden oder Alkohol zu mißbrauchen belegen (als aktuelle Bilanz einschlägiger Forschungen vgl. Zobel 2000, S. 145).

Hinzu kommen noch weitere Risikofaktoren, die vor allem in der Familienumwelt der Kinder von suchtkranken Eltern zu finden sind. Genetik und Geschlecht reichen also für die Erklärung nicht aus. Zum Beispiel beeinflussen schwierige Familienkonstellationen wie z.B. alleinerziehende alkoholabhängige Elternteile oder Elternpaare, die beide alkoholabhängig sind, das Suchtverhalten. Aber auch die „klassische Familienkonstellation“, bei der es sich meist um einen alkoholkranken Vater und eine nicht suchtkranke Mutter handelt, können ein erhöhtes Transmissionsrisiko bedeuten. Durch Alkohol kann

das Beziehungsgefüge in der Familie grundlegend verändert werden. Bei diesen Familienkonstellationen werden die Kinder oft sich selbst überlassen. Sie müssen Aufgaben übernehmen, denen sie noch nicht gewachsen sind. Frühreife und Verhaltensauffälligkeit können die Folge sein, wenn sie in ihren Familien zu viel Verantwortung für die Bewältigung des Alltags übernehmen müssen.

Für die Kinder besteht nicht nur ein erhöhtes Risiko für eine familienimmanente Übertragung des Alkoholmißbrauches, sondern auch für die Gefahr psychischer Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen. Lachner & Wittmann (1995) zeigen dies in ihrer Studie eindringlich. Allerdings gibt es keinen Automatismus zwischen suchtkranken Eltern und der Übertragung des Suchtverhaltens auf die Kinder. Die Transmission ist nicht monokausal, und spätere Störungen der Kinder haben zumeist ein ganzes Bündel an Ursachen. Die Forschung ist sich weitgehend einig, daß, wie Klein formuliert, *„Merkmale der Familienumwelt, Persönlichkeitseigenschaften, Kognitionen und biologische Dispositionen des Kindes interagieren und letztendlich das Auftauchen sowie die Ausprägung von psychischen Störungen bestimmen“* (Klein 1998, S. 10). Er begegnet damit allen Versuchen, das Suchtproblem eindimensional zu verengen und spricht sich nachdrücklich für eine Mehrfaktorenanalyse als Erklärungsmuster aus.

1.4.1 Epidemiologie

Die Frage der Transmission gehört zu den zentralen gegenwärtigen Forschungsfragen. Einen entscheidenden Impuls gab die Studie von Lachner & Wittchen (1997, S. 68 - 70). Auf der Grundlage einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 3021 Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 14 und 24 Jahren kommen sie zu dem Befund, daß insgesamt 15.1% dieser Eltern ein Suchtproblem haben; 11.9% davon sind Väter und 4.7% Mütter. Auch hier wird die geschlechtsspezifische Dimension deutlich. Einen besonderen Schwerpunkt bildet bei diesen Untersuchungen die Frage nach komorbiden Störungen bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen und deren Abhängigkeit vom Suchtstatus der Eltern. Die Forscher fanden bei den Probanden am häufigsten phobische Störungen (24.8%), gefolgt von depressiven Episoden (13%), manischen oder hypomanischen Episoden (5.2%), und Panikattacken (4.3%). Eßstörungen hatten 3% und Drogenmißbrauch 2.9%. Für die Jugendlichen und jungen Erwachsenen ergab sich dann die höchste komorbide Belastung, wenn bereits bei ihren Eltern Abhängigkeit oder mißbräuchlicher Alkoholkonsum diagnostiziert worden war.

Neben dem Forschungsfeld der Transmission gibt es noch eine Reihe anderer spezifischer Problemlagen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien, die die Forschung bereits seit längerem thematisiert.

Mit dem Bereich **Jugendalkoholismus** haben sich 1979 bereits Lund & Landesmann-Dwyer beschäftigt. Sie fanden heraus, daß von 26 untersuchten jugendlichen Alkoholikern 46% Eltern besaßen, die ebenfalls alkoholkrank waren. Klein (1984) kommt, allerdings auf einer breiteren empirischen Basis, zu einer ähnlichen Einschätzung. Er hatte Jugendliche in stationärer Behandlung untersucht und festgestellt, daß von den 71 Personen im Alter von 17 bis 28 Jahren 37,8% aus Alkoholikerfamilien stammten. Eine der neuesten Studien auf diesem Gebiet unterstreicht diese Befunde. Bührs (1994) zeigte, daß aus seiner Gruppe von 781 alkoholkranken Jugendlichen etwa 70% aus einer Familie mit mindestens einem suchtkranken Elternteil stammten. Überraschend war dabei der hohe Anteil junger alkoholabhängiger Frauen, die eine suchtkranke Mutter hatten (36.5%).

Ein anderer Forschungsschwerpunkt richtet sein Augenmerk auf die **Krankheitsbelastungen** und die daraus resultierenden **Kosten** durch Kindern aus alkoholbelasteten Familien. Gibt es hier signifikante Unterschiede in den Krankheitsverläufen? Sind Alkoholikerkinder häufiger krank und liegen länger im Krankenhaus als Kinder nicht-suchtkranker Eltern? Woodside, Coughy und Cohen 1993 zeigen, daß die Zahl der Krankenhausaufenthalte für diese Risikogruppe um 24.3% höher war als bei der Kontrollgruppe. Die Krankenhausaufenthaltsdauer der Risikogruppe lag um 61.7% und die entstehenden Kosten um 36% höher als die der Kontrollgruppe. Unterschiedlich waren auch die Gründe für die stationäre Behandlung: Kinder aus alkoholbelasteten Familien mußten wegen psychischer Störungen fast doppelt so häufig behandelt werden wie die Kinder der Kontrollgruppe.

Klein schließt daraus, daß aufgrund der jüngeren Geburtskohorten, die eine erhöhte Lebenszeit-Prävalenzrate und ein geringeres Ersterkrankungsalter aufweisen als früher geborene Alterskohorten, *„in Zukunft mehr Kinder in suchbelasteten Familien aufwachsen werden und durch das beschriebene Transmissionsrisiko wiederum auch die Zahl der in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter beeinträchtigten Personen zunehmen wird.“* (Klein 1998, S.16).

1.4.3 Transmission der Alkoholabhängigkeit

Eines der tragenden Modelle zur Erklärung des Transmissionsverlaufs entwickelte im Anschluß an umfangreiche empirische Forschungen Zobel (2000). Er sieht in erste Linie vier interagierende Aspekte. Den Alkohol- und Familieneffekt sowie biologische Effekte und Modellerneffekte. Diese sollen im folgenden kurz vorgestellt werden:

Die **Alkoholeffekte** beeinflussen das Denken, Fühlen und Handeln des alkoholabhängigen Elternteils. Stimmungsschwankungen und Verhaltensänderungen sind an der Tagesordnung und beeinträchtigen das Familienklima, die Beziehungen zwischen den Eltern und zwischen Eltern und Kindern. In den Familien dominiert ein Gefühl von Anspannung, Angst und Willkür; hinzu treten medizinische Probleme, Krankenhausaufenthalte häufen sich, die beruflichen Fehlzeiten erhöhen sich. Der erkrankte Elternteil ist immer weniger in der Lage, seine Erziehungsaufgaben wahrzunehmen, der andere Elternteil ist zunehmend mit der Situation überfordert. Das hat gravierende Folgen für die Familiensituation und die **Familieneffekte**.

Häufig, so Zobel, resultieren aus fortgeschrittenem Alkoholkonsum finanzielle Probleme, Ehekonflikte und Verluste sozialer Bindungen. Die Familieneffekte reichen aber noch weiter, sie betreffen vor allem auch das innerfamiliäre Beziehungsgefüge. Die Familienmitglieder werden in neue Rollen gezwungen, um den Alkoholkonsum in das Familienleben zu integrieren. Das gilt besonders für die Kinder, deren sichere Strukturen sich auflösen, da der Alkoholkonsum des abhängigen Elternteils alle anstehenden familiären Rituale in Frage stellt (z.B. gemeinsames Essen, gemeinsame Unternehmungen, Feiern etc.) Die Alkoholeffekte werden zum Teil des Familienschicksals und das vor allem hinsichtlich der innerfamiliären Konfliktbewältigung im Anschluß an die willkürlichen Alkoholexzesse und die Verhaltens- und Stimmungsänderungen des Abhängigen. Für die Kinder bedeutet das, daß familiäre Instabilität, Unsicherheit und Angst zu ihren ständigen Wegbegleitern werden. Hilfe und Unterstützung im Alltag und der Schule bleiben aus. Noch schwieriger wird es, wenn zusätzlich noch Persönlichkeitsstörungen der Eltern hinzutreten. Zobel glaubt, daß die häusliche Umgebung nicht zwangsweise zu einer Störung der Kinder führen muß. Für die weitere kindliche Entwicklung sind sogenannte **Moderatoren** wichtig, die in der Person des Kindes und/oder der Umwelt zu finden sind und die einen entscheidenden Entwicklungseinfluß ausüben. So können z.B. andere Familien-

mitglieder, Außenstehende oder Gleichaltrige stabilisierende und unterstützende Funktionen ausüben, die so die Kinder vor weiteren Auswirkungen schützen. Dies ist dann besonders wichtig, wenn die Kinder in hohem Maße dem elterlichen Trinken und den ehelichen Auseinandersetzungen ausgesetzt waren. Besonders ungünstig wirkt sich hingegen eine mangelnde emotionale Bindung oder der Einfluß einer abweichenden Peergruppe (z.B. durch Drogenkonsum, kriminelle Handlungen) aus, die weitere Auffälligkeiten und Störungen begünstigen. Wenn Kinder Resilienzen entwickeln, können sie die familiären Erfahrungen eher verarbeiten und sich vor den negativen Auswirkungen schützen. Diese werden als **konstitutionelle Moderatoren** bezeichnet. Bei den Effekten des Alkohols wird eine kognitive, motorische oder soziale Leistungssteigerung erwartet, die mit einer vorher erfahrenen Verstärkung einhergeht und zu einer Erhöhung des Alkoholkonsums führt. Auch die Wahl der Bewältigungsstrategien steht in Beziehung zur Höhe des Alkoholkonsums. So beobachten Kliniker eine Zunahme des Alkoholkonsums, wenn Jugendliche in problematischen Situationen eher zu Vermeidungsverhalten wie Rauchen, Trinken, Essen neigen, als lösungsorientierte Strategien zu benutzen. Die Lebenseinstellung hat auch Auswirkungen auf das Trinkverhalten. Eine pessimistische Einstellung führt eher zu erhöhtem Alkoholkonsum, während eine positive Einstellung zu keinem erhöhten Alkoholkonsum führt. Ausreichende soziale Kompetenzen befähigen den Risikoprobanden, sich in schwierigen Zeiten selber Hilfe und Unterstützung zu holen. Als weiterer Risikofaktor kann die Erfahrung von sexuellem Mißbrauch in Kindheit und Jugend angesehen werden.

Zusammenfassend betrachtet bedeutet dies, daß familiäre Erfahrungen durch Personen außerhalb der Familie und durch die Unterstützung des nicht alkoholbelasteten Elternteils moderiert werden können. Aber auch positive Merkmale des Risikoprobanden moderieren die häusliche Erfahrung. So sind unterschiedliche Entwicklungsverläufe, die von einer gesunden Entwicklung bis hin zu späteren Auffälligkeiten/Störungen reichen können möglich. Denkbar ist jedoch auch die Entwicklung einer Störung, die wiederum zu erhöhtem Alkoholkonsum führt und durch Selbstmedikation zu therapieren versucht wird.

Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit werden zusätzlich von zwei weiteren Faktoren bestimmt. Diese kann man mit Zobel als **Modellerneffekte** und **biologische Effekte** bezeichnen.

Zu den biologischen Effekten zählt beispielsweise die geschlechtsspezifische Vulnerabilität. Besonders gefährlich ist es zudem, wenn Kinder und Jugendliche von ihren Eltern lernen, daß Trinken ein Teil der Streßreduktion ist und damit durch die Eltern die Alkoholtoleranz erhöht wird. Für die Jugendlichen steigt dadurch die Anfälligkeit, über Alkohol Anerkennung und Bestätigung finden zu wollen. Schließlich kann auch die Imitation des elterlichen Trinkverhaltens zu Alkoholmißbrauch und/oder -abhängigkeit führen.

TABELLE- TRANSMISSION

2 Kinder in Alkoholikerfamilien

2.1 Die Alkoholikerfamilie - Psychodynamik und Interaktionsverhalten der Familienmitglieder

In dem nun folgenden Kapitel soll auf die spezielle Situation von Kinder in Alkoholikerfamilien eingegangen werden. Hier steht das Erleben und Verarbeiten der familiären Situation der Kinder im Vordergrund. Es werden Rollenmodelle vorgestellt, die das Anpassungs- und Bewältigungsverhalten der Kinder in diesen Familien beschreiben. Daran schließen sich Ergebnisse empirischer Studien über verschiedene medizinische, psychologische und soziale Auswirkungen der Alkoholsucht an.

2.1.1 Merkmale einer Alkoholikerfamilie

Um einer Stigmatisierung von Suchtkranken entgegenzuwirken, betont Arenz-Greiving (1998, S. 38) zu Recht, daß es 'die Alkoholikerfamilie' schlechthin nicht gebe. Vielmehr ist ein individueller Blickwinkel auf die persönliche Lebens- und Suchtgeschichte der einzelnen Familienmitglieder notwendig und ebenso ein empathisches Verstehen dieser. Entwicklungsverläufe und Kompensationsmöglichkeiten können sehr unterschiedlich sein. Ebenso kann das Ausmaß einer Störung auch vom Grad der Störung in der Familie abhängen. In der Literatur (Black 1988, Bertling 1993, Lambrou 2000, Wegscheider 1988) findet man jedoch bestimmte immer wiederkehrende Charakteristika von Suchtkranken und ihren Familien. Auf diese stützen sich die nun folgenden Ausführungen.

Von der Alkoholerkrankung eines oder mehrerer Familienmitglieder ist immer das gesamte Familiensystem mit allen darin lebenden Personen betroffen. Daher spricht man auch von der Suchterkrankung Alkoholismus als Familienerkrankung (Lambrou 2000; Albrecht 1997; Arenz-Greiving 1998a). In diesem System löst die Alkoholabhängigkeit der Eltern oder eines Elternteils einen großen Veränderungsprozeß im Gesamtsystem aus. Die Familienmitglieder reagieren auf den Suchtkranken und dieser wiederum auf sie. Oft vergehen viele Jahre der Bagatellisierung, des nicht Wahrhabenwollens und der trügerischen Hoffnung, bis sich die Familie eingesteht, ein alkoholabhängiges Familienmitglied zu haben. Niemand soll merken, daß in dieser Familie etwas nicht stimmt, und daher wird mit allen Mitteln versucht, dieses Geheimnis zu wahren. Die auferlegte Geheimhaltung führt die Familie oftmals in eine soziale Isolation, da sich Freunde und Verwandte mit der Zeit zurückziehen, da sie doch etwas merken. Besonders für die Kin-

der ist die auferlegte Geheimhaltung belastend. Sie müssen in der Schule für Geheimhaltung sorgen und können keine Freunde spontan mit nach Hause nehmen. Arenz-Greiving stellt fest: *„Somit fehlen den Kindern Kompensationsmöglichkeiten für ihre Belastungen zu Hause: Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen, Erwerb sozialer Kompetenz, Selbstachtung durch den Kontakt mit anderen, Entlastung durch ‚Ausheulen‘, Orientierung an Modellen, die weniger mangelhaft sind als die Eltern“* (Arenz-Greiving 1998a, S.14).

Wegscheider untersucht verschiedene Variablen (Probleme, Gefühle, Abwehrmechanismen, Selbstwert, Verhalten, Kommunikation) in Alkoholikerfamilien und stellt folgendes fest:

1. Die Alkoholikerfamilie zeigt keine Problemeinsicht. Das Thema Alkohol wird geleugnet und verdrängt. Dabei unterliegen die Familienmitglieder einer massiven Selbsttäuschung.

2. Gefühle werden nicht wahrgenommen oder geleugnet, da sie größtenteils sehr schmerzlich sind. Auch dies dient der Selbsttäuschung.

3. Die Abwehrmechanismen werden zur Perfektion entwickelt. Sie sind starr und zwanghaft und helfen so, die unterdrückten Gefühle zu kontrollieren und zeigen sich in bestimmten Haltungen. z.B.: aus Wut wurde Ablehnung, aus Angst wurde ein sich zurückziehen, aus Schuldgefühlen wurde Isolation.

4. Der Selbstwert ist besonders niedrig, da alle selbstwertzerstörenden Faktoren in solchen Familien noch ausgeprägter sind.

5. Das Verhalten der Familienmitglieder ist zwanghaft und festgefahren.

6. Auch die Kommunikation ist durch die auferlegten Familienregeln sehr eingeengt und durch Selbsttäuschung und Verleugnung häufig blockiert (Bertling 1993, S. 50 - 52).

2.1.2 Familienatmosphäre

In Suchtfamilien findet man häufig ein Klima, in dem Angespanntheit, Unruhe, Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit und emotionale Kälte vorherrschen. Aufgrund dieser ständigen Anspannungen und Unberechenbarkeit entsteht bei den Familienmitgliedern insbesondere bei den Kindern ein chronisches Stresserleben, das Schneewind (1999) als Duldungsstress bezeichnet. Der Begriff des Katastrophenstresses findet dann Anwendung bei Schneewind wenn zu dem alltäglichen Stresserleben noch die häusliche Gewalt wie

körperlich, seelische und sexuelle Mißhandlungen dazu kommen, oder häufig unvorhergesehene belastende Situationen auftreten.

Die elterlichen Streitereien können bei den Kindern zu Loyalitätskonflikten führen. Die Kinder fühlen sich dann hin- und hergerissen und können so zu keinem Elternteil eine emotional vertrauensvolle Beziehung aufbauen und erleben sich daher oft als überflüssig und unerwünscht, da sie nicht die nötige Aufmerksamkeit der Eltern erfahren. In diesen Familien scheint auf nichts mehr Verlaß zu sein und die Kinder reagieren mit großer Verunsicherung und Mißtrauen. Die Unberechenbarkeit und Unzuverlässigkeit der Eltern, ihre Stimmungsschwankungen sowie ihr wechselhaftes und inkonsequentes Erziehungsverhalten, das von Verwöhnen bis hin zur völligen Ablehnung mit physischer und psychischer Gewalteinwirkung auf die Kinder einhergehen kann, beeinflußt diese in ihrer Gesamtentwicklung enorm. Die Kinder können dieses Verhalten der Eltern nicht einordnen und reagieren mit ängstlicher Verwirrung und Mißtrauen. So ist z.B. häufig zu beobachten, daß der alkoholisierte Elternteil das Kind wegen Nichtigkeiten bestraft und dann im nüchternen Zustand der fürsorglichste und liebevollste Vater oder Mutter ist. Die Kinder beobachten daher jede Situation genau und versuchen, ihr Verhalten auf die momentane Stimmung und Situation in der Familie anzupassen, unterliegen dabei aber den Stimmungsschwankungen der Erwachsenen und leiden unter diesen und den eigenen Schwankungen (Arenz-Greiving 1998b, S. 38 - 49; vgl. auch Bertling 1993). Die Kinder liegen sozusagen ständig „auf der Lauer“, was als nächstes passieren wird und versuchen die „familiären Tretminen“ zu umgehen. Daher befinden sich die Kinder in einer „ängstlichen Daueranspannung“, die mit einem Wechselbad der Gefühle einhergehen kann, da sie nie wissen, was sie zu Hause erwarten wird (Arenz-Greiving 1999). Aber auch die Geheimhaltung außer Haus, z.B. in der Schule, verstärkt ihr Schamgefühl und zwingt sie in eine soziale Isolation. Die Kinder leiden darunter, nicht spontan zu Freunden gehen zu können, um nicht in die Zwangslage zu geraten, diese zu sich nach Hause einladen zu müssen, wo die Eltern sich beschämend verhalten könnten. Den Kindern fehlt oft das Gefühl, geliebt und akzeptiert zu werden sowie echte Zuneigung und Wertschätzung zu erfahren, da sich in der Familie in erster Linie alles nur um den Alkohol und den suchtkranken Elternteil dreht. Da der nicht abhängige Erwachsene keine oder kaum Kompensationsfunktionen ausführen kann, da er so mit sich selbst und mit seinem Partner beschäftigt ist, bleiben die Kinder größtenteils sich selbst überlassen. Die Kinder haben oft sehr ambivalente Gefühle gegenüber ihren Eltern. Auf der einen

Seite lieben sie diese, wollen den suchtkranken Elternteil schützen und entlasten, aber durch die permanente Überforderung dürfen und können sie ihre eigenen Bedürfnisse nicht einfordern. Sie dürfen nicht Kind sein. Dieser Streß kann bei ihnen Wut, Zorn, Hilflosigkeit, Haß, Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit hervorrufen, die jedoch unterdrückt werden müssen, da sie als sehr bedrohlich und schmerzhaft erlebt würden, und ebenso die Stabilität des Familiensystems gefährden würden. Bei aufkommenden Streitereien zwischen den Eltern versuchen diese Kinder, die Probleme der Eltern zu lösen oder sie stehen als Vermittler zur Verfügung. Die Kinder bringen sich so in ein aufreibendes Dilemma, da sie versuchen, das Unkontrollierbare zu kontrollieren und scheitern zwangsläufig. Die Folgen des Scheiterns sind ständige Frustrationen und/oder eine latent depressive Haltung (Arenz-Greiving 1998b, S. 38 - 41). Die permanente Überforderung geht oft mit der Sorge einher, selber Ursache für die familiären Spannungen zu sein. Daher fühlen sich die Kinder schuldig und verantwortlich für das Suchtverhalten ihrer Eltern. Aber auch die ständige Sorge um den suchtkranken Elternteil und dessen Wohlergehen sowie die mögliche Trennung der Eltern stellt für diese Kinder eine Bedrohung dar, auf die sie mit Angst, Verwirrung und Hilflosigkeit reagieren.

2.1.3 Regeln

Kinder, die in einem Suchtsystem aufwachsen, lernen, daß unausgesprochene Familienregeln den Alltag bestimmen. Diese Regeln, die sehr früh internalisiert werden, tragen dazu bei, die persönlichen Interessen des suchtkranken Elternteils durchzusetzen und diese zu befriedigen. Sie verfolgen das Ziel, den Zugriff auf Alkohol zu garantieren, Schmerzen zu vermeiden und die innere Abwehr zu schützen. Durch Blicke, Gesten und Reaktionen werden die unausgesprochenen Regeln gelernt und halten das Familiensystem geschlossen. Somit wird eine individuelle Entwicklung der einzelnen Familienmitglieder behindert und das Suchtverhalten stabilisiert. Die Familienregeln werden in jedem Suchtsystem individuell aufgestellt und beeinflussen so das Verhalten aller Familienmitglieder. Die verinnerlichten Regeln wirken oft bis in das Erwachsenenalter hinein, wo diese dann deutlich als belastend erlebt werden (Arenz-Greiving 1998a, S. 26). Dieses zeigt sich insbesondere dann in Partnerbeziehungen, wenn alte Familienregeln die bestehende Beziehung bedrohen oder es zu Konflikten kommen kann. Wegscheider (1988, vgl. auch Zobel 2000, S. 25f.) faßt diese Regeln wie folgt zusammen:

1. Das wichtigste im Familienleben ist der Alkohol. Der Alkohol ist das zentrale Element in der Suchtfamilie. Der Alkoholabhängige ist ständig mit der Beschaffung seines Suchtmittels beschäftigt, während der Rest der Familie verzweifelt versucht, dieses zu verhindern. Zwischen den Familienmitgliedern und dem Abhängigen entsteht ein ständiges hin und her, indem der Abhängige versucht, seine Flaschen vor der Familie zu verstecken und diese wiederum versuchen, die gefundenen „Beweise“ zu entsorgen. Alle Familienmitglieder organisieren ihr Leben um das Trinkverhalten des Abhängigen, und so wird der Alkohol zum lebensbestimmenden Faktor für alle. Die familiäre Atmosphäre sowie die Stimmung der Familienmitglieder werden davon bestimmt, ob der Abhängige getrunken hat oder nicht.

2. Der Alkohol ist nicht die Ursache von Problemen. Die Familie und der Abhängige leugnen und verharmlosen anfangs und auch später den Alkoholmißbrauch des Süchtigen. Erst wenn die Alkoholabhängigkeit sichtbar geworden ist, besteht die Familie darauf, daß diese nur ein konfliktverschärfender Faktor ist und nicht die eigentliche Wurzel der familiären Schwierigkeiten. Das Problem „Alkohol“ darf offiziell nicht existieren. Aber jeder in der Familie weiß oder vermutet, daß der Vater oder die Mutter ein Alkoholproblem hat, über das jedoch nicht geredet werden darf.

3. Der abhängige Elternteil ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich, schuldig sind andere oder die Umstände. Der Abhängige versucht, durch Vorwürfe seine Schuld- und Schamgefühle auf die anderen Familienmitglieder oder außenstehende Personen zu projizieren. Diese innere Abwehr schützt ihn vor seinen negativen Emotionen und seelischen Schmerzen. Der Alkoholabhängige findet durch Rationalisierung seines Verhaltens genügend Gründe, um seinen Alkoholkonsum vor der Familie zu rechtfertigen. So sind dann immer die anderen wie z.B. bestimmte Familienangehörige oder der Chef am Arbeitsplatz Schuld an seinem hohen Alkoholkonsum. Die Abwehrmechanismen des Suchtkranken können mit der Zeit von den anderen Familienmitgliedern übernommen werden. Dabei werden Gefühle wie Trauer, Wut und Enttäuschung verdrängt. *„Um die negativen Gefühle jedoch wirklich unter Verschuß halten zu können, konsumieren unter Umständen auch Familienangehörige Alkohol, Tabletten oder andere Drogen“* (Teske 1998, S. 44).

4. Der status quo muß unbedingt erhalten bleiben, koste es was es wolle. Nur wenn alle Familienmitglieder ihr Verhalten aufrecht erhalten, kann der Abhängige sein Suchtverhalten fortsetzen. Darum fürchtet er Verhaltensänderungen der Familienmit-

glieder und versucht gegen aufkommende Änderungen gegenzusteuern oder diese zu blockieren. Zobel (2000, S. 26) bemerkt: *„Außerdem bietet der Abhängige eine Projektionsfläche für anstehende Probleme in der Familie. Nach dem Motto „wenn er/sie doch nur nicht trinken würde...“, können auch eigene Schwächen und Versäumnisse mit der Abhängigkeit des Ehepartners in Verbindung gebracht werden: „Wenn er/sie nicht trinken würde, hätte ich ein glücklicheres Leben, hätte ich beruflich weiter kommen können, hätte ich mehr Freunde, Bekannte, Geld, Urlaub, Freizeit“.* Meist gelingt es den Ehepartnern nicht, ihr Verhalten zu ändern, da sie es nicht schaffen, konsequent zu handeln, so bleiben sie oft jahrelang in dieser Beziehung gefangen.

5. Jeder in der Familie ist ein „enabler“ (Zuhelfer). Dadurch, daß alle Familienmitglieder die aufgestellten Regeln des Abhängigen übernehmen, werden sie zwangsläufig zum Verbündeten des Abhängigen - zum Co-Abhängigen. Dadurch wird das familiäre Suchtsystem aufrechterhalten und stabilisiert.

6. Niemand darf darüber reden, was wirklich los ist. Kinder suchtkranker Eltern lernen, daß das Familiengeheimnis um jeden Preis gewahrt werden muß. Sie werden zum Schweigen verurteilt und dadurch in eine soziale und seelische Isolation getrieben. Bei dem Kind entsteht das Gefühl, daß es keine Hilfe und keinen Ausweg gibt. Durch das ständige leugnen der familiären Situation zweifelt das Kind an sich und an seiner eigenen Wahrnehmung (vgl. Arenz-Greiving 1998, S. 23).

7. Niemand darf sagen, wie er sich wirklich fühlt. Für den Suchtkranken und seine Familie bedeutet „das nicht fühlen dürfen“ eine Erleichterung, da so die unterdrückten Gefühle wie Schmerz, Wut, Hilflosigkeit, Ohnmacht, Zorn und Scham vermieden werden und nicht an die bedrohliche Oberfläche kommen können. Aber auch positive Gefühle können nicht wahrgenommen werden, da durch das Leugnen der Gefühle der Zugang zum emotionalen Erleben verlernt wird (Arenz-Greiving 1998a, S. 24).

Black faßt die oben beschriebenen Familienregeln kurz und prägnant zusammen: Reden nicht, traue nicht, fühle nicht! (Black 1988, S. 43-66).

2.1.4 Das Gefühlsleben und Verhalten mitbetroffener Kinder

Die familiäre Situation prägt das Verhalten und das Gefühlsleben der Kinder in entscheidender Weise. Die Kinder unterliegen dem Zwang der familiären Geheimhaltung. Dieser Druck führt dazu, daß die Kinder ihre Gefühle verdrängen, leugnen, sie zudem häufig nicht mehr bewußt wahrnehmen können und sich nichtfrei äußern dürfen. Die

Kinder reagieren auf ihre Gefühle und auf andere Menschen mit großem Mißtrauen und Unsicherheit (Bertling 1993, S. 63). Sie erleben immer wieder Wechselbäder entgegengesetzter, unvereinbarer und unbegreiflicher Erfahrungen in der Familie durch:

- Sehnsucht nach Anwesenheit des suchtkranken Elternteils und gleichzeitig Angst vor seinem Erscheinen;
- Angst vor der Wut des Vaters und Erleichterung über das Ausbleiben der Wut;
- Hoffnung auf Besserung und die Erfahrung der Zwecklosigkeit allen Hoffens;
- Liebe und Verwöhnung und dann wieder drakonische Bestrafung wegen Nichtigkeiten;
- Bedrohung durch den Vater und „Verzärtelung“ durch die Mutter;
- Autoritäres Gehabe und Schreckensregiment der Eltern einerseits und andererseits deren Autoritäts-, Würde- und Kontrollverlust (Arenz-Greiving 1999, S. 25).

Besonders wenn die Kinder noch sehr klein sind, können sie die unkontrollierten Verhaltensweisen des alkoholabhängigen Elternteils, seine extremen körperlichen Zustände (Rausch, Entzug) und dessen Stimmungsschwankungen nicht einordnen und verstehen und reagieren so häufig mit Angst (Arenz-Greiving 1998a, S. 21-22; folgendes ebenda). Die Angst ist ein zentrales Gefühl dieser Kinder. Diese entsteht, wenn Vater und Mutter miteinander streiten; wenn ein Elternteil betrunken ist und dieses gewalttätig wird; wenn die Kinder mit dem betrunkenen Elternteil Auto fahren, wenn sich alle Familienmitglieder um den Suchtkranken sorgen der wieder nicht nach Hause kommt, oder sie diesen in einem kritischen bis lebensbedrohlichen Zustand vorfinden.

Weitere typische Stimmungen dieser Kinder sind Traurigkeit und Enttäuschung. Allzu oft erleben sie keine Verlässlichkeit bei den Eltern. Die Versprechen der Erwachsenen ihnen gegenüber, werden nur selten und unzureichend eingehalten. Die Kinder reagieren mit Trauer, weil z.B. die finanzielle Situation oft angespannt ist und sie dadurch sozial benachteiligt werden, da der Vater seinen Job aufgrund seines Alkoholkonsums verloren hat. Die Kinder erleben aber auch die verzweifelten und hilflosen Versuche des nicht-trinkenden Elternteils und dessen depressiv wirkende Stimmung, die sich auf alle Familienmitglieder übertragen kann.

Die permanenten Frustrationen können aber auch Wut bei den Kindern erzeugen. Diese Wut kann sich dann auf alle, die im und außerhalb des Familiensystems leben richten.

Aber auch Gefühle der Scham und der Schuld sind häufig bei diesen Kindern zu finden. Kinder von alkoholabhängigen Eltern leiden besonders darunter, wenn der alkoholisierte Elternteil „öffentlich auffällig“ wird. Es ist für die Kinder zutiefst beschämend und mit großer Peinlichkeit verbunden, wenn z.B. die Mutter beim Elternabend oder bei einer anderen öffentlichen Veranstaltung betrunken erscheint. Die Kinder schämen sich für ihre alkoholabhängigen Eltern und fürchten sich vor „sozialer Ächtung“. Eines der einschneidendsten Gefühle die Kinder von alkoholabhängigen Elternteilen entwickeln können, ist das Gefühl der Schuld. Sich schuldig fühlen, bedeutet für die Kinder, verantwortlich zu sein für eine unkontrollierbare familiäre Situation und die Suchterkrankung des Erwachsenen. Besonders Kinder, die die Rolle des Helden übernehmen, können bis in das Erwachsenenalter an ihren alten Schuldgefühlen leiden. Diese Schuldgefühle werden dann häufig durch die Ausübung von Helferberufen kompensiert.

2.1.5 Rollenverhalten der mitbetroffenen Kinder

In Suchtfamilien übernehmen Kinder als Reaktion auf das dysfunktionale Familiensystem unterschiedliche Rollen. Diese dienen dazu, sich an das gestörte Familiensystem anzupassen, dieses aufrechtzuerhalten und in diesem zu überleben. Die Rollenübernahme entwickelt sich langsam und unbemerkt über viele Jahre hinweg und hängt von der Geschwisterfolge, dem Alter des Kindes und der individuellen Persönlichkeit sowie dem Geschlecht ab. Die unterschiedlichen Rollen der Kinder sind nicht starr und gebunden, sondern können verändert und variiert werden. So sind unter Umständen bei mehreren Kindern Rollen doppelt besetzt. Auch ist es möglich, daß Kinder nacheinander oder zugleich mehrere Rollen übernehmen. Diese kreative Überlebensstrategie wenden die Kinder innerhalb und außerhalb der Familie an. Häufig wirkt die Rollenübernahme bis in das Erwachsenenalter hinein, da sie mittlerweile zu einem wesentlichen Bestandteil der Persönlichkeit geworden ist.

Mittlerweile gibt es einige Autoren, die verschiedene Interaktionsmuster in Suchtfamilien mit ähnlichen Rollenmodellen zusammengefaßt haben. Besonders weit verbreitet sind hier die Arbeiten von Wegscheider (1988), Lambrou (1990) und Black (1988). Wegscheider benennt vier typische Rollenmodelle, die heute besonders häufig in der Literatur zu finden sind:

2.1.5.1 Der Held

Die Rolle des Helden übernimmt oft das älteste Kind oder ein Einzelkind. Aufgaben, die Eltern aufgrund ihres Suchtverhaltens nicht mehr oder nur noch unzureichend bewerkstelligen, werden von diesen Kindern mit übernommen. Diese Kinder fallen besonders durch ihr ausgeprägtes Verantwortungsbewußtsein, ihre Leistungsorientierung, Selbstvertrauen, Selbstgenügsamkeit, Beharrlichkeit und ihre soziale Intelligenz auf. So übernimmt beispielsweise oft die älteste Tochter die Haushaltsführung und die Erziehung der jüngeren Geschwister, wenn die Mutter abhängig ist. Sie streben nach Anerkennung, indem sie besonders gute Leistungen zeigen und können trotz der Belastungssituation auch noch gute Schulleistungen bringen. Die Funktion des Helden ist es, die Familie mit Selbstwert zu versorgen. Die Familie ist stolz, so ein Kind zu haben, auf das sie sich verlassen kann. Durch dieses Verhalten erfährt das Kind viel Aufmerksamkeit und positive Zuwendung von den Eltern, und lenkt somit von dem bedrohlichen Thema Sucht in der Familie ab. Dabei nehmen sich diese Kinder selbst gefühlsmäßig stark zurück und signalisieren nach außen: „Bei uns ist alles in Ordnung.“ Der Held handelt jedoch von einem Gefühl der Unzulänglichkeit und der Schuld angetrieben, die defizitäre familiäre Situation retten zu müssen. Diese hoffnungslose Situation verursacht jedoch massive Ängste und Schuldgefühle beim Helden. Das frühe Erwachsenwerden und der innere Zwang, immer erfolgreich sein zu müssen, kann dazu führen, daß diese Kinder innerlich einsam werden, an einer Selbstwertproblematik leiden und sich später im Erwachsenenalter oft unbewußt einen unselbständigen und abhängigen Partner suchen, da sie das gelernte Rollenverhalten fortsetzen. Auch ist es bekannt, daß Helden sehr häufig Helferberufe wie Arzt, Krankenschwester oder andere soziale Berufe ergreifen.

2.1.5.2 Der Sündenbock

Die Rolle des Sündenbocks wird meistens vom zweiten oder mittleren Kind übernommen. Da die Rolle des Helden, der von der Familie positive Aufmerksamkeit erhält, schon besetzt ist, macht der Sündenbock durch negativ ausagierendes Verhalten auf sich aufmerksam. Dieses Verhalten zeigt sich unter anderem in Schulproblemen, in delinquentem Verhalten und psychosomatischen Störungen wie Einnässen. Der Sündenbock leidet darunter, daß er keinen Platz in dieser Familie hat und sich nicht dazugehörig fühlt. Durch sein trotziges und feindseliges Verhalten lenkt er von der Familienproblematik ab, zieht alle negative Aufmerksamkeit auf sich, und wird für alles

matik ab, zieht alle negative Aufmerksamkeit auf sich, und wird für alles verantwortlich gemacht, was in der Familie nicht funktioniert. Dadurch wird die Stabilität im Familiensystem aufrechterhalten und die Familie entlastet. Der Sündenbock sucht sich oft Freunde aus, die selber Außenseiter sind und gerät nicht selten in Schwierigkeiten. Dieses kann jedoch für die Familie eine Chance sein, sich Hilfe von außen zu holen, um dann ihr Familiengeheimnis preiszugeben. Durch sein ausagierendes Verhalten neigt der Sündenbock eher als der Held dazu, später als Jugendlicher oder Erwachsener ein Suchtverhalten zu entwickeln. Ein entscheidender Vorteil der Rolle des Sündenbocks liegt in dem Drang, sich nach außen zu orientieren. Die Loslösung von der eigenen Familie steht somit im Vordergrund. Sündenböcke werden als belastbar und durchsetzungsfähig mit Mut zum Risiko beschrieben.

2.1.5.3 Das verlorene Kind

Das verlorene Kind lebt zurückgezogen und unauffällig in seiner Traumwelt. In der Familie ist es oft das drittgeborene oder mittlere Kind, das einfach von den anderen Familienmitgliedern übersehen wird. Es wird als pflegeleicht beschrieben und erhält daher wenig Aufmerksamkeit und Zuwendung. Seine Strategie besteht darin, allen Konflikten und familiär belastenden Situationen aus dem Weg zu gehen und keinen Widerstand zu leisten. Diese Kinder verhalten sich ruhig und schüchtern und ziehen sich in ihrer Einsamkeit in Tagträume oder Phantasiewelten zurück. Obwohl diese Kinder oftmals sehr kreativ und phantasievoll sind, verspüren sie häufig ein Minderwertigkeits- und ein Verlassenheitsgefühl, das von Hoffnungslosigkeit und innerer Einsamkeit begleitet wird. Daraus kann sich später oft eine Schwierigkeit mit der Geschlechtsidentifikation entwickeln, da ihnen die Möglichkeit mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen erschwert wird, weil sie so zurückgezogen leben. Eine weitere Schwierigkeit, die sich aus diesem Rollenverhalten entwickeln kann, ist die Unfähigkeit, sich von außen Hilfe holen zu können. Es ist für dieses Kind nicht möglich, eigene Bedürfnisse zu artikulieren, geschweige denn sie einzufordern. Für die Familie stellt dieses überaus angepasste und fügsame Kind eine Entlastung dar, da sie wenig Arbeit mit ihm hat.

2.1.5.4 Das Maskottchen

Meist wird die Rolle des Maskottchens vom jüngsten Kind in der Familie übernommen. Durch seine Späße und seinen Humor versucht es, die unterschwellige depressive Span-

nung in der Familie zu entschärfen, von der familiären Situation abzulenken um positive Aufmerksamkeit zu erzielen. Das Kind versucht zu vermitteln, daß alles halb so schlimm ist. Jedoch wirkt diese Heiterkeit häufig unecht und aufgesetzt, da diese Kinder große Angst haben, verlassen zu werden. Trotz seiner Beliebtheit, seines Charmes, Humors und seiner Lebendigkeit erfährt das Maskottchen keine wirkliche soziale Anerkennung. Die Kinder wirken unreif, da sie von der Familie „klein“ gehalten werden. Dabei versucht die Familie, ihr Geheimnis vor diesem Kind zu verbergen. Das Kind spürt aber in dieser Situation genau, daß etwas nicht stimmt und entwickelt daraufhin Angst. Um die innere Anspannung und den Streß abzubauen, spielt das Maskottchen häufig den Spaßmacher. Seine Angst kann sich aber wie ein roter Faden durch sein Leben ziehen. Im Erwachsenenalter macht sich diese Angst oft durch verschiedene körperliche Erkrankungen, die mit Streß einhergehen, bemerkbar. Er neigt daher auch dazu, diesen Streß mit Suchtmitteln zu kompensieren. Im Kindesalter fallen die Maskottchen durch ihre Hyperaktivität, durch Lernstörungen, durch kurze Aufmerksamkeitsspannen sowie ihr ausgeprägtes Harmonie- und Anerkennungsbefürfnis auf.

2.1.5.5 Erweiterte Rollen

Neben den bereits vorgestellten Rollenmodellen von Wegscheider benennt Black (hier nach Bertling, 1993, S.72) noch eine weitere Rolle, die charakteristisch für Kinder in Alkoholikerfamilien ist. Dazu zählt der **Friedensstifter**: Der Friedensstifter ist bemüht, den familiären Konflikten aus dem Wege zu gehen, und so für ein friedliches Familienklima zu sorgen. Er neigt daher dazu, alle aufkommenden Probleme herunterzuspielen, sie zu ignorieren, um sich nicht mit den eigentlichen Ursachen beschäftigen zu müssen. Eine der wesentlichen Stärken des Friedensstifters ist seine emphatische und verständnisvolle Art. Er ist ebenfalls ein guter Zuhörer und handelt verantwortungsbewußt. Als Erwachsener neigt er dazu, seine eigenen Bedürfnisse schlecht wahrzunehmen, und nur dann Beziehungen zu anderen Menschen aufzunehmen, wenn er gebraucht wird.

Lambrou ergänzt die Rollenmodelle durch das Modell des **Chamäleons**: Das Chamäleon hat Ähnlichkeit mit dem Friedensstifter. Diese Kinder besitzen die kreative Fähigkeit, sich an die jeweilige familiäre Situation so anzupassen, wie sie gerade gebraucht werden. Sie streben nach dem Gefühl, gebraucht und geschätzt zu werden, scheuen aber Konflikte und fungieren eher in der Rolle des Beraters und Vermittlers.

In der Literatur findet man bei Ackermann noch drei weitere Rollenkonfigurationen. Hier wird das Modell des **Übererwachsenen** vorgestellt:

Der Übererwachsene handelt sehr durchdacht, ist besonders ernsthaft, selbstkritisch und versucht seine Gefühle bis hin zur eigenen Verleugnung zu kontrollieren. Es fällt ihm schwer, sich zu entspannen und sich wohlfühlen. Er fühlt sich innerlich älter als er eigentlich ist und ihm fehlt die Erfahrung, ein Kind gewesen zu sein. Im Erwachsenenalter leidet er darunter, daß er sich oft ausgebrannt fühlt.

Bei dem nächsten Rollenmodell handelt es sich um den **Distanzierten**:

Diese Kinder handeln aus dem Bedürfnis heraus, durch niemanden und nichts verletzbar zu sein. Sie leugnen die Suchtproblematik in der Familie, kapseln sich ab und können daher keine Problemlösestrategie für sich entwickeln. Sie sind in einem „alles“ oder „nichts“ Denken gefangen und bei Konflikten gehen sie weg.

In der Rolle des **Unverletzten** beschreibt Ackermann ein Kind, das trotz seiner traumatischen Erfahrungen in einer Alkoholikerfamilie überlebt hat, dieses jedoch nicht leugnet und als eigene Schwäche empfindet. Durch die Problemeinsicht und die Bereitschaft, dieses offen zu legen, ist das Kind in der Lage, aktiv seine Situation zu verändern und den Streß abzubauen. Als Erwachsener kann dieses Kind ein psychisch unbelastetes Leben führen, trotz früher erlittener Verletzungen.

Abschließend sei erwähnt, daß man bei allen Rollen ein hohes Maß an Perfektionismus, Unehrlichkeit, Kontrollverhalten, Verleugnung und Selbstbezogenheit findet (Arenz-Greiving, 1998a, S. 34). Alle unterschiedlichen Rollen ermöglichen der Familie, die bestehende Sucht aufrechtzuerhalten, das innere Familiensystem zu festigen und ihre Mitglieder an sich zu binden. In wie weit und auf welche Art nun ein Kind auf die Belastungssituation reagiert, und welche Rollenübernahme sich daraus ergibt, hängt wie eingangs schon erwähnt, von vielen unterschiedlichen Faktoren ab. Diese müssen jedoch nicht immer zwangsläufig zu psychopathologischem Verhalten führen, da die Aufgaben- und Rollenübernahme für die Kinder nicht nur negative Erfahrungen mit sich bringt. Jedoch führen sie zu ungesunden Extremen, wenn dieses Rollenverhalten als einzige Überlebensstrategie ausgewählt wird.

2.1.6 Partner und Partnerinnen von Alkoholikern

Partner und Partnerinnen von Alkoholikern können eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung des Alkoholismus im Familiensystem spielen. Die spezifischen Ver-

haltens- und Reaktionsweisen der nicht alkoholabhängigen Familienmitglieder und deren Umgebung werden in der Literatur mit dem Begriff der Co-Abhängigkeit beschrieben (Schneider 1996, S. 8). Der Begriff der Co-Abhängigkeit beschreibt einen dysfunktionalen Beziehungsstil zu anderen Menschen (Zobel 2000, S.76), von dem alle Personen, die mit dem Abhängigen in direktem oder indirektem Kontakt stehen, betroffen sein können. Rennert (1989, S. 194) definiert den Begriff der Co-Abhängigkeit als *„Problem- und Lebensbewältigungsmuster, das in der Interaktion mit einer suchtkranken Person entwickelt oder verstärkt wird. Die Entwicklung co-abhängigen Verhaltens ist gekennzeichnet durch zunehmende Einschränkungen in der Wahrnehmung von Verhaltensalternativen bis hin zum Gefühl existentieller Bedrohung durch jegliche Veränderung. Sie geht mit den gleichen Begleiterscheinungen einher wie eine Entwicklung zur Drogenabhängigkeit: Verlust von Selbstwert, Unterdrückung von Gefühlen, Verstärkung von Abwehrmechanismen, Kampf um Kontrolle, Verlust der Realität, Beeinträchtigung aller Potentiale der Persönlichkeit“*.

Zobel (2000, S. 76f) beschreibt, daß das Konzept der Co-Abhängigkeit in den 50er Jahren insbesondere für die Partner von Alkoholabhängigen entwickelt wurde, die die Sucht ihres Partners aufgrund ihrer Verantwortungsübernahme aufrecht erhielten, während in den 70er Jahren dieses Konzept überarbeitet wurde. Jetzt ging man davon aus, daß sich das co-abhängige Verhalten bereits in der Kindheit und Jugendzeit durch das Aufwachsen mit einem abhängigen Elternteil manifestiert und nicht mehr ausschließlich in der Partnerschaft. In den 90er Jahren wurde dann das Konzept auf alle Familien übertragen, die als „dysfunktional“ beschrieben wurden. Dies bedeutet, *„daß Kinder aus dysfunktionalen Familien in ihrem späteren Leben ebenfalls dysfunktionale, hilfsbezogene Beziehungsmuster mit alkoholbelasteten Menschen entwickeln“* (Zobel 2000, S. 76). In der Forschung konnte diese Sichtweise jedoch bisher nicht eindeutig bestätigt werden.

2.2 Auswirkungen der Alkoholsucht auf die Kinder

2.2.1 Medizinische Auswirkungen

2.2.1.1 Alkoholembryopathie

Eine direkte Auswirkung des mütterlichen Alkoholkonsums auf die Kinder kann schon während der Schwangerschaft stattfinden und beim Fötus schwere Mißbildungen verursachen. Diese werden in der Medizin als **Alkoholembryopathie** oder **Alkoholeffekte** bezeichnet. Zobel (2000, S. 57 - 67, folgendes ebenda) beschreibt, daß der Embryo aber nicht nur durch abhängiges oder mißbräuchliches Trinken geschädigt werden kann, sondern auch durch sozialen, episodenhaft exzessiven oder periodischen Alkoholkonsum. Bei der Alkoholembryopathie handelt es sich um ein Syndrom, bei dem vor allem kognitive und neuropsychiatrische Schädigungen vorliegen (vgl. Löser 1995; Klein 1999). Besonders charakteristisch sind Gesichtsveränderungen, Minderwuchs und Organfehlbildungen in Verbindung mit kognitiven und behavioralen Auffälligkeiten wie geistige Retardierung und Hyperaktivität. Jährlich werden etwa 2200 Neugeborene in Deutschland mit einer Alkoholembryopathie geboren, wobei die Diagnose als recht schwierig gilt, besonders wenn deutliche äußere Mißbildungen bei der Geburt fehlen. In etwa 80% der Fälle wird diese Störung aufgrund von mangelnder Sensibilität für das Alkoholproblem bei ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen einfach übersehen. Zobel stellt fest, daß es hinsichtlich der Prävalenzrate der Alkoholembryopathie beachtliche Schwankungen bei den einzelnen Studien gibt. Für Deutschland gilt eine Prävalenzrate von 1:300. Dies bedeutet, daß auf 300 Geburten ein Kind mit einer Alkoholembryopathie auf die Welt kommt. Dabei sind aber keine Kinder mit geringen Störungen wie den Alkoholeffekten oder Aborte eingerechnet.

Im Laufe der kindlichen Entwicklung können die charakteristischen Gesichtszüge und kognitive Störungen zurückgehen. Die Intelligenzminderung sowie das hyperaktive Verhalten bleiben meist jedoch trotz pädagogisch-therapeutischer Förderung erhalten. Für diese Kinder besteht auch in der Pubertät und im Erwachsenenalter eine erhöhte Suchtgefahr. Es erscheint daher sinnvoll, für diese Zielgruppe ein Förderprogramm bei dem die Stabilisierung einiger Verhaltensweisen und kognitiver Fähigkeiten trainiert wird sowie ein Präventionsprogramm in Bezug auf die bestehende Suchtgefährdung zu etablieren.

Um die ungeborenen Kinder von alkoholabhängigen Frauen vor schwerwiegenden Schäden durch die Alkoholembryopathie zu schützen, müssen die betroffenen Mütter möglichst früh erreicht werden und zur Mitarbeit für ein abstinentes Verhalten gewonnen werden. Hier hat sich das Beratungskonzept von Miller und Rollnick (1991) bewährt.

2.2.1.2 Sexueller Mißbrauch

Die schrecklichste Form der Gewalt gegen Kinder stellt der **sexuelle Mißbrauch** dar. Unter dem Begriff „sexueller Mißbrauch“ verstehen Bange und Deegener: *„jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen“* (Bange & Degner 1996, S. 105).

Kinder, die in Familien mit einem alkoholabhängigen Elternteil aufwachsen, erleben eher als andere Kinder sexuellen Mißbrauch und Vernachlässigung. Durch die enthemmende Wirkung des Alkohols werden Ängste und Schamgrenze herabgesetzt, so daß die Gefahr der sexuellen Gewalt erheblich steigt (vgl. Arenz-Greiving 1998a). Diese massiven Grenzüberschreitungen konnten in zahlreichen Studien mit überwiegend klinischen oder forensischen Stichproben nachgewiesen werden. Zobel verweist hier auf Untersuchungen von Black et al. 1986; Famularo et al. 1992; Forrest 1983; Liles & Childs 1986; McGaha & Leoni 1995; Murphy et al. 1991; Sheridan 1995. Hierbei schwanken die Mißbrauchsquoten zwischen 20-75%, wobei die Studien je nach Anlage deutlich voneinander differierende Mißbrauchsquoten angeben. So kommen Famularo et al. (1992) zu dem Ergebnis, daß bei 67% aller Gerichtsfälle eine Alkohol- oder Drogenproblematik der Eltern vorlag, während Murphy et al. (1991) bei ihren Studien 43% ermitteln konnten. Bei einer Inzest-Studie fand Forrest (1983) bei 20-75% der Inzest-Täter Hinweise auf ein Alkoholproblem. Auch Liles & Childs (1986) konnten in ihren Untersuchungen feststellen, daß fast die Hälfte aller Täter vor ihren sexuellen Übergriffen Alkohol konsumiert hatten.

Im Gegensatz zu den klinischen und forensischen Studien zeichnen nicht-klinische Forschungen ein weniger eindeutiges Bild. In der Literatur finden sich nicht-klinische Studien, die kaum Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und sexueller Gewalt in

der Kindheit aufweisen. Hier sei auf die Studien von Joens & Houtes 1992; Stout & Mintz 1996; Tweed & Ryff 1991 hingewiesen. Zobel vermutet, daß die geringe Quote an Nennungen mit der Frageerhebung zum Thema sexueller Mißbrauch in Zusammenhang steht, da diese mit nur einer einzigen oder wenigen Fragen erhoben wurde. In einer anderen, nicht-klinischen Studie von Sher et al. (1997) wurden 457 Studenten mit dem „Childhood Life Events Interview“ (CLE) untersucht. Dabei konnten die Autoren einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Risikostatus und der erlebten sexuellen Gewalt in der Kindheit und Jugend herstellen (Zobel 2000, S. 44).

Mit der zentralen Frage des Zusammenhangs zwischen erlebter sexueller Gewalt und einer später daraus resultierenden Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmißbrauchs, beschäftigten sich Langeland & Hartgers 1998; Sher et al. 1997; Spak et al. 1998; Widom et al. 1995; Wilsnack et al. 1997. Dabei kamen Wilsnack et al. zu dem Ergebnis, daß die weiblichen Probanden öfters ein problematisches und mißbräuchliches Trinkverhalten zeigen, öfters illegale Drogen konsumieren sowie häufiger depressive Episoden oder Angstsymptome angeben als Kontrollprobanden. Besonders wenn der Mißbrauch vor dem 13. Lebensjahr auftrat, konnte ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem späteren Alkoholmißbrauch und einer Angststörung nachgewiesen werden (Zobel 2000, S. 36 mit Bezug auf Spak et al. 1998).

2.2.2 Psychologische Auswirkungen

2.2.2.1 Schulleistung und -verhalten

Zobel (2000, S. 34ff folgendes ebenda) berichtet, daß in den Untersuchungen von Bennett et al. 1988; Ervin et al. 1984; Herjanic et al. 1977; Kammeier 1971; Knop et al. 1985; McGarath et al. 1999 und Moss et al. 1995 ein Zusammenhang zwischen der Alkoholabhängigkeit der Eltern und mangelnden Schulleistungen der Kinder sowie deren schlechtem Betragen in der Schule besteht. Die vorliegenden Ergebnisse lassen jedoch keine einfachen Verallgemeinerungen zu. Es ist vielmehr nötig, sie jeweils individuell und differenziert zu betrachten. Bei den jugendlichen Risikoprobanden konnten einerseits mehr Fehlzeiten als bei ihren Mitschülern festgestellt werden, bei ihren Schulleistungen jedoch konnten keine Unterschiede im Vergleich zu ihren Mitschüler festgestellt werden (Kammeier 1971). Die Schulleistungen der Risikoprobanden sind durchaus mit denen ihrer Mitschüler vergleichbar und im Vergleich zur Norm unauffällig (Herjanic et al. 1977; Moss et al. 1995). In der Studie von Knop et al. (1984) konnte ermittelt wer-

den, daß Jugendliche und junge erwachsene Risikoprobanden den gleichen Schulabschluß wie ihre Mitschüler erreichen, jedoch wiederholen sie häufiger ein Schuljahr und werden öfters vom Schulpsychologen behandelt. Nach Lehrereinschätzung scheinen sie öfters Probleme im verbalen Ausdruck zu haben. Aufgrund der häuslichen Problematik und derer Umstände (geringer sozioökonomischer Status, viele Umzüge, Aufwachsen in Teilfamilien oder mit Stiefvater) ist die Schulproblematik der Kinder und Jugendlichen eher auf die schwierigen äußeren Bedingungen zurückzuführen, als auf die Alkoholabhängigkeit der Eltern. Daher ist es auch zu erklären, daß in einigen Studien Nullergebnisse in Bezug auf die Schulleistungen und das schulische Betragen bei den Risikoprobanden und der Kontrollgruppe gefunden wurde (Johnson & Rolf 1988; Murphy et al. 1991). Insgesamt stellt Zobel (2000, S. 35) fest, daß Kinder und Jugendliche mit alkoholabhängigen Elternteilen in vielen Fällen gute bis durchschnittliche schulische Leistungen erbringen, trotz schwieriger familiärer Rahmenbedingungen. Klein (1998, S. 25) berichtet, daß besonders die Risikogruppe der Mädchen durch ihre herausragenden Schulleistungen im Vergleich zu der Jungenrisikogruppe auffallen. Dieses Leistungsverhalten der Mädchen wird von den Autoren (Murphy et al. 1991) als mädchenspezifischer Versuch interpretiert, den familiären Stress zu kompensieren.

2.2.2.2 Intelligenz, Kognition und sprachliche Fähigkeiten

In den neueren Studien von Bennett et al. 1988, Erwin et al. 1984, Gabrielli & Mednick 1983, Moss et al. 1995 sowie Puttler et al. 1998 konnte ein niedrigerer Intelligenzquotient bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien nachgewiesen werden als im Vergleich zu der Kontrollgruppe. Insbesondere dann, wenn die Eltern der Risikoprobanden neben der Alkoholabhängigkeit noch eine zusätzliche psychiatrische Diagnose hatten, in schwierigen sozialen Verhältnissen leben, eine weitere Abhängigkeit bestand, oder die Kinder und Jugendlichen mit einem alkoholbelasteten Stiefvater aufwachsen, konnte ein niedriger Intelligenzquotient festgestellt werden. Zobel bemerkt jedoch, „*daß die IQ-Werte der Risikoprobanden in den betreffenden Studien zwar numerisch unter denen der Vergleichsgruppe, insgesamt aber immer noch innerhalb des allgemeinen Normbereichs liegen*“ (Zobel 2000, S. 37).

Der Autor führt die niedrigeren IQ-Werte der Risikoprobanden nicht auf die direkte Alkoholabhängigkeit der Eltern zurück, sondern vielmehr auf die ungünstigen Entwick-

lungsmöglichkeiten der Kinder, da die Eltern nur unzureichende Förderung und Unterstützung anbieten können.

In einer weiteren Studie von Ozkaragoz et al. 1997 wurde festgestellt, daß ein Alkoholmißbrauch des Vaters die kognitiven Leistungen der Kinder und Jugendlichen schmälert, während Kinder von gebesserten Alkoholikern diesbezüglich keine signifikanten Abweichungen gegenüber der Kontrollgruppe aufwiesen. Klein (1998, S. 24) betont, daß in einer Reihe einzelner Studien von Risikosubgruppen (COAs mit Alkoholembyopathie) verschiedene Auffälligkeiten in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit festgestellt wurde. So konnten insbesondere Defizite beim Problemlösen, logischen und abstrakten Denken, Gedächtnis, Lernen, visomotorische Leistungsgeschwindigkeit und bei allgemeinen frontallhirngesteuerten kognitiven Leistungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter vorgefunden werden. Klein (1998, S. 24f) verweist hier auf Untersuchungen von Altermann et al. 1986, Tarter et al. 1984 und Whipple et al. 1988.

Während bereits die vorherig aufgeführten Autoren geringe Abweichungen der Risikoprobanden beim Wechsler Intelligenztest feststellen konnten, fanden Johnson & Rolf 1988 sowie Kammeier 1971 bei ihren Jugendlichen Risikoprobanden und der Kontrollgruppe vergleichbare Ergebnisse.

Zobel (2000, S. 37f) und Klein (1998, S. 24) kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, daß Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien geringere sprachliche Fähigkeiten entwickeln. Dies konnte in den Untersuchungen von Bennett et al. 1988, Ervin et al. 1984, Gabrielli & Mednick 1983, Schulsinger et al. 1986 und Sher 1991 nachgewiesen werden.

2.2.2.3 Verhaltensstörung: Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität

Bei den Untersuchungen von Bennett et al. 1988; Carbonneau et al. 1998; Wilens et al. 1996 und West & Prinz 1987 zeigten die Risikoprobanden geringere Aufmerksamkeitsspannen und häufiger Impulsivität und Hyperaktivität als die Kontrollprobanden. Diese Auffälligkeiten lagen aber noch innerhalb der Norm und sind daher als nicht auffällig anzusehen.

Insgesamt konnte in den Studien von Sher (1991) sowie West und Prinz (1987) keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen dem elterlichen Trinkverhalten und einer kindlichen Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität nachgewiesen werden. Sher macht hier unter anderem auf methodische Mängel einiger Studien aufmerksam, die keinen li-

nearen Zusammenhang erkennen lassen. Zobel weist vielmehr auf die Bedeutung weiterer Faktoren hin, wie z.B. die elterliche Komorbidität sowie die sozioökonomischen Verhältnisse, die bei den Ergebnissen mit berücksichtigt werden müssen.

2.2.2.4 Störung des Sozialverhaltens

Der elterliche Alkoholmißbrauch wirkt sich insbesondere mittelbar auf das Sozialverhalten der Risikoprobanden aus. Doch zeigt sich bei genauerer Betrachtung, daß das Verhalten der Kinder und Jugendlichen weniger durch die Alkoholsucht der Eltern geprägt wird, als durch oftmals verschiedene in Kombination mit dem Suchtverhalten auftretende Variablen wie z.B.

- geringer Bildungsstand der Eltern;
- geringes Einkommen;
- geringer sozioökonomischer Status;
- antisoziale Persönlichkeit bei den Eltern;
- aktives Trinkverhalten des Vaters:

All diese Faktoren begünstigen eine externalisierende Störung (Chassin et al. 1991; Hill & Hruska 1992; Puttler et al. 1998; zusammenfassend Zobel 2000, S. 40 - 42).

2.2.2.5 Angststörungen und Depression

Die Symptome von Angst und Depression wurden vermehrt bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien in den Untersuchungen von Chassin et al. 1991, Markowitz & Craig 1992, Puttler et al. 1998, West & Prinz 1987 und Whipple & Noble 1991 gefunden. Jedoch fehlt eine differenzierte Unterscheidung und Klassifizierung der Begriffe „Angst“ und „Depression“ im Sinne des ICD-10. Zobel bemängelt, daß es aus dem Untersuchungsdesign der einzelnen Studien schwierig sei, die Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen der spezifischen Alkoholabhängigkeit der Eltern zuzuordnen. Die Ursache für das ängstliche und depressive Verhalten der Risikoprobanden könne ebenso eine Folge der familiären Zerrüttung, die als Folge der Alkoholabhängigkeit gesehen werden kann sowie die Komorbidität bei dem trinkenden Elternteil sein. Weiter sei zu bedenken, daß die Auffälligkeiten im Bereich von gering bis moderat einzustufen sind, jedoch bestehe kein klinisch auffälliges Verhalten (Puttler et al. 1998; Whipple & Nobe 1991).

In den Studien von Chassin et al. 1991, Moss & Billings 1982 und Whipple & Noble 1991 konnte bestätigt werden, daß sich die Abstinenz des trinkenden Elternteils günstig auf die Kinder und Jugendlichen auswirkt, da diese kaum noch ein auffälliges Verhalten zeigen. Besonders wichtig bei der Entwicklung von internalisierenden Störungen ist das Erleben der häuslichen Familienatmosphäre. Insbesondere dann, wenn die Risikoprobanden ihre Familienatmosphäre als dysfunktional erlebten, konnten Auffälligkeiten von Rubio-Stipec et al. 1991, Barrera & Stic 1998, Reich et al. 1993 und Rutter & Quinton 1984 festgestellt werden.

2.2.2.6 Somatische und psychosomatische Probleme

Auch hier zeigt sich ein nicht ganz einheitliches Bild der Forschungsergebnisse. So konnten bei drei von fünf Studien von West und Prinz (1987) sowie bei Studien von Biek (1981) ein Zusammenhang zwischen der elterlichen Alkoholabhängigkeit und den somatischen Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert werden. Diese These bestätigten auch die Forschungsarbeiten von Roberts und Brent (1982), die insbesondere bei Mädchen und Frauen, die häufiger einen Arzt konsultieren, mehr Störungen als bei den Kontrollprobanden vorfanden. Bei den Untersuchungen von Steinhausen et al. (1982) konnten auch mehr Auffälligkeiten bei den Risikoprobanden festgestellt werden. Diese Auffälligkeiten sind aber vergleichsweise gering einzustufen.

Doch diesen Forschungsergebnissen steht kontrovers eine Gruppe von anderen Autoren gegenüber, die keinerlei Unterschiede bei somatischen Auffälligkeiten der Risikoprobanden feststellen konnten. Hierbei handelt es sich um Studien von Rimmer 1982, Luby et al. 1995 und Moos & Billings 1982. Zobel gibt jedoch zu bedenken, „daß die einzelnen Studien jeweils andere Definitionen für den ‚Gesundheitszustand‘ der Kinder anlegen.“ (2000, S. 46). Ebenfalls bemängeln West und Prinz (1987), daß in den einzelnen Studien weitere Faktoren wie z.B. Arbeitslosigkeit, Scheidung und Konflikte keine Berücksichtigung fanden.

Bei den Untersuchungen in Bezug auf psychosomatische Symptome bei den Risikoprobanden zeichnet sich ein eindeutigeres Bild ab. Die überwiegende Mehrzahl der Autoren kommt zu dem Ergebnis, daß bei den Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien vermehrt psychosomatische Symptome gefunden werden konnten. Dies geht insbesondere aus den Untersuchungen von Nylander (1960), Steinhausen (1982) und Chandy et al. (1994) hervor. Insbesondere Eßstörungen konnten vermehrt beim

weiblichen Probanden festgestellt werden. Lediglich in den Untersuchungen von Bennett et al. (1988) konnten keine signifikant hohen Auffälligkeiten festgestellt werden. Die Testergebnisse der Risikoprobanden wurden als nicht auffällig bewertet.

2.2.3 Soziale Auswirkungen

In verschiedenen Untersuchungen, die den Blickwinkel auf die negativen sozialen Folgen der Alkoholabhängigkeit richten, ist ein eindeutiger Zusammenhang festzustellen, der mit dem ansteigenden Alkoholkonsum des Süchtigen einhergeht. Für die Familie und die darin lebenden Kinder bedeutet dies, daß sie häufiger mit Partnerschaftskonflikten sowie Trennung und Scheidung konfrontiert werden. Feuerlein (1991, S. 30; 1998, S.199 - 204; folgendes ebenda) stellt fest, daß die Scheidung in vielen Fällen nicht nur Folge des Alkoholismus ist, sondern auch zur Ursache seines weiteren Fortschreitens wird. Auch in der Arbeitswelt des Alkoholabhängigen hinterläßt der Alkoholkonsum seine Spuren. Häufige Fehlzeiten (zwischen 64 und 116 Tage im Jahr) sind keine Seltenheit. Ebenso sind Alkoholabhängige etwa 2,5 mal häufiger krank als andere Mitarbeiter. Das Nachlassen der beruflichen Leistungsfähigkeit, die Unzuverlässigkeit, die erhöhte Unfallgefährdung, das unentschuldigte Fernbleiben von der Arbeit sowie das vermehrte Auftreten von interpersonellen Spannungen können langfristig zur Kündigung des Arbeitsplatzes führen. Feuerlein spricht in diesem Zusammenhang von einer 15%-Quote bei Kündigungen, in der Alkohol eine Rolle spielt. Die aus der möglichen Alkoholabhängigkeit heraus resultierende Arbeitslosigkeit kann die Familie in eine tiefe existenzielle, wirtschaftliche und soziale Krise stürzen, die für alle Familienmitglieder weitreichende Folgen haben kann. Zunehmende soziale Isolation, Verschuldung, drohende Wohnungslosigkeit, hohe Suizidgefährdung sind nur einige Folgen unter vielen. Auch eine zunehmende Gewaltbereitschaft und kriminelle Handlungen lassen sich unter unmittelbarem und chronischem Alkoholeinfluß vermehrt feststellen. Bei den in der Literatur als 'Rauschtaten' bezeichneten Straftaten von 1995 wurde in 7.2% aller aufgeklärten Fälle bei den Tatverdächtigen ein Alkoholeinfluß festgestellt, während bei Gewaltkriminalität der Anteil 25% betrug. Bei diesen Staftaten handelt es sich überwiegend um provozierte Erregungs- und Enthemmungsdelikte wie Körperverletzung und Widerstand, Beleidigung, Sachbeschädigung und Sexualdelikte. Auch die eigene Familie wird oft zur Zielscheibe des Alkoholabhängigen und seiner Gewaltbereitschaft. A-

renz-Greiving (1999, S. 19) berichtet hier von Einschätzungen Covingtons, der davon ausgeht, daß

- 50% der alkoholkranken Eltern Kindesmißhandlung begehen;
- 76% der aggressiven sexuellen Handlungen unter Alkoholeinfluß geschehen;
- 66% der Kinder aus alkoholabhängigen Familien mißhandelt werden;
- 80-90% der prügelden Ehemänner unter Alkoholeinfluß stehen;
- 70% der geprügelten Ehefrauen gelegentliche Trinkerinnen sind;
- 39% der aggressiven sexuellen Handlungen gegenüber Frauen unter Alkoholeinfluß geschehen;
- 35% der Inzest-Taten von Alkoholabhängigen begangen werden;
- Alkohol ein Faktor in 56% aller Streitigkeiten in amerikanischen Familien ist;
- Alkohol in 40% aller Familiengerichtsverhandlungen im Spiel ist.

2.2.4 Geschlechtsspezifische Auswirkungen

In der internationalen Forschung fand die Frage nach geschlechtsspezifischen Variablen bei der Transmission von Suchterkrankungen bisher kaum Beachtung. Daher existieren nur wenige Arbeiten, die sich dieser Thematik widmen. Klein (1998, S. 25, folgendes ebenda) verweist auf die Arbeit von Sher (1991), in der festgestellt wurde, daß bei einer väterlichen Alkoholabhängigkeit eine erhöhte Abhängigkeitsrate für Söhne und Töchter besteht. Mütterlicher Alkoholismus wirkt sich jedoch nur auf die Töchter aus. Bei den Untersuchungen von Steinhausen (1984), der kinderpsychiatrische Störungen als Folge der elterlichen Alkoholabhängigkeit untersuchte, zeigte sich deutlich, daß Störungen dann am häufigsten zu beobachten waren, wenn beide Elternteile alkoholabhängig waren. Dies bestätigten auch die Arbeiten von Mc Kenna & Pickens (1981) und Quinten & Klein (1999).

Steinhausen berichtet, daß bei mütterlichem Alkoholismus emotionale Störungen, Hyperaktivität und die stärkste akute Symptombelastung zu erkennen waren, während bei väterlichem Alkoholismus die Kinder die höchsten Werte für dissoziale Störungen aufwiesen.

Zeitlin (1994) hat zudem beobachtet, daß bei Mädchen aus Alkoholikerfamilien mehr affektive Beeinträchtigungen auftraten. Jungen zeigten häufiger Störungen des Sozialverhaltens.

In einer Langzeitstudie von Werner (1986) weisen die Söhne von alkoholbelasteten Familien mehr psychologische Probleme auf als die Töchter. Auch wurde die Suchterkrankung der Mutter mit den am stärksten auftretenden psychologischen Problemen der Kinder in Zusammenhang gebracht.

2.2.4.1 Wenn der Vater suchtkrank ist

Mayer (1998, S. 20 - 23, folgendes ebenda) beschreibt, daß meistens durch ein auffälliges Sozial- und Arbeitsverhalten die Suchtkrankheit des Vaters nach außen hin bekannt wird. Auch wird häufig eine Solidarität der Restfamilie gegen den suchtkranken Vater festgestellt, während die weitere Familie sowie das soziale Umfeld zusammenhält und informiert ist. Es kann jedoch auch zu Polarisierungen kommen, die zu Konfrontationen, Abwertungen und zu Schuldzuweisungen führen. Über die Suchterkrankung des Vaters wird in der Öffentlichkeit gesprochen, dieses erfolgt jedoch in einer abwertenden und herabsetzenden Art und Weise. Für die Kinder bedeutet dieses, daß sie in das Familiengeheimnis eingeweiht und gewarnt werden, sie aufgefordert werden sich zurückzunehmen und sich an die familiäre Situation anzupassen um Konflikte zu vermeiden. Ebenso können sie als Schutz eingesetzt werden, oder sie erleben offen oder verdeckt die mütterliche Wut und Enttäuschung. Die väterliche Suchterkrankung geht eng einher mit einer wirtschaftlichen Bedrohung (Arbeitsplatzverlust), oder/und einer körperlichen Erkrankung. Dies führt bei der Mutter zu einem kompensatorischen Engagement. Dies kann zu einer starken Belastung der Kinder führen. Es wird dann versucht, die Kinder vom Vater fern zu halten, während die Mutter den Haushalt versorgt, um eine weitere Veröffentlichung der Suchtproblematik zu verhindern. Ebenso ist die Mutter bemüht, ihr Schuldgefühl zu verringern. Sie kämpft um ihre Beziehung, oder sie setzt sich mit einer möglichen Trennung auseinander. Die Kinder erleben nach Mayer ein starres und unflexibles Rollenmodell - die „gute“, aufopfernde Mutter und den „bösen“, hilflosen und schwachen Vater. Die Familiendynamik entwickelt sich in Richtung 'Alleinerziehende- Familie'. Für Jungen können bei dieser Familiendynamik massive Ambivalenzen auftreten, da sie sich nach einer Identifikationsfigur sehnen, während die Mädchen sich eine Annäherung an den Vater wünschen, um mit ihrer Geschlechtsrolle zu experimentieren. Durch die Mutter und ihre eigenen Beobachtungen werden sie jedoch daran gehindert den suchtkranken Vater als Vorbild und Orientierung zu wählen. Dies

führt dann später häufig zu Beziehungsschwierigkeiten und Problemen bei der Geschlechtsrollenübernahme.

2.2.4.2 Wenn die Mutter suchtkrank ist

Die Auswirkungen der mütterlichen Alkoholabhängigkeit auf die Kinder zieht nicht nur psychische Schäden nach sich, sondern hier muß man auch an körperliche Schädigungen wie die Alkoholembryopathie oder das neonatale Abstinenzsyndrom denken. Diese Schädigungen gehen oft mit einer direkten Schuldzuweisung der Mutter einher und stellen mitunter auch deren Erziehungsfähigkeit in Frage. Auch wenn es zu keiner körperlichen Schädigung oder Mißbildung bei den Kindern kommt, so ist das Erleben der Mutter von Schuldgefühlen geprägt, da sie nicht dem gesellschaftlichen Ideal einer aufopfernden, kinderzentrierten Mutter entspricht. Angetrieben von dem Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und bemüht, 'es besser machen zu wollen', erlebt sie sich als Versagerin. Die Familie versucht nun, die Rolle der Mutter zu stabilisieren. Für die Kinder bedeutet dies, daß sie versuchen, die Mutter zu stützen und zu entlasten. Dabei werden z.B. anfallende Hausarbeiten von den Kindern ganz oder teilweise übernommen. Das Familiengeheimnis wird jedoch nach außen hin verschwiegen, um aufkommende Schuldgefühle und Selbstvorwürfe zu unterdrücken. Eine weitere wichtige Aufgabe kommt den Kindern zu, indem sie das häusliche Trinken der Mutter zu verhindern versuchen, was jedoch zum Scheitern verurteilt ist. So wird bei den Kindern das Gefühl des Versagens und der Hilflosigkeit verstärkt. Wenn die alltägliche familiäre Versorgung nicht mehr gesichert ist, kommt es häufig zu einer Fremdplatzierung z.B. in einer Tagespflegestelle oder in einer Dauerpflegestelle. Somit hat *„die mütterliche Suchterkrankung viel einschneidendere Folgen für die Persönlichkeits- und Sozialentwicklung der Kinder... als beim Vater. Der Verlust bzw. das Herausgerissen-werden aus familiären Beziehungen ist weit häufiger möglich.“* (Mayer 1998, S. 23)

3. Theroretische Grundlagen und Anforderungen für Gruppenkonzepte in der Sozialarbeit mit dem Schwerpunkt Kinder aus Suchtfamilien

3.1 Soziale Gruppenarbeit in der Suchthilfe

In der Fachliteratur werden häufig die Begriffe „Gruppenpädagogik“ und „soziale Gruppenarbeit“ synonym verwendet. Dies liegt daran, daß soziale Gruppenarbeit die erzieherischen Intentionen der Gruppenpädagogik teilt. Soziale Gruppenarbeit besitzt jedoch ein eigenständiges Profil in ihrem Fokus als problemzentrierte Gruppenarbeit (Schmidt-Grunert 1997). Die eigentlichen Wurzeln der sozialen Gruppenarbeit entspringen aber aus der amerikanischen „social group work“. Diese hat sich mittlerweile zu einer eigenständigen Arbeitsform entwickelt. Soziale Gruppenarbeit enthält alle Elemente von Gruppenarbeit, z.B. Gemeinsamkeit im Tun und Zielbestimmung, ebenso Elemente der Gruppenpädagogik, insbesondere deren erzieherische Absichten. Jedoch beschränkt sich die soziale Gruppenarbeit nicht nur auf die Wahrnehmung von Sozialisationsaufgaben. Sie wird vielmehr auch als Möglichkeit genutzt, abweichendes Verhalten oder Verhaltensdefizite in und durch Gruppen zu korrigieren. Schmidt-Grunert formuliert daher die Zielsetzung für soziale Gruppenarbeit wie folgt: *„Ziel sozialer Gruppenarbeit ist die Vermittlung, Erweiterung und Festigung sozialer Kompetenzen für Menschen, die „bedürftige Konsumenten“ sind* (Schmidt-Grunert 1997, S. 63).

Als Ergebnis dieser defizitären Ausrichtung in der sozialen Gruppenarbeit entwickelte sich die sozialtherapeutische Gruppenarbeit, bei der therapeutische Elemente und Funktionen im Vordergrund ihrer Arbeit stehen. Diese Form der sozialen Gruppenarbeit findet z.B. in der stationären und ambulanten Suchthilfe statt und wird dort meist von sucht- oder sozialtherapeutisch ausgebildeten Sozialarbeitern/Sozialpädagogen übernommen.

Der heutige Blickwinkel von sozialer Gruppenarbeit ist jedoch viel mehr ressourcenorientiert als defizitär, da erkannt wurde, daß die Erstellung von „Behandlungsplänen“ und ehemaligen gruppenpädagogischen „Führungslehren“ (Schmidt-Grunert 1997) nicht mehr zeitgemäß ist.

So haben folgende Prinzipien bei der Gruppenarbeit immer noch einen zentralen Stellenwert und spiegeln zugleich eine wesentliche Grundhaltung wieder:

- 1) Individualisierung;
- 2) dort anfangen, wo die Gruppe steht;
- 3) sich entbehrlich machen;
- 4) Hilfe durch Programmgestaltung;
- 5) Erzieherisch richtige Grenzen setzen (Schiller 1966, S. 138f., zit. nach Schmidt-Grunert 1997, S. 69).

Die Aufgabenfelder der sozialen Gruppenarbeit in der Suchthilfe sind vielfältig. Im ambulanten Erwachsenenbereich sind Gruppenangebote mit unterschiedlichen Adressaten und Zielvorstellungen denkbar. Mögliche Angebote wären hier z.B.: angeleitete Selbsthilfegruppen, sozialtherapeutische Gruppen, Substituierten-Gruppen, Freizeitgruppen, Mutter-und-Kind-Gruppen, Gruppen zum Thema Gewalterfahrungen für Frauen, Angehörigengruppen, Kontaktgruppen und offene Gruppen für Frauen und Männer mit einer Suchtproblematik. Im stationären Bereich finden vor allem psychotherapeutisch geleitete Gruppen und Trainingskurse (soziale Kompetenz) statt. Die Strategien sozialer Arbeit in der Suchthilfe orientieren sich heute an einer Ressourcenmobilisierung, Bewußtseinsbildung, Modellveränderung, Handlungstraining, Sozialkompetenztraining, soziale Vernetzung, Neuorganisation der sozialen Anordnung von Mensch und Teilsystemen sowie Öffentlichkeits- und Kriterienarbeit (Hey 2000, S. 538). Für Kinder bietet sich nach § 29 SGB VIII im ambulanten Rahmen soziale Gruppenarbeit an. Diese ist wie folgt definiert: *„Die Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit soll älteren Kindern und Jugendlichen bei der Überwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Soziale Gruppenarbeit soll auf der Grundlage eines gruppenpädagogischen Konzepts die Entwicklung älterer Kinder und Jugendlicher durch soziales Lernen in der Gruppe fördern.“*

Hierbei handelt es sich um ein zeitlich befristetes sozialpädagogisches Angebot für Minderjährige in Krisenzeiten während ihrer Entwicklung. Diese Angebote sind besonders für Kinder und Jugendliche, die aus sozial benachteiligten Familien- und Lebensverhältnissen kommen geeignet, und die noch über genügend Ressourcen verfügen, die ein Aufwachsen in der bisherigen Familie oder dem 'Lebensort' des Kindes ermöglichen (Münder 1993, S. 91 - 92).

3.2 Kinder als eigenständige Zielgruppe in der Suchthilfe

Die Tatsache, daß alkoholabhängige Erwachsene auch Kinder haben können, wurde lange Zeit in Forschung und Praxis vernachlässigt, obwohl über einen größeren historischen Zeitraum hinweg (von der Antike bis hin zur sog. „*Gin-Epidemie*“ in England während der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts und der Abstinenzbewegung des 19. Jahrhunderts) immer wieder über die Auswirkungen des übermäßigen Trinkens der Eltern berichtet wurde. Besonders Untersuchungen aus dem angloamerikanischen und skandinavischen Raum in den letzten 15-20 Jahren haben den Blickwinkel wissenschaftlich-psychologischer Forschung und klinischer Tätigkeit auf die besondere Situation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien gerückt (vgl. Zobel 2000). Man hat heute zu recht erkannt, daß Kinder von alkoholabhängigen Eltern eine bedeutende Risikogruppe darstellen, und daß für sie eigenständige Angebote geschaffen werden müssen. Diese Angebote können auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Hier kommen zum einen stationäre Angebote aber auch ambulante Angebote mit unterschiedlichen Intentionen und Zielvorstellungen in Betracht.

3.2.1 Stationäre Angebote

Stationäre Angebote für Kinder von alkoholabhängigen Erwachsenen können in Einrichtungen der stationären Suchthilfe stattfinden. Hier kommen z.B. therapeutische Gemeinschaften für stationäre medizinische Rehabilitation von Suchtkranken in Frage. Die Einrichtung ‘Fachklinik für suchtkranke Frauen - Altenkirchen’ ist eine solche Einrichtung, und bietet für betroffene Frauen und ihre Kinder ein entsprechendes therapeutisches Programm an. Der Alltag der Mütter und ihrer Kinder sieht so aus, daß die Kinder morgens im hauseigenen Kindergarten pädagogisch betreut werden, während die Mütter in der gleichen Zeit für sich unterschiedliche Therapieangebote wahrnehmen können wie z.B. Einzel- und Gruppentherapie, Gestaltungs- und Arbeitstherapie, Bewegungstherapie, sowie Informationsveranstaltungen der Großgruppe und zusätzlich an einer Gruppe für Erziehungsfragen. Am Nachmittag steht dann ein gemeinsames therapeutisches Angebot für Mutter und Kind auf dem Programm. Hier können sie gemeinsam am Mutter-Kind-Reiten sowie an Angeboten aus der Psychomotorik, der Arbeits- und Gestalttherapie teilnehmen (Strausfeld 1994, S. 161 - 174).

Aber auch das Konzept der Kinder- und Jugendseminare wie sie seit 1984 zum festen Behandlungsangebot der Fachklinik Thommener Höhe gehören, stellen eine Möglich-

keit dar, sich mit der eigenen familiären Situation auseinanderzusetzen. Diese Angebote finden am Wochenende in Übereinstimmung zu den Familien- oder Angehörigenseminaren statt. Dabei wird eine Gruppen für die Kinder im Alter von 6-12 Jahren und eine Gruppe für Jugendliche im Alter von 12-17 Jahren angeboten. Dabei werden folgende Ziele verfolgt: Enttabuisierung des Themas Sucht und ihrer Auswirkung auf die Betroffenen, suchtmittelbezogene Informationsvermittlung, diagnostische Datenerhebung (familiäres Interaktionsverhalten) und Elternberatung (Quinten & Klein 1999).

3.2.2 Ambulante Angebote

Ambulante Angebote für Kinder werden oft von Sucht- oder anderen Fachberatungsstellen vor Ort angeboten. Die Möglichkeiten von sozialer Gruppenarbeit für dieses Klientel sind Gegenstand des nächsten Kapitels. Weiterhin besteht auch ambulant die Möglichkeit, Kinder und Jugendseminare abzuhalten, wie sie von der Fachambulanz der Diakonie in Düsseldorf seit 1979 durchgeführt werden (Broich 1994). Viele Institutionen bieten für Kinder aber auch Einzeltherapie, Eltern-/Familienberatung, erlebnispädagogische Gruppen/Freizeiten, Mutter-und-Kind-Gruppen und erweiterte Einzelfallhilfe in Kooperation mit anderen sozialen Diensten und Institutionen an.

3.3 Soziale Gruppenarbeit als Präventionsmaßnahme für Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Während in den 70 Jahren der Schwerpunkt präventiver Arbeit auf einer gefahrenbetonten und informationslastigen Strategie bestand, beinhalteten Präventionskonzepte der 80er Jahre einen stärker ursachenorientierten Ansatz, bei dem riskante und suchtbegünstigende Verhaltensweisen und Einstellungen vorbeugend erkannt und durch pädagogisches Handeln gemildert und ausgeschlossen wurden. Durch den Blickwinkel der Risikovermeidung wurde versucht, zielgerichtete Präventionsstrategien zu entwickeln, um Krankheits- bzw. Suchtverhalten zu vermeiden. Der aktuelle Ansatz in der Präventionsarbeit orientiert sich jedoch derzeit an der salutogenetischen Perspektive, bei der der Blick weniger auf potentielle Risiken gerichtet ist, sondern vielmehr auf die personalen und sozialen Ressourcen, die Menschen gesund erhalten (Grundmann & Nöcker 1999, S. 14 - 15).

Für die praktische Präventionsarbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien würde dieser neue Ansatz beinhalten, daß verstärkt an diesen Resilienzen gearbeitet

werden muß, damit das Kind „stark genug wird“, die häusliche Situation besser zu verkraften und nicht psychopathologisch auffällig oder krank wird. Wollin & Wollin (1995,1996) haben aufgrund von klinischen Interviews sieben Resilienzen herausgefunden, die die Kinder von Suchtkranken vor den negativen Folgen der Familienumwelt schützen. Diese sind: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor und Moral. Diese gilt es nun verstärkt zu aktivieren (näheres hierzu Zobel 2000, S. 52 - 55).

Die in den ersten beiden Kapiteln vorgestellten Forschungsergebnisse zur Situation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien machen deutlich, daß es notwendig ist, für dieses Klientel möglichst früh Hilfen anzubieten, um eine *„optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen bzw. erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegt sich Frühintervention für Kinder aus alkoholbelasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühintervention umfaßt meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die vorhandenen Ressourcen genau erfaßt werden, um sowohl die Präventionsplanung als auch die Frühintervention effektiver gestalten zu können“* (Klein 2000, S. 157).

Das von Caplan (1946) entwickelte dreistufige Klassifikationsschema für Prävention beinhaltet folgende Aspekte: **Primärprävention** verfolgt das Ziel, Inzidenzraten von Erkrankungen zu senken und setzt weit im Vorfeld einer Störung oder eines spezifischen Krankheitsbildes ein (Stimmer 2000, S. 447). Sie verfolgt das Ziel, Suchtkrankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen und richtet sich meist an eine gesamte Gruppe (alle Kinder und Jugendlichen) und nicht an spezifische Risikogruppen z.B. Kinder von Suchtkranken. Primärprävention wirkt unmittelbar oder mittelbar auf die Vorbeugung jeglicher Suchtgefahr. Bereits im Elementarbereich findet sie ihren Einsatz und kann sich durch alle Lebensspannen ziehen. Bei der Primärprävention handelt es sich um eine langfristig angelegte Vorbeugung, die sich vor allem mit tiefer liegenden Ursachen von Sucht beschäftigt. Durch spielerische Maßnahmen wird bei Kindern versucht, eine Kompetenzförderung und einen Zugang zu den eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen herzustellen. Ebenso werden mit Hilfe von Coping-Strategien Alternativen zum Suchtmittelgebrauch aufgezeigt, eine kritische Auseinandersetzung mit Suchtmitteln wird angestrebt (Risiken bewußt wahrnehmen können), aber auch das Vorbildverhalten von Eltern, Pädagogen und Gesellschaft wird kritisch reflektiert.

Sekundärprävention zielt hingegen auf die Senkung der Prävalenzrate und setzt dann ein, wenn Symptome in Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch auftreten (Stimmer 2000, S. 447) Die Aufmerksamkeit richtet sich auf bereits latent oder auch manifest gefährdete Risikogruppen und -personen. Sekundärprävention bedeutet einzelne Gefährdete oder Gruppen von Gefährdeten zu erkennen, spezielle Hilfen bei ihren Problemen zu geben, aber auch direkte Hilfe und Beratung für Bezugspersonen und Familienmitglieder zu ermöglichen und Alternativen bereitzustellen. Dies ist besonders für Kinder aus alkoholbelasteten Familien wichtig, da sie schon früh mit dem Suchtmittel Alkohol in Kontakt kommen und als Risikogruppe gelten. Früh einsetzende präventive Maßnahmen in Kindergarten, Schule, Elternhaus und in der Freizeit können dazu beitragen, dem Risiko einer Suchtentwicklung entgegenzusteuern. Untersuchungen zur Relevanz von Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien von Klein und Zobel (1998) haben ergeben, daß 48% aller Antwortter (Ärzte unterschiedlicher Disziplinen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Lehrer, Psychologen und Erzieher) Kinder aus suchtbelasteten Familien nicht erkennen würden. Besonders die Gruppe der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, die mit 68% angaben, die genannte Risikogruppe nicht zu erkennen, fällt besonders auf. Daher wäre es sehr sinnvoll und wünschenswert, eine größere Lobby für diese Kinder zu schaffen, bei denen besonders Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen über die besonderen Risiken und über die spezifische Situation dieser Kinder aufgeklärt würden, um dann die Kinder an geeignete Institutionen weiter vermitteln zu können. Für Kinder von Suchtkranken, die bereits durch die Alkoholerkrankung ihrer Eltern direkt (z.B. Alkoholembryopathie) oder indirekt geschädigt wurden, können folgende Einrichtungen zur Behandlung/Therapie herangezogen werden:

- Frühförderstellen z.B. bei körperlicher und geistiger Behinderung aufgrund von Alkoholembryopathie oder anderen Schädigungen;
- sozialpädiatrische Zentren z.B. an Kinderkliniken;
- heilpädagogische Einrichtungen (Kindergarten, Hort);
- kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen (Tageskliniken, stationäre Gruppen, Ambulanzen, Beratungsstellen);
- Kinderärzte;
- Fachberatungsstellen;
- niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten.

Auch wäre eine gute interdisziplinäre Vernetzung sinnvoll und notwendig, was jedoch nicht immer der Praxis entspricht.

Ein weiteres Ziel der Sekundärprävention ist es, die eigenen Lebensumstände des Betroffenen zu verbessern und krankmachende Bewältigungsmechanismen aufzudecken und zu verändern, aber auch auf gesellschaftliche Verhältnisse und Strukturen einzuwirken.

Bei der **Tertiärprävention** steht eine Verhütung der Krankheitsverschlechterung im Vordergrund. Sie verfolgt das Ziel, Folgeerkrankungen und Verschlimmerungen oder Chronifizierungen der Krankheit zu verhindern (Rückfallprävention), und richtet sich an Personen oder Gruppen, die bereits erkrankt sind. Heute wird jedoch in der Praxis weitgehend auf den Gebrauch des Begriffs Tertiärprävention zu gunsten der inhaltlichen Gemeinsamkeiten der Begriffe Therapie, Rehabilitation und Nachsorge verzichtet (Stimmer 2000, S. 448).

3.4 Der familienorientierte Ansatz in der Suchtprävention

Die familienorientierte Arbeit hat ihren Ursprung in einer Vielzahl systemischer Theoriemodelle, die durch ein ganzheitliches Herangehen an Probleme und Konfliktsituationen gekennzeichnet sind. Der Fokus der Suchtproblematik ist immer auf die gesamte Familie gerichtet und nicht nur individumspezifisch. Puxi und Preiß (1999, S.17ff, folgendes ebenda) kommen so zu dem Ergebnis, daß *„Suchtmittelabhängigkeit nur überwunden werden kann, wenn man diese nicht als individuelle Krankheit begreift, sondern als Ergebnis eines komplexen, systembildenden und erhaltenden Interaktionsprozesses.“* Dem zufolge ist Sucht als Familienphänomen zu verstehen, und dieses kann nur im Gesamtzusammenhang in der Familie überwunden werden. Die Familienmitglieder werden als Teil eines Interaktionskreises, gesehen die sich wechselseitig und synchron beeinflussen.

Kritisch anzumerken bleibt jedoch die Feststellung, daß es in der Suchtarbeit nicht hinreichend geklärt ist, welcher Ansatz für welche Aufgabenstellung individuell einzusetzen ist, da aufgrund der nicht klaren Abgrenzung der Begrifflichkeiten von systemischer Familientherapie, systemischen Modellen, Familientherapie etc. eher Verwirrung

bei den Praktikern vorherrscht. Im Rahmen dieser Arbeit kann aber nicht näher auf Systemkritik eingegangen werden.

Bei der praktischen Arbeit ist es daher notwendig, nicht nur den Suchtmittelabhängigen Unterstützung und Hilfe anzubieten, sondern auch allen anderen Familienangehörigen, da die Erkrankung des Abhängigen für das ganze Familiensystem weitreichende Konsequenzen hat.

Familie wird hier als ein sich selbst regelnder Mechanismus gesehen, in der die direkte und indirekte Suchtmittelbetroffenheit der einzelnen Familienmitglieder dem System ein Gleichgewicht verleiht und dieses nach außen hin stabil wirken läßt. Zentraler Bestandteil bei der Arbeit mit Suchtfamilien ist das Aufdecken und Transparent werden lassen der Interaktionsprozesse und Beziehungssysteme innerhalb der Familie, welche für die Aufrechterhaltung der familiären Symptomatik verantwortlich sind, ebenso die Verdeutlichung ihrer Funktion und der Funktion des Sucht-Mechanismus Familiensystem. Diesen gilt es dann in der Arbeit mit allen Familienangehörigen durch andere 'gesunde' Mechanismen zu ersetzen, ohne das familiäre Gleichgewicht zu zerstören. Möglich sind aber auch Interventionen, „*die auf die Sichtweisen und Bedeutungsebene abzielen, an denen sich die Familienmitglieder bei der Auswahl ihres Verhaltens orientieren (Umdeutung, positive Konnotation), oder aber durch Interventionen, die direkt auf das Verhalten gerichtet sind (Verschreibung von Ritualen, Aufgaben die neues Verhalten beinhalten etc.)*“ (Erbach 1987, S. 118).

Im systemischen Ansatz der familienorientierten Arbeit im Suchtbereich wird davon ausgegangen, daß die Fähigkeiten und Ressourcen zur Anpassung an jeweils veränderte Bedingungen in jeder Familie schon vorhanden, aber blockiert sind (Erbach 1987). Besonders erfolgversprechend ist dieser Ansatz, da er nicht die Aufrechterhaltung krankmachender Familienstrukturen begünstigt, indem er beispielsweise nur mit einzelnen Teilsystemen z.B. dem Abhängigen oder nur den Kindern arbeitet, sondern möglichst alle Familienangehörige in den Behandlungs- und Hilfeprozeß mit einbezieht.

3.5 Erlebnispädagogik in der Suchtprävention

Der Begriff der 'Erlebnispädagogik' ist in der Literatur nicht eindeutig definiert. Daher werden in der pädagogischen Literatur häufig anderen Bezeichnungen für diesen Begriff verwendet, wie z.B.: erlebnispädagogische Maßnahmen (Berner/Gruhler 1995), ganz-

heitliche Pädagogik, Abenteuerpädagogik, individualpädagogische oder beziehungsorientierte Ansätze (Maaß 1996), oder es wird von Projekten (Roeloffs 1990) gesprochen (Klawe & Bräuer 1998).

Die theoretischen Wurzeln der Erlebnispädagogik gehen auf den Reformpädagogen Kurt Hahn (1886-1974) zurück, der: „*in einem internationalen Friedensgedanken im Sinne einer Völkerverständigung, in einer Charakterbildung, die den Blick auf den Dienst am Nächsten richtet und in einer politischen Verantwortung*“, das zentrale Anliegen der Pädagogik sah (Antes 1999, S. 16). Heute ist die Erlebnispädagogik eine anerkannte Arbeitsmethode, die Eingang in verschiedene Arbeitsfelder der Sozialarbeit gefunden hat. So wird sie als anerkannte Methode in der Heimerziehung, als Alternative zur geschlossenen Unterbringung, als Hilfe zur Erziehung, als Krisenintervention und als finales Rettungskonzept eingesetzt (vgl. Klave & Bräuer 1998).

Aber auch in der Suchtprävention findet sie immer mehr ein breites Einsatzfeld. In der Erlebnispädagogik geht es darum, dem Kind oder Jugendlichen intensive 'Erlebnisse' zu verschaffen, die ganzheitliche Lernerfahrungen und Persönlichkeitsentwicklung möglich machen. So können z.B. Bergwanderungen, Kletterübungen, Nachtwanderungen, Kanu und Kajak in Wildwasser mit Einzel- und Mehrpersonenbooten, Schlauchbootgruppenfahrten, Gipfeltouren, ökologische Expeditionen, Winterbiwak oder Höhlenbefahrungen im Rahmen einer erlebnispädagogischen Veranstaltung stattfinden. Dabei ist es wichtig, daß die Aktion, Abenteuer und das Erlebnis nicht den Zweck erfüllen, 'nur' Freizeit miteinander zu verbringen. Diese Mittel werden vielmehr bewußt instrumentell eingesetzt und von sozialpädagogischen Zielvorstellungen und institutionellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen geleitet. Diese Zielvorstellungen werden mit den Gruppenteilnehmern in einer Vor- und Nachbereitungsphase besprochen und ausgewertet. Ein ganz entscheidenes Ziel bei allen Projekten ist die Transferleistung der erfahrenen Problembewältigungsversuche der Teilnehmer in ihren Alltag. Die erfahrenen Bewältigungsversuche während der Projektphase stellen die wohl eigentliche Lernerfahrung dar, die es nun gilt in das Alltagsleben zu integrieren (vgl. Antjes 1999, Sommerfeld 1993, Fischer & Ziegenspeck 2000).

Für Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind erlebnispädagogische Maßnahmen besonders sinnvoll, da gerade sie aufgrund der belastenden familiären Situation nicht immer ausreichende positive Lernerfahrungen sammeln können und sie in ihrer sozialen Entwicklung beeinträchtigt werden. Zu Hause erfahren die Kinder häufig altersunange-

messene Herausforderungen, die aber ständig zu Überforderungen werden. Bei den unterschiedlichen erlebnispädagogischen Angeboten haben die Kinder jedoch die Möglichkeit, unter dem Schutz einer erwachsenen Bezugsperson neue und für sie noch unbekannte Herausforderungen zu bewältigen, indem sie die Initiative ergreifen, Entscheidungen treffen, gezielte Wagnisse eingehen und so ihr Selbstbewußtsein stärken können. Aber auch soziale Aspekte finden in einem erlebnispädagogischen Angebot Berücksichtigung. Hilfsbereitschaft, Verantwortung, Rücksichtnahme, Umgang mit den eigenen und mit den Grenzen anderer, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Teamarbeit und der Umgang mit Konflikten kann hier spielerisch erfahren werden. Bei körperlichen Aktivitäten wie z.B. Klettern, Kanu fahren oder Reiten können die Kinder ihre Ausdauer, ihre körperlichen und psychischen Grenzen sowie ihre Willensstärke erproben, und stärken so ihr Selbstvertrauen. Bei den täglich stattfindenden Reflexionsrunden werden selbstverantwortliches Handeln, Kritikfähigkeit, realistische Selbsteinschätzung, Erlebnisfähigkeit, und Kreativität gefördert.

3.6 Methodisches Handeln in der Kindergruppenarbeit

Für die Kindergruppenarbeit gibt es eine Reihe unterschiedlicher methodischer Ansätze. Denkbar sind hier Elemente aus dem Psychodrama von Moreno, der Gestalttherapie von Perls, dem Sozialtherapeutischen Rollenspiel von Stein, der themenzentrierten Interaktion von Cohn, der Gruppenspieltherapie und der Verhaltenstherapie (soziale Trainingsprogramme). Dies setzt natürlich einen erfahrenen und ausgebildeten Gruppenleiter voraus. Aber auch der Einsatz von kreativen Medien wie Malen und Werken mit unterschiedlichen Farben und Materialien, Tonarbeiten, Collagetechniken, Musik, Märchen und Kinder- und Jugendliteratur zu ausgewählten Themen bieten einen kindgerechten Zugang zu bestimmten Themen in der Gruppe. Auch die Einbeziehung von 'neuen Medien' (Foto, Videoarbeiten, Computer, Internet) bietet attraktive Möglichkeiten sich einem Thema z.B. in Form eines Projektes zu nähern. Besonders gern werden Spiele in dieser Altersgruppe angenommen. Hierfür stehen eine Reihe unterschiedlicher Spiele-Schwerpunkte in der Literatur zur Verfügung, z.B. Kommunikations- und Interaktionsspiele, Wahrnehmungsspiele, Tobespiele, Planspiele und Spiele zur Förderung sozialer Kompetenzen.

3.7 Allgemeine Zielsetzung für die Kindergruppenarbeit

Die Kindergruppe bietet den Teilnehmern eine gute Möglichkeit, positive soziale Erfahrungen innerhalb eines geschützten Rahmens zu sammeln. Es geht darum, soziale Kompetenzen wie Selbstvertrauen, Beziehungsfähigkeit, Selbstsicherheit, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Handlungsfähigkeit, Gemeinschaftsfähigkeit, Autonomie, Kreativität und Realitätsbewältigung einzuüben und zu erweitern. Aufgrund des frühen Erwachsen werdens können Kinder aus alkoholbelasteten Familien einen enormen 'emotionalen Nachholbedarf' an Zuwendung, Vertrauen, Sicherheit und an einer kindgerechten Bedürfnisbefriedigung (keine ständige Überforderung) entwickeln. Daher bietet die Gruppe einen altersangemessenen Rahmen, in dem soziale Nachreifung möglich ist. Die Möglichkeit, neue Erfahrungsspielräume bei sich zu entdecken und mit diesen zu experimentieren, unterstützt ebenfalls die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Die Gruppe bietet auch die Chance, sich mit der belasteten familiären Situation, dem Tabuthema Alkohol, und den damit unterdrückten Gefühlen wie Wut, Ohnmacht, Traurigkeit, Angst, Enttäuschung, Scham und Schuld auseinanderzusetzen. Dies ist meistens für diese Kinder besonders schwierig, da diese Gefühle unterdrückt werden müssen, um in diesem Familiensystem zu 'überleben'. Die auferlegte Familienregel 'Rede nicht, traue nicht, fühle nicht' ist internalisiert, und diese gilt es zu entkräftigen. Auch die eigenen innerhalb der Familie erlittenen Verletzungen, wie z.B. Vertrauensverlust, Vernachlässigung, ständige Überforderung sowie körperliche, seelische und sexuelle Mißhandlung finden in der Gruppe Raum. Dabei können die Kinder Solidarität und Anteilnahme der anderen Teilnehmer und der Gruppenleiter erfahren, können aber auch neue Handlungsspielräume und Alternativen kennenlernen und ausprobieren. In der Kindergruppe dürfen sie wieder Kind sein und erfahren verlässliche Beziehungen, in denen sie ihre kindlichen Bedürfnisse wieder leben dürfen. Dieses ist oft in der Suchtfamilie nicht möglich, da die Kinder früh gefordert und überfordert werden. Weiterhin erfahren sie eine ihrem Entwicklungsstand entsprechende Unterstützung bei der Überwindung von innerer Sprachlosigkeit und Isolation. Die Gruppe bietet auch ein gutes Übungsfeld, die eigenen Bedürfnisse wieder zu entdecken und diese einzufordern, während aufgrund der häufigen Verantwortungsübernahme und Paarentifizierung der Kinder innerhalb der Ursprungsfamilie keine altersangemessene Bedürfnisbefriedigung stattfinden konnte. Dabei geht es auch darum, daß das Kind sich wieder positiv erlebt und Spaß

und Freude an verschiedenen Tätigkeiten erfährt. Hier ist ein ressourcenorientierter Ansatz sinnvoll. Durch die Möglichkeit neue Rollen in der Gruppe auszuprobieren, erweitern die Kinder nicht nur ihren Handlungsspielraum, sondern gewinnen ein neues Stück innerer Freiheit und Flexibilität. Die Rollenfixierungen können so nach und nach aufgelöst werden. Die Kinder lernen ihrer eigenen Wahrnehmung zu trauen und einen Zugang zu verdrängten Gefühlen herzustellen. Ein zentrales Thema, mit dem sich Kinder in diesem Alter auseinandersetzen müssen, ist der Umgang mit Konflikten. Dabei kann die Gruppe als Projektionsfläche genutzt werden. Die Gruppenleiter bieten Konstanz und Verlässlichkeit, die häufig in der Suchtfamilie nicht erfahren wird. Die Kinder erleben, daß Konflikte auch ohne Angst vor möglichen Konsequenzen ausgetragen werden können. Soziales Lernen wird somit möglich. Auch das Einüben von Gruppenregeln und anderen alltäglichen Normen (Thema Grenzen) gehört zum Gruppenalltag dazu und ist fester Bestandteil dieser Treffen. Robinson und Rhoden fassen folgende wichtigen Prinzipien zusammen, die in einem Gruppenprogramm für Kinder von Alkoholabhängigen vermittelt werden (eigene Übersetzung, Robin & Rhoden 1998, S. 152):

- 1.) Alkoholismus ist eine Krankheit;
- 2.) Jeder wird in der Alkoholikerfamilie verletzt, einschließlich der Kinder;
- 3.) Kinder, deren Eltern zu viel trinken sind nicht allein;
- 4.) Kinder sind nicht die Ursache, können nicht kontrollieren, und können nicht den Alkoholismus ihrer Eltern heilen;
- 5.) Es gibt viele gute Möglichkeiten, wie Kinder gut für sich sorgen können, damit sie sich besser fühlen, wenn ihre Eltern trinken;
- 6.) In Bezug auf das elterliche Trinkverhalten ist es heilend für Kinder, ihre Gefühle zu identifizieren und diese auszudrücken;
- 7.) Für Kinder ist es in Ordnung, über das elterliche Trinken mit einem Freund oder innerhalb der sicheren Gruppe zu reden;
- 8.) Kinder von Alkoholikern tragen ein erhöhtes Risiko, Substanzabhängig zu werden;
- 9.) Es ist wichtig für Kinder, sich zu identifizieren und Vertrauen in ein Unterstützungssystem außerhalb der Familie zu fassen;
- 10.) Beim elterlichen Alkoholismus gibt es viele begehbbare Wege der Problemlösung und Bewältigung.

4. Soziale Gruppenarbeit für Kinder aus Suchtfamilien – ein Konzeptionsvergleich

Die hier vorgestellten Konzeptionen sozialer Gruppenarbeit werden auf folgende Variablen hin ausgewertet: Geschichte des Projektes, Finanzierung, theoretischer Hintergrund, Rahmenbedingungen, Ziele, Methoden, Öffentlichkeits- und Multiplikatorenarbeit sowie Besonderheiten des Projektes.

4.1 „Kolibri“. Die Arbeit nach dem familienorientierten Ansatz (Bocholt)

Der Sozialdienst katholischer Männer e.V. Bocholt begann seine Pionierarbeit mit Kindern und Jugendlichen suchtkranker Eltern/-teile schon Ende der achtziger Jahre. Ab 1994 konnte ein dreijähriges Modellprojekt durchgeführt werden, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegeben wurde und auch durch das Land NRW, den Kreis Borken sowie durch Eigenanteile der Diözese Münster finanziert wurde.

Das Projekt ging von der Hypothese aus, daß sozialpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholkranker Elternteile die Voraussetzung für die Entwicklung und Ausdifferenzierung sozialer Kompetenzen schafft und eine adäquate Persönlichkeitsentwicklung fördert. Sie ermöglicht ein Lernen am positiven Modell und das Finden von kind- und altersgerechten Ausdrucksformen (vgl. SKM e.V. Bocholt, Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern/-teile, August 1997).

Wie bereits in Kapitel 3.4 dargestellt, basiert der theoretische Hintergrund dieses Konzeptes auf systemischem Gedankengut und ist durch ein ganzheitliches Herangehen an Probleme und Konfliktsituationen gekennzeichnet, bei dem der Fokus auf die gesamte Familie gerichtet ist. Zu Beginn des Projektes verfügte das Team über zweieinhalb Planstellen plus einer Honorarkraft. Im interdisziplinären Team arbeiteten vier Diplomsozialpädagogen, von denen eine die Leitung übernahm, eine Verwaltungskraft und ein Diplompsychologe. Der Arbeitseinsatz erfolgte über Jobsharing. Für das „Konzept 2000“ sieht das Programm eine personelle Erweiterung durch den Einsatz eines Gruppenleiterpaares vor, wodurch eine familienähnliche Situation hergestellt wird, die Übertragungsmöglichkeiten schafft. Auch die Verwendung eines Märchenmobils bereichert das Angebot.

Ein gut ausgestatteter Spiel- bzw. Gruppenraum sowie zwei Büroräume sind Bestandteil der Einrichtung. Die Arbeit der Beratungsstelle Kolibri bietet auf unterschiedlichen Ebenen Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten für ihre Klienten an. Dazu zählt die Arbeit mit Familien (Familiengespräche), die Arbeit mit Eltern/-teilen (Elterngespräche, Ehepaargespräche, Einzelkontakte), die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (Einzelkontakte, Gruppenangebote), die Arbeit mit dem sozialen Umfeld (Schule, Kindergarten, Jugendamt, Ärzte, Therapeuten etc.) sowie Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildungen. Diese Hilfen werden von Fachleuten mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Zusatzausbildungen (RET, Gesprächspsychotherapie, Familientherapie und Kunsttherapie) angeboten.

Für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen werden altershomogene Gruppen angeboten, die die Möglichkeit bieten sollen, Identifikationsmöglichkeiten zu schaffen, eine ganzheitliche Persönlichkeitsförderung anstreben sowie präventive Ziele verfolgen. Über eine genaue Zusammensetzung der Gruppen in Bezug auf die Gruppengröße sowie das genaue Alter und Geschlecht der Teilnehmer wird in der Konzeption keine Aussage gemacht.

Als Feinziele werden soziale Integration, Freundschafts- und Gemeinschaftsfähigkeit, Bearbeitung des Geschehenen, Trauer und Schmerz zulassen, Spontanität, Regression, Aggressionsabbau, Förderung des Selbstvertrauens und der Entscheidungsfreude genannt. Außerdem wird Hilfestellung bei der Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen sowie der Realitätsbewältigung gegeben.

Als Methoden in der Kinderarbeit kommen Elemente aus der Spielpädagogik, der sozialen Gruppenarbeit, dem Rollenspiel (gelenkt und ungelenkt) sowie Musik- und Bewegungstherapie zum Einsatz.

Bei der Elternarbeit steht die Bearbeitung der Schuld- und Schamgefühle, die Arbeit an persönlichen Grenzen, die Hinführung zu einer Normalhierarchie in der Familie, die Stärkung der Erziehungskompetenz sowie die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit innerhalb des Familiensystems im Vordergrund.

Eine weitere wichtige Aufgabe ist die Gewinnung von Multiplikatoren und eine breite Öffentlichkeitsarbeit.

Eine Besonderheit dieses Projektes liegt in der wissenschaftlichen Begleitung durch das Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH ISG-Köln, das den Schwerpunkt in der Evaluation der Bedarfsermittlung, in der Konkretisierung der Hilfs-

angebote und in der Ermittlung der Voraussetzungen für diese Arbeit sah. Als Erhebungsinstrumente wurden für die einzelnen Projektphasen unterschiedliche Fragebögen mit verschiedenen Schwerpunkten erstellt. Bestandteil der wissenschaftlichen Begleitung waren Anamnese, Verlaufskontrollen, Endzielkontrolle sowie eine Katamnese. Für den Erstkontakt wurde ein Fragebogen entwickelt, der die Ist-Situation in der Familie erfaßt. Für Familien, die längerfristig betreut wurden, entwickelte man einen weiteren Fragebogen, der standardisierte Variablen zum Suchtverhalten, zur Entwicklung von Auffälligkeiten beim Kind, zur Regelmäßigkeit des Kontaktes zur Beratungsstelle und zur sozialen Situation in der Familie erfassen sollte. Nach einer Eingangsphase wurde dieser ergänzt durch einen qualitativen Leitfaden, der *„durch projektübergreifende inhaltliche Aspekte und diagnostische Kriterien zu einer Strukturierung der mitarbeiter-spezifischen Falldokumentation führen sollte“* (Puxi & Kremer-Preiß 1999, S. 54f). Zusätzlich entwickelte die Beratungsstelle Kolibri eigene Fragebögen und Standards für eine qualitative Auswertung ihrer Beratung, da die Erwartungen der Beratungsstelle Kolibri bezüglich der wissenschaftlichen Begleitung nicht hinreichend erfüllt wurden. Es fehlten Variablen zur Beschreibung sozialer Kompetenzentwicklung bei Kindern und der Veränderung von Strukturen und Rollenmustern in dysfunktionalen Familiensystemen. (vgl. Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern/-teile, SKM e.V. Bocholt, August 1997, S. 10) In der fallbezogenen Abschlußbewertung wurde ebenfalls ein Klientenfragebogen eingesetzt. Im Hinblick auf die Beratungsstelle wurden in weiteren Fragebögen unterschiedliche Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, Kontakte zu anderen Einrichtungen etc. evaluiert.

Insgesamt kommt die wissenschaftliche Begleitstudie zu einem positiven Ergebnis. Bei 50% der beratenen Kinder und Jugendlichen konnte eine positive Veränderung festgestellt werden. Dies bedeutet, daß die Kinder und Jugendlichen alternative Verhaltensweisen in ihr Repertoire aufnahmen und so die Zufriedenheit aller Familienmitglieder gesteigert werden konnte. Die Kinder und Jugendlichen lernten, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse besser wahrzunehmen und zu äußern. Auch konnten sie besser Grenzen setzen und akzeptieren und lernten dadurch ein selbstbewußtes und eindeutiges Verhalten. Diese positive Verhaltensänderung zeigte sich besonders deutlich bei den suicidalen Kindern und Jugendlichen. Im Zeitraum zwischen 1994 und 1996 konnten 646 Kontakte verzeichnet werden. Das Alter der beratenen Kinder und Jugendlichen reichte

von 3 bis über 17 Jahre. Dabei fiel besonders die Gruppe der 11- bis 16-jährigen mit 47% ins Gewicht.

Hinsichtlich der untersuchten Faktoren wie der Stabilisierung der Familienstruktur, der Verstärkung der individuellen und familiären Potentiale, der Problembewältigung, einer Stabilisierung der Persönlichkeitsstruktur der einzelnen Familienmitglieder sowie einer allgemeinen Verbesserung der sozialen Situation konnte bei der Mehrzahl der zehn untersuchten Familien des Projekts Kolibri eine relative Verbesserung festgestellt werden (ausführlich siehe hierzu: Puxi & Kremer-Preiß 1999, S. 90 ff.).

4.2 „MAKS“ Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken (Freiburg)

Das Modellprojekt „Arbeit mit Kindern von Suchtkranken“ (MAKS) entstand 1990. Die Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg e. V. (AGJ), die als katholischer Fachverband in ambulanten und stationären Einrichtungen der Gefährdetenhilfe und insbesondere der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe tätig ist, fungiert als Träger des Projekts. Das spezielle ambulante Angebot von MAKS richtet sich an Kinder von ehemals oder aktuell suchtmittelabhängigen Eltern, die Alkohol oder illegale Drogen konsumieren, und seit 1997 auch an Suchtmittel konsumierende Schwangere. Das Projekt wird seit 1994 im Rahmen der Förderung der PSB's finanziert sowie durch Spenden und durch Eigenmittel des Trägers (Sachkosten wie Miete, Telefon, Porto).

Bei diesem Projekt steht die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken im Vordergrund. Begleitende Elternarbeit wird als sinnvoller und notwendiger Bestandteil der pädagogischen Arbeit bewertet.

Die personelle Ausstattung sieht eine Diplom-Sozialpädagogin (Supervisorin) und eine Diplom-Sozialarbeiterin vor (zusammen 125%), die sich in theaterpädagogischer Ausbildung befindet und eine zusätzliche Honorarkraft (Sozialarbeiter mit 25%). Ebenso gehören noch Praktikanten/innen und langfristige ehrenamtliche Mitarbeiterinnen zum Team. Die räumliche Ausstattung beinhaltet einen Gruppenraum, zwei Büroräume und verschiedene kleinere Abstellräume sowie einen Garten.

Bei „MAKS“ finden ambulante Angebote in Form von Einzel- und Gruppengesprächen für Kinder und Jugendliche statt. Die wöchentlich stattfindenden Gruppenstunden dauern ca. eineinhalb Stunden und werden auch während der Ferien fortgeführt. Die Be-

ziehungsebene der Pädagogen ist gekennzeichnet durch Stabilität, Verlässlichkeit, Sicherheit und Klarheit. Dies ist dringend erforderlich, da Kinder aus Suchtfamilien häufig ein großes Maß an Inkonsequenz und Unzuverlässigkeit erleben. Zur Zeit bestehen fünf Gruppen. Kontinuierliche Gruppenkontakte, die Verbindlichkeit der Gruppentermine sowie die Pünktlichkeit aller Teilnehmer schaffen einen strukturierten Rahmen bei der Kindergruppenarbeit. Aber auch der Ablauf der Gruppenstunde beinhaltet eine klare Struktur (z.B. ‚Blitzlicht‘ am Anfang und Ende der Gruppenstunde) ebenso wie eindeutige Regeln und Grenzen, die die Gruppe gemeinsam festlegt. Das Programm wird von den Kindern und Gruppenleitern gemeinsam geplant und durchgeführt. Es werden aber auch Angebote nur von den Gruppenleitern gestaltet. Um das Gruppengefühl zu stärken und die Beziehungen der Kinder untereinander zu vertiefen, werden ein bis zweimal im Jahr Gruppenfreizeiten angeboten. Diese dauern in der Regel fünf Tage. Die Kinder haben hier die Möglichkeit, ihre eigene Gruppe in einem anderen Rahmen zu erleben und Freundschaften zu intensivieren. Der Wechsel in eine andere Kindergruppe (z.B. Teenygruppe oder Mädchengruppe) ist nach vorheriger Absprache mit dem betroffenen Kind und seinen Eltern möglich (Dilger 1994).

Als Zielsetzung der Gruppenarbeit nennen die Projektverantwortlichen Prävention und die Bearbeitung der bereits sichtbaren Probleme der Kinder und ihrer Familien. Im Rahmen des Gruppenangebotes werden folgende Bereiche schwerpunktmäßig bearbeitet:

- Entlastung der Kinder von ihren Schuldgefühlen;
- Entlastung der Kinder von ihrer Elternfunktion;
- Ermöglichung von „Kind sein“ im strukturierten Rahmen;
- Bestärkung der Kinder in ihrer situativen, emotionalen Wahrnehmung;
- altersgerechte Erklärung von Suchtmittelgebrauch, -mißbrauch, und -gefahren;
- unterstützende Elternarbeit.

Im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit wurden zahlreiche Veranstaltungen durchgeführt. Besonders Arbeitskreise zum Thema Kinder von Suchtkranken, Suchtprävention, Frau und Sucht sowie interdisziplinäre Berufsgruppen, an denen die Mitarbeiter regelmäßig teilnahmen, trugen dazu bei, Erfahrungen und Ideen austauschen und reflektieren zu können. Eine gute Vernetzung zu anderen sozialen Institutionen wird angestrebt und praktiziert. Dabei finden auch immer wieder Helferinnenkonferenzen mit Vertretern un-

terschiedlicher Einrichtungen (Jugendamt, Suchtberatungsstellen, Ärzte, Therapeuten, Erzieher, Lehrer, Pädagogen) statt.

Als Besonderheit dieses Projektes gibt es seit 1999 ein spezielles Angebot für Vorschulkindern. In der sogenannten „Minigruppe“ werden Kinder ab vier Jahren pädagogisch betreut.

Kontinuierliche, begleitende Elternarbeit in Form von regelmäßig stattfindenden Elterngesprächen (ca. alle 4-6 Wochen und nach Bedarf) sind wichtiger Bestandteil dieser Arbeit. Hierbei geht es vor allem darum, neue Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Eltern und Kindern zu schaffen, Erziehungsstile zu reflektieren und Hilfestellung bei Erziehungsfragen zu geben. Bei Bedarf werden auch Eltern-Kind-Gespräche angeboten.

Aus der Jahresstatistik von 1999 geht hervor, daß insgesamt 51 Kinder Kontakt zu der Beratungsstelle hatten, davon sind 41% Jungen und 59% Mädchen. Das Alter der Kinder liegt zwischen 3-4 Jahren und 19 Jahren. Die Gruppe der 7-9jährigen (24%) und die Gruppe der Teenager von 13-15 Jahren (22%) ergeben die größte Population bei diesem Klientel. 24% der Kinder erlangten durch die Suchtberatungsstelle Zugang zu „MAKS“, gefolgt von 12%, die durch eine Suchtklinik auf dieses Projekt aufmerksam gemacht wurden. Immerhin mit noch je 10% wurden die Kinder von Freunden/Bekannten, Jugendamt, anderen Fachberatungsstellen und Schwerpunktpraxen (8%) überwiesen. Diese Zahlen lassen darauf schließen, daß dieses Projekt im Raum Freiburg einen großen Bekanntheitsgrad besitzt.

4.3 „KIDS & CO“. Kinder von Suchtkranken (Bergisch-Gladbach)

KIDS & CO ist ein Kooperationsprojekt der Jugend- und Suchthilfe für Kinder suchtkranker Eltern, die 1994 ihren Ursprung in der Suchtberatungsstelle Bergisch-Gladbach fand. Seit Oktober 1996 wird das Projekt von der Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Kinder fortgeführt. Die Finanzierung dieses Projekts wird jährlich neu über die Projekt-Finanzierung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen ermöglicht. Fachliche Begleitung erhält KIDS & CO durch ein Kooperationsgremium, dem verschiedene psychosoziale Einrichtungen angehören, die in regelmäßigen Abständen Treffen durchführen, um kritisch ihre Arbeit zu reflektieren und Konzeptionen weiterzuentwickeln. Bei der wissenschaftlichen Begleitung er-

fährt das Projekt Unterstützung durch Herrn Prof. Dr. M. Klein (Katholische Fachhochschule Köln).

Kernstück der Arbeit von KIDS & CO ist eine heilpädagogische Kindergruppe, deren Zielsetzung es ist, die Kinder in ihrer Eigenbestimmung und Selbstentwicklung zu stärken und ihnen eine offene Auseinandersetzung mit ihrer - durch die familiäre Suchterkrankung geprägten - Lebenssituation zu ermöglichen. Die Kinder stehen im Zentrum aller Hilfeüberlegungen und es wird eine „gesamtfamiliäre Gesundheit“ angestrebt (Katholische Erziehungsberatung e. V. Bergisch Glattbach 1998, S. 5). Die Gruppe und die Arbeit der Therapeuten/Pädagogen kann diesen Heilungsprozeß ergänzen aber nicht relativieren. Neben der Gruppenarbeit bietet das Projekt für Kinder und Jugendliche direkte Hilfen in Form von Einzeltherapie, Eltern/Familienbetreuung, erweiterter Einzelfallhilfe, Telefon-Notruf, erlebnispädagogischen Gruppen/Freizeiten und einer Mutter-Kind-Gruppe für drogenabhängige Frauen mit ihren Vorschulkindern. In Planung befindet sich eine offene Gruppe - ein Treff, der als niederschwelliges Angebot für Kinder und Jugendliche eine unverfängliche Anlaufstelle bietet, bei der sie sich Unterstützung und Begleitung holen können. Auch mit Kindern, die bereits das Gruppenangebot nicht mehr wahrnehmen, kann so Kontakt gehalten werden. Ebenso ist ein heilpädagogischer Hort in Planung. Der andere Eckpfeiler dieses Projektes ist die Schulung für Multiplikatoren und die Präventionsarbeit. Aber auch die Sensibilisierung des gesellschaftlichen Bewußtseins ist wesentlicher Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit.

In der Gruppenarbeit verbinden sich sozialpädagogische und heilpädagogisch-therapeutische Ansätze in den Gruppenzielen, die folgendes beinhalten:

- Aufhebung des Tabuthemas Sucht, d.h. es wird die Lebenswelt des Kindes thematisiert;
- Unterstützung bei der Überwindung innerer Sprachlosigkeit und Isolation;
- Unterstützung bei der Wahrnehmung eigener Bedürfnisse;
- Unterstützung bei der Wahrnehmung von Gefühlen wie Angst, Einsamkeit, Ohnmacht, aber auch Freude, Spaß und Lust;
- Unterstützung im Umgang mit Konflikten.

Der besondere Therapie-Schwerpunkt dieses Projektes im Vergleich zu anderen Fachberatungsstellen oder Institutionen besteht darin, den Fokus auf die spezielle Situation von Suchtfamilien und ihren Kindern zu richten und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen und zu erarbeiten.

Die angebotene Kindergruppe wird von einer Dipl.-Heilpädagogin mit einer Zusatzausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und einem Dipl.-Psychologen mit psychotherapeutischer Ausbildung geleitet. Durch das Therapeutenpaar sowie durch die anderen Gruppenteilnehmer entstehen familienähnliche Übertragungssituationen, die innerhalb des Gruppengeschehens bearbeitet werden können. Aufgrund der Erfahrung, daß viele der betreuten Kinder neurotische Fehlentwicklungen aufzeigen, ist die Gruppe stärker therapeutisch als sozialpädagogisch angelegt. Die Gruppe wird als „slow open“ geführt. Dies beinhaltet, daß einzelne Kinder je nach Situation zwischenzeitlich aufhören und andere dafür neu dazu kommen können. Sie findet regelmäßig einmal wöchentlich für eineinhalb Stunden statt und beinhaltet ein klares Setting wie z.B. eine räumliche und zeitliche Strukturierung beim Angebot. Weiterhin gibt es klare Rahmenbedingungen und Voraussetzungen bei der Gruppenzusammensetzung. Mit den Eltern und dem Kind wird ein diagnostisches Erstgespräch vereinbart und eine Motivationsklärung durchgeführt.

Die Gruppenstunde besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil, der etwa eine halbe Stunde dauert wird die Gruppe „angewärmt“. Die Kinder haben Gelegenheit aktuelle Ereignisse der vergangenen Woche zu erzählen und eine gemeinsame Mahlzeit wird angeboten. Bei diesen Essenspausen entsteht oft eine starke dynamische Interaktion denen Kinder untereinander, aber auch zwischen den Therapeuten und den Kindern, bei denen viele Informationen und Hinweise aus dem familiären Kontext gewonnen werden. Das gemeinsame Essen und Trinken fördert die in Suchtfamilien oft vernachlässigten „guten Familienrituale“, die für den Heilungsprozeß in dysfunktionalen Familien besonders wichtig sind. Im zweiten Teil der Gruppenstunde wird der Gruppenraum gewechselt und mit einer ritualisierten Anfangsrunde („Was für eine Geschichte wollt ihr heute spielen?“) in das Rollenspiel (Psychodrama) übergeleitet. Dort haben dann die Kinder die Möglichkeit, mit Hilfe der Therapeuten in andere Rollen hineinzuschlüpfen und „ihre“ Geschichten zu spielen. Dabei gelingt es den Kindern, ihre eigene Befindlichkeit, Impulse und Ideen oft unbewußt zu gestalten und diese zu entdecken. Aber auch Konfliktsituationen und Entwicklungsprozesse können auf einer symbolischen Ebene dargestellt werden. Die eigentliche therapeutische Arbeit besteht nun darin, die kindlichen Lösungsversuche zu verstehen und dann die Kinder in ihrem Bemühen zu unterstützen, diese auf eine angemessene Weise in ihre Lebenswirklichkeit zu integrieren.

Als besonderer Schwerpunkt für das Jahr 2000 wird die Erstellung einer Basisdokumentation sowie verschiedener Tests zur Diagnostik durch eine wissenschaftliche Mitarbeiterin angestrebt.

4.4 „KIZ“- (Kinder im Zentrum). Arbeiten mit Kindern von Suchtkranken (Neuss)

Dieses Neusser Projekt entwickelte sich 1994 aus den zunächst offenen und themenbezogenen Kinderangeboten des alkoholfreien Treffs ONS ZENTRUM. Dieser ist zusammen mit der Fachambulanz für Suchtkranke ein wesentlicher Bestandteil der Suchtkrankenhilfe des Caritasverbandes für das Stadtdekanat Neuss e.V. Er bietet Hilfe bei Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit, Eßstörungen, Glückspielabhängigkeit sowie Hilfen für Angehörige Suchtkranker. Die Finanzierung des Projekts teilen sich das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW sowie der Caritasverband für das Stadtdekanat Neuss e.V., der Diözesanverband für das Erzbistum Köln e.V., der Deutsche Caritasverband e.V. Freiburg und verschiedene Spender.

Die wöchentlich stattfindende Kindergruppenarbeit im ONS ZENTRUM wird seit 1997 angeboten, da im Verlauf der Vorbereitungsphase deutlich wurde, daß für die Kinder ein eigenes Angebot notwendig war, um auf die vielfältigen und zeitaufwendigen Themen und Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können.

Ausgehend von der Lebenssituation Kinder suchtkranker Eltern wird ein systemisch-ressourcenorientierter Ansatz vorgestellt, der versucht, die Stärken der Kinder nutzbar zu machen, um eine gesunde Persönlichkeits- und Sozialentwicklung zu unterstützen. Er verfolgt das Ziel, wichtige personale und soziale Kompetenzen der Kinder für ein suchtfreies und selbstbestimmtes Leben zu fördern, wie z.B. Genuß- und Erlebnisfähigkeit, Kommunikations- und Kontaktfähigkeit, Sensibilisierung für den eigenen Körper, konstruktiven Umgang mit Konflikten, Frustration und eigener Aggression sowie Entscheidungsfähigkeit und angemessene Verantwortungsübernahme.

Das sozialpädagogisch-therapeutische Angebot wirkt präventiv und soll positiven Einfluß auf die Lebensqualität der Kinder und ihrer Eltern nehmen. Die Steigerung des Selbstwertgefühls steht im Vordergrund, und die Kinder können positive Beziehungserfahrungen im Gruppenangebot durch die Pädagogen und die anderen Teilnehmer machen.

Das Gruppenangebot wird von einer hauptamtlichen Sozialarbeiterin mit Fortbildung in Kinderpsychodrama und einem Diplom-Heilpädagogen mit familientherapeutischer Zusatzausbildung geleitet. Für die Elternarbeit steht eine Diplom-Sozialpädagogin mit einer Zusatzausbildung in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zur Verfügung. Die Elternarbeit umfaßt Elterngespräche, Familiengespräche, Elternabende sowie Krisenintervention. Auch Einzelgespräche für Kinder und Jugendliche werden angeboten. Darüber hinaus besteht eine enge Vernetzung mit sozialen Institutionen im Kreis Neuss. Aber auch fallübergreifende Arbeit wie Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsmaßnahmen und die Teilnahme an Tagungen und Arbeitskreisen wird im Rahmen dieses Projektes geleistet.

Die Gruppenarbeit findet in einem speziell für die Kinder eingerichteten Gruppenraum mit Spiel- und Therapiematerial statt. Außerdem stehen noch andere Gruppenräume wie Werkraum, Küche sowie ein großer Garten zur Verfügung.

Bei der wöchentlich stattfindenden zweistündigen Gruppenveranstaltung, die für Kinder im Alter von sechs bis zehn Jahren und in einer zweiten Gruppe im Alter von elf bis vierzehn Jahren angeboten wird, können die Kinder in einer vertrauten Atmosphäre Akzeptanz und Verlässlichkeit erfahren und miteinander in Beziehung treten. Das Gruppenmotto lautet:

„Sich aufeinander einlassen, sich voneinander abgrenzen und miteinander in Beziehung treten.“ (Caritasverband für das Stadtdekanat Neuss e.V. 1999, S. 7).

Die beiden gegengeschlechtlichen Gruppenleiter ermöglichen den Kindern eine positive Übertragungsbeziehung und fungieren als „gutes Elternpaar“.

Mit den Eltern und Kindern wird ein Vorgespräch mit dem Ziel des gegenseitigen Kennenlernens und des Informationsaustausches vereinbart. Bei diesem kann dann geklärt werden, ob das betreffende Angebot für das Kind geeignet ist (Motivation der Eltern und des Kindes, Einverständniserklärung beider Eltern). Es wird ein Probezeitraum von fünf Gruppensitzungen vereinbart, nach dessen Ablauf sich das Kind dann entscheiden kann, ob es weiter an den Gruppenangeboten teilnehmen möchte.

Für die Gruppenaufnahme gelten verbindliche Strukturen wie z.B.: rechtzeitige Absage bei Nichterscheinen des Kindes oder der Eltern, regelmäßiger Elternkontakt, Nachfragen bei Nichterscheinen des Kindes zu Hause. Verbindliche Absprachen zwischen Pädagogen und Eltern/Kindern sollen eingehalten werden.

Für die Pädagogen gelten folgende Grundsätze:

- daß sie auf konstante und verständliche Gruppenregeln achten;
- feste Zeitvorgaben einhalten, in denen die Kinder sich darauf verlassen können, daß die Pädagogen für sie da sind;
- daß sie als Erwachsene in dieser Zeit die Verantwortung für das Geschehen in der Gruppenstunde tragen;
- daß sie Schutz und Sicherheit bieten sowie der Schweigepflicht unterliegen.

Ziel des sozialpädagogisch-therapeutischen Angebotes ist es, die Suchterkrankung der Eltern zu enttabuisieren und den Kindern wieder einen Zugang zu den eigenen zentralen Gefühlen zu verschaffen. Der geschützte Raum der Gruppe ermöglicht den Kindern ein ‚Wieder-Kind-sein-können‘, und bietet durch positive Lernerfahrungen Gelegenheit zur sozialen Nachreifung. Das Einüben und Experimentieren mit neuen Rollen kann dazu beitragen, die bestehenden Rollenfixierungen zu überwinden.

Das pädagogische Handeln der Gruppenleiter ist geprägt von Stabilität, Verlässlichkeit, Wertschätzung und Transparenz. Methodisch wird viel mit Rollenspielen (psychodramatische Techniken), kreativen Materialien, Fantasiereisen, themenzentrierten Gesprächen, Entspannungsübungen, Handpuppen, Körperarbeit und Spielen gearbeitet. Dabei wird kein dogmatisches Programm von den Gruppenleitern aufgezwungen, sondern das Angebot wird von den Kindern mit Hilfe der Gruppenleiter konzipiert. Der dynamische Gruppenprozeß steht bei allen Angeboten im Vordergrund.

Das Gruppenangebot basiert auf einem ritualisierten Ablauf, der den Kindern Sicherheit, Stabilität und Verlässlichkeit bietet. Die Gruppenstunde beginnt mit einer Eingangs-runde, bei der jedes Kind seine Befindlichkeit äußern kann und Auskunft über seinen Wochenrückblick gibt. Danach gibt es ein gezieltes Spiel- und Übungsangebot, eine Phase für das freie Spiel (Zeit zum Toben), eine Phase, in der gemeinsam ein kleiner Imbiß gegessen wird und schließlich ein Abschlußritual.

Als Besonderheit bei diesem Projekt werden neben dem wöchentlich stattfindenden Gruppenangebot noch zusätzlich Workshops (Maskenbau), kulturpädagogische Angebote (Ausstellungen, Theater) sowie eine sozialpädagogische Intensivwoche in den Herbstferien angeboten.

Im Abschlußbericht für das Jahr 1999 kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daß durch die geleistete Arbeit und die entsprechende Methodik im Laufe der Betreuung positive Veränderungen im Befinden und Verhalten der Kinder hergestellt werden konnten. Insbesondere konnte eine Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Abbau von

Versagens- und Verlustängsten, eine Erhöhung der sozialen und kommunikativen Kompetenzen, eine Stärkung des Selbstwertgefühls sowie ein besserer Zugang zur eigenen Gefühlswelt festgestellt werden. Auch die Reflexion zu der geleisteten Elternarbeit wurde positiv bewertet. Die Kommunikationsfähigkeit und das Erziehungsverhalten der Eltern wurden insgesamt positiver bewertet als zu Beginn des Projekts.

Zum Abschluß fordern die Autoren, eine verbindliche Angebotsstruktur für Kinder von Suchtkranken im Rahmen der Suchthilfe zu etablieren. Dies könnten beispielsweise Fachstellen bzw. Koordinationsstellen zum gegebenen Thema sein, die in Fachambulanzen/Suchtberatungsstellen etabliert werden könnten. Diese wären dann für Einzel- und Gruppenarbeit mit Kindern und deren Eltern zuständig sowie für Vernetzungsarbeit, Präventions- und Öffentlichkeitsarbeit.

4.5 „Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker“ (Balingen)

Dieses Angebot für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien wird seit 1990 durch den Freundeskreis für Suchtkrankenhilfe Zollernalb e.V. in Kooperation mit einer freien heilpädagogisch-psychologischen Praxis durchgeführt. Es richtet sich sowohl an Kinder und Jugendliche, die aus Familien stammen, deren Eltern Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen konsumieren, als auch an Kinder, deren Elternteile bereits abstinent leben. Voraussetzung für die Gruppenaufnahme ist eine Gruppenfähigkeit der Kinder und das Fehlen einer eigenen Problematik, die ihre Integration in die Gruppe derzeit nicht ermöglicht.

Hinsichtlich der Finanzierung des Projekts werden unterschiedliche Quellen genannt. Die Personal- und Sachkosten werden einerseits durch Fördermittel der Jugendhilfe im Rahmen des präventiven Kinder- und Jugendgesetzes (§14 KJHG) getragen, andererseits durch eine Zuschußpauschale von den jeweiligen gesetzlichen Krankenkassen der versicherten Kinder. Daneben stehen auch noch Spenden und der Eigenleistungsbeitrag der betreuten Familien (5 DM pro Angebot) zur Verfügung.

Die konzeptionelle Gestaltung der präventiven Gruppenarbeit, die in Kombination mit begleitender Elternarbeit geschieht, basiert auf dem Hintergrund eines systemisch-ressourcenorientierten Ansatzes, der den betroffenen Kindern eine Möglichkeit bietet, ihre sozialen Entwicklungserfahrungen anzuregen und zu fördern. Die soziale Gruppenarbeit ist nicht problemorientiert angelegt, sondern will den Kindern einen sozialen

Lernraum anbieten „*indem bedeutsame Sozialisationserfahrungen gemacht werden können und die jeweiligen altersangemessenen Entwicklungsaufgaben ... in ihrer Bewältigung begleitet und unterstützt werden können.*“ (Mayer 1998, S. 39). Der Fokus dieses Angebotes liegt demnach in einer zeitlich begrenzten Begleitung der Kinder und Jugendlichen und ihrer Bezugspersonen während eines schwierigen Lebensabschnittes.

Die umfangreiche, von Ehrenfried et. al. (1998) entwickelte Konzeption zeichnet sich durch eine ausführliche theoretische Schilderung der psychischen, physischen und sozialen Situation der betroffenen Kinder aus. Anhand der Rollenmodelle von Wegscheider werden anschaulich die unterschiedlichen Interaktionsmuster in Suchtfamilien dargestellt, deren Bedeutung für die psychische Entwicklung erklärt und Unterstützungsvorschläge für die praktische Arbeit mit ihnen vorgestellt. Die methodisch-didaktische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien nimmt einen weiteren zentralen Stellenwert ein. So stellen die Autoren in ihrer Publikation explizit den gruppentherapeutischen Prozeß vor und gehen auf die jeweiligen phasenspezifischen Schwierigkeiten detailliert ein (ausführlich hierzu siehe Kapitel 5.1-5.2). Weiterhin werden konkrete Spiele und Übungen zu Körperwahrnehmung, Körperkontakt, Entspannung, Bewegung und zur Sinneswahrnehmung angeboten. Durch Fallbeispiele aus der Praxis werden die jeweiligen Themen (Aggression, Gruppenbeginn, Elternarbeit, Beziehungsgestaltung) anschaulich aufbereitet und vertieft. Auch die Einzel- und Gruppenarbeit mit Jugendlichen und ihren besonderen Problemkonstellationen findet in dieser Konzeption Berücksichtigung. Hierbei geht es um zentrale Probleme wie Individuation, Autonomiebestrebungen sowie Sucht und Familie.

Primäre Bedeutung erfährt ebenfalls die Elternarbeit und die Arbeit mit Bezugspersonen. Hierbei werden unterschiedliche pädagogisch-therapeutische Grundannahmen für die Arbeit mit diesen vorgestellt, die von einer klientenzentrierten Perspektive über eine verhaltenstherapeutische Perspektive bis hin zu einer systemorientierten und entwicklungspsychologischen Perspektive reichen und zentrale Themen bei der Arbeit mit Bezugspersonen vorstellen.

Bevor das Kind in die Gruppe aufgenommen werden kann, wird mit den Klienten ein Familiengespräch vereinbart, bei dem die Rahmenbedingungen und Erwartungen sowie die Motivation der Klienten geklärt werden (Freiwilligkeit, Verbindlichkeit, Entrichtung eines Teilnahmebeitrages). Im Rahmen des Abklärungsgespräches wird keine spezielle

Eingangsdagnostik durchgeführt, da es sich bei dem Angebot nicht um eine rein therapeutische Gruppenarbeit handelt.

Die Gruppenkonzeption sieht ein wöchentliches Angebot (90 Minuten) für die Kinder und Jugendlichen vor: In diesem Rahmen werden maximal acht Kinder oder Jugendliche betreut. Das Angebot erstreckt sich auf einen Zeitraum von ein bis eineinhalb Jahren. Neben den wöchentlich stattfindenden Gruppenangeboten werden noch besondere Unternehmungen z.B. Tagesausflüge oder externe Treffen angeboten. Das Mitarbeiter-team ist multidisziplinär zusammengesetzt und besteht aus einer Erzieherin, einer Heilpädagogin sowie einem Heilpädagogen und einem Diplompsychologen mit familientherapeutischer Zusatzausbildung. Alle Mitarbeiter des Teams verfügen über eine mehrjährige praktische Erfahrung in der Kinder- und Jugendarbeit sowie über Erfahrung in der Arbeit mit Suchtkranken. Die Kinder- und Jugendgruppe wird von einem Gruppenleiterpaar geleitet, um den Teilnehmern Übertragungsbeziehungen anbieten zu können.

Ziel der Gruppenarbeit ist es, die sozialen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen zu fördern und ihnen positive soziale Erfahrungen in der Gruppe zu ermöglichen, die eine soziale Nachreifung und eine Persönlichkeitsentwicklung anregen. Das Gruppenangebot will sichtbare Problematiken der Kinder (Kontaktprobleme, Schüchternheit, Aggressivität) bearbeiten und neue Impulse innerhalb der familiären Kommunikation ermöglichen. Bei den präventiven Zielen geht es um die Verhinderung einer sich möglicherweise entwickelnden Suchterkrankung, um eine kritische und selbstverantwortliche Haltung im Umgang mit Alltagsdrogen und das Erkennen eigener suchtspezifischer Verhaltensansätze (Mayer 1998, S. 53 - 54).

Weiterhin nimmt die Elternarbeit im Form von Eltern-/Familiengesprächen nach Bedarf und Elternabenden (einmal vierteljährlich) sowie ein gemeinsames Familienwochenende und ein Abschlußgespräch mit den Eltern und ihrem Kind einen wichtigen Stellenwert innerhalb dieses Konzeptes ein.

Über den genauen methodisch-didaktischen Gruppenstundenverlauf gibt es keine ausführliche Darstellung. Es wird lediglich kurz angeführt, daß das Freispiel, der Umgang mit kreativen Materialien (Ton, Farben), Körper- und Bewegungsübungen und gemeinsame Feiern und Unternehmungen Bestandteil des Gruppenangebotes sind.

Abschließend wird noch ein Einblick in die Präventions- und Multiplikatorenarbeit gegeben, aus der dann Forderungen für die Zukunft bei der Arbeit mit Kindern aus Suchtfamilien abgeleitet werden. Diese beinhalten eine qualifizierte Ausbildung der

Fachkraft durch Fort- und Weiterbildungsprogramme, in der sowohl sozialpädagogisches als suchttherapeutisches Basiswissen vermittelt werden sollte. Weiterhin wird eine enge Vernetzung und Kooperation verschiedener sozialer Einrichtungen und Fachdienste angestrebt, damit auch die schwer erreichbaren Klienten einbezogen werden können. Für die Arbeit mit Kindern aus Suchtfamilien ist es nach Auffassung der Projektverantwortlichen unerlässlich, eine solide, langfristig angelegte organisatorische und finanzielle Konzeption vorzulegen, die durch die Verbände der freien Wohlfahrtspflege getragen wird, aber auch Unterstützung auf Bundes- und Länder- sowie auf kommunaler Ebene findet. Schließlich plädieren die Autoren für eine größere Sensibilisierung aller Multiplikatoren und Mediatoren bezüglich der Situation von Kindern aus Suchtfamilien. Als Besonderheit geht aus diesem Projekt ein gemeinsames Familienwochenende mit Gruppenleitern und Kindern sowie deren Familien hervor.

4.6 „Das sind wir“. Reden - Fühlen - Vertrauen - Spielen (Altenkirchen)

Ausgehend von der Notwendigkeit, ein Angebot für Kinder von Suchtkranken in der Region Altenkirchen zu schaffen, bietet die Suchtpräventionsstelle des Diakonischen Werkes für das Jahr 1999 konkrete Maßnahmen zur Unterstützung der Kinder. Über die Finanzierungsweise des Projektes liegen keine Informationen vor.

Seine pädagogischen Grundprinzipien basieren auf einem kindzentrierten Arbeitsansatz. Die Gruppenleiter verstehen sich als Anwalt des Kindes. Daher stehen die Wahrnehmung und Vertretung der kindlichen Bedürfnisse und Interessen gegenüber den Eltern im Vordergrund.

Zu Aufgaben des Projekts zählen:

- die Öffentlichkeitsarbeit;
- Elternarbeit;
- Schulung von Multiplikatoren;
- ein spezielles Angebot für die Kinder.

Das Gruppenprogramm für Kinder richtet sich an sechs bis acht Mädchen und Jungen im Alter von 7-12 Jahren. Das vierzehntägig stattfindende Gruppenangebot ist für eine geschlossene Gruppe konzipiert und umfaßt 12 Gruppensitzungen, die jeweils einenhalben Stunden dauern. Diese werden von einem Suchttherapeuten mit psychodramatischer Zusatzausbildung und einer Erzieherin/Heilpädagogin geleitet, die über langjährige Erfah-

rung in der Arbeit mit Kindern von suchtkranken Eltern in der Refugium-Fachklinik Altenkirchen verfügt. In einem Vorgespräch werden Eltern und Kindern die Rahmenbedingungen der Gruppe (Freiwilligkeit, kontinuierliche Teilnahme, Schnuppermöglichkeit, Schweigepflicht) ausführlich mitgeteilt und die Motivation zur Gruppenteilnahme geklärt. Zu den Rahmenbedingungen gehört, daß Geschwisterkinder nicht gemeinsam an der Gruppe teilnehmen sollen. Das Einverständnis zur Gruppenteilnahme muß von beiden Eltern vorliegen, ebenso müssen diese ihrem Kind eine „Sprecherlaubnis“ erteilen.

Als Hauptziele des Gruppenangebotes werden die Entlastung der Kinder, das Erleben von Akzeptanz und das Erfahren von Kontakt und Lebensfreude in einem außerfamiliären Zusammenhang genannt. Die Angebote wirken präventiv und fördern ganzheitlich die Persönlichkeit des Kindes.

Die Elternarbeit soll eine Sensibilisierung für die Auswirkungen der Suchtentwicklung auf die Kinder und die Enttabuisierung des Themas Sucht in der Familie fördern und die Erziehungskompetenz der Eltern stärken.

Bei der praktischen Arbeit achten die Gruppenleiter auf ein strukturiertes und transparentes Vorgehen mit entsprechendem Aufbau des Angebotes. Bei der Planung des Angebotes ergibt sich eine Kombination von themenzentrierten und bedürfnisorientierten Anteilen. Es werden aber auch Freiräume für individuelle und gruppenspezifische Prozesse angeboten.

Durch die spezielle Zusatzausbildung der Gruppenleiter wird die Arbeit mit den Kindern durch psychodramatische Elemente und Ansätze aus der Psychomotorik ergänzt.

Weiterhin arbeiten die Pädagogen mit Märchen/Geschichten, Handpuppen, Rollenspielen, Gefühls- und Körperübungen sowie Entspannungsübungen, Wahrnehmungsübungen, verschiedenen Interaktions- und Bewegungsspielen sowie Musik- und Malangeboten.

Der Ablauf der Gruppenstunde wird durch einen strukturierten Rahmen für die Kinder transparent und nachvollziehbar. Er bietet Orientierung und Sicherheit ohne die individuellen Belange der Kinder zu vernachlässigen und ist wie folgt gegliedert:

1. Gemeinsames Essen und Trinken;
2. Spiel und Bewegung;
3. Aktuelle Runde (Blitzlicht);
4. Thematische Arbeit;

5. Spiel;

6. Abschlußkreis, Abschlußritual.

Themen der 12 strukturierten Gruppensitzungen sind u.a.: Wir lernen uns kennen, ich und die Gruppe, ich und meine Familie, Gefühle: Ärger, Wut, Aggression, Angst, Anspannung, Entspannung, Familie und Sucht, Rollen und Rollenwechsel (schminken, verkleiden, Rollenspiele), ich und meine Wünsche, Abschied.

Am Ende der Angebotsreihe findet mit den Eltern ein Abschlußgespräch statt. Hierbei reflektieren Gruppenleiter und Eltern gemeinsam die psychosoziale Entwicklung des Kindes. Eventuelle Weiterbetreuung oder andere Hilfsangebote können hier angesprochen werden.

4.7 „Kinder aus Suchtfamilien“ (Schaumberg-Blies)

Obwohl der Bedarf und die Notwendigkeit innerhalb der Suchtberatungsstelle bereits mehrere Jahre zuvor festgestellt wurde, konnte erst 1997 in der Beratungsstelle Neuenkirchen/St. Wendel eine Kindergruppe für Kinder von Suchtkranken angeboten werden. Aufgrund der spezifischen Kompetenz der Suchtberatungsstelle sollte für die betroffenen Kinder ein Angebot aus dem Blickwinkel der Sucht heraus realisiert werden, das über die wohl vorhandenen Verbindungen im medizinisch-psychosozialen Bereich hinausging. Zur Finanzierungfrage dieses Projektes liegen keine Angaben im Konzeptionsbericht von 1997 vor. Das Gruppenangebot der Pädagogen ist durch Nondirektivität und Klientenzentriertheit gekennzeichnet und orientiert sich am Freiburger Modell, das für Scheidungskinder entwickelt, jedoch auf die Spezifika von Kindern von Suchtkranken hin überarbeitet wurde.

Als wichtige Ziele dieses Konzeptes werden genannt:

- den Kindern in einem geschützten Rahmen in Abwesenheit von Autoritätspersonen, von denen die Kinder direkt abhängig sind, Ausdrucksmöglichkeiten zu schaffen;
- die Steigerung der Ausdrucks- und Erlebnisfähigkeit;
- der Abbau von Scham- und Schuldgefühlen und Durchbrechen der inneren Isolation;
- die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit gegenüber den Eltern;
- ein besseres Verstehen der Suchtdynamik innerhalb der Familie.

Zu den konzeptionellen Grundsätzen zählt die Arbeit mit einer zeitlich begrenzten geschlossenen Gruppe (3-5 Monate), die aus Sicht der Pädagogen das bisher unaussprechliche Problem Sucht in einen festen Rahmen einbindet und dadurch leichter operationalisierbar macht. Das Gruppenangebot findet wöchentlich statt, dauert 75 bis 90 Minuten und ist für Kinder im Schulalter konzipiert. Die Kinder erhalten die Möglichkeit durch eine ‚Schnuppergruppenstunde‘ das Angebot zu testen, um sich anschließend für oder gegen die Teilnahme an der Gruppe zu entscheiden. Durch indirekte Methoden z.B. Tobespiele, Körpererfahrungsspiele, Interaktionsspiele, geleitete Imaginationen, Phantasien, Entspannungsreisen, verschiedene Gestaltungselemente, Malen, Arbeiten mit Ton, Rollenspiele, themenzentrierte Einheiten und Musik werden den Kindern Angebote gemacht, über ihre Gefühle, Erfahrungen oder über ihre Probleme zu sprechen oder diese darzustellen. Anfangs- und Schlußrituale sowie ritualisierte Spiele bilden einen integralen Bestandteil der Arbeit (Caritasverband 1997).

Die Arbeit mit den Kindern und den Eltern wird getrennt und von zwei unterschiedlichen Beratern angeboten, damit der durch die Kindergruppe geschaffene geschützte Raum gewahrt bleibt. Ohne die Einwilligung des Kindes dürfen keine Informationen, die das Kind betreffen, an die Eltern weitergegeben werden.

Parallel zur Förderung der Kinder findet ein Beratungsangebot für Eltern und Angehörige statt. Dieses verfolgt das Ziel, durch ein ressourcenorientiertes Arbeiten die Integration des tabuisierten Erfahrungsbereichs Sucht in der Familie zu ermöglichen, und bietet Gelegenheit, über die Situation des Kindes vor und während der Kindergruppenzeit zu reflektieren. Auch die Frage nach weiterführenden Hilfen für das Kind kann hier geklärt werden.

Das Gruppenangebot findet in einem separaten Gruppenraum statt und wird von einer sozialpädagogischen Fachkraft geleitet, die durch die Arbeit in einer Erziehungsberatungsstelle über Vorerfahrungen in der Arbeit mit Kindern verfügt. Diese arbeitet als Honorarkraft und wird vom Caritasverband des Ortes finanziert.

Hinsichtlich der Indikationsstellung für dieses Angebot werden Kinder aus Suchtfamilien aufgenommen, die jedoch über eine Gruppenfähigkeit verfügen müssen und die nicht den konzeptionellen Rahmen sprengen wie z.B. massiv traumatisch verletzte Kinder.

4.8 Working with children of alcoholics (USA)

In dem von Robinson und Rhoden 1998 vorgestellten Konzept „working with children of alcoholics“, wird einleitend eine systemische Perspektive auf die Familie vorgestellt. Im Vordergrund stehen zentrale Begriffe wie: Familienstruktur, Familienhomöostase, Familiengrenze, Familienrituale, Familienaufgaben, Familienidentität, Familienentwicklung und Stress, emotionales Familienklima etc. Es wird auf das Interaktionsverhalten in der alkoholbelasteten Familie durch das bekannte Rollenmodell von Wegscheider verwiesen und gleichzeitig für die betroffenen Kinder praktische Hilfestellung bei der Überwindung der Rollenfixierungen gegeben.

Die aufkommenden Gefühle der Kinder während des Alkoholkonsums in der Familie werden anschaulich dargestellt. Hierbei verweisen Robinson und Rhoden allgemein auf die dringende pädagogische Notwendigkeit, die Kinder zu ermutigen, das Beste aus ihrer mißlichen Lage zu machen, indem sie gut für sich sorgen. Pädagogen und Fachleute sollten dazu beitragen, indem sie

- Kinder darin bestärken, daß nicht sie, sondern ihre Eltern für das Alkoholproblem verantwortlich sind;
- Kinder dazu anhalten, eigene Entscheidungen, z.B. bezüglich ihrer Freizeitgestaltung zu treffen und ihnen damit ein Gefühl für die eigene Handlungsfähigkeit im Alltag vermitteln;
- es vermeiden, Kinder überzubehüten, sondern ihnen statt dessen klare Vorgaben machen und Grenzen setzen;
- den Kindern ein Beziehungsangebot machen, ohne zu versuchen die Vater- bzw. Mutterrolle zu übernehmen;
- den Kindern ein positives, jedoch nicht klischeehaftes Bild von Familie vermitteln;
- davon ausgehen, daß die Auffälligkeiten der Kinder reversibel sind;
- den Kindern helfen, Gefühle auszudrücken;
- Kindern Rückzugsmöglichkeiten einräumen und sie nicht bedrängen;
- den Kindern helfen, Selbstvertrauen zu gewinnen und dadurch auch wieder vertrauensvolle Beziehungen zu anderen aufbauen zu können;
- die Kinder darin unterstützen, kindliche Bedürfnisse spielerisch auszuleben.

Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit den Gefahren und Risiken für die Entwicklung und das Verhalten von Kindern aus Familien mit einem alkoholabhängigen Eltern-

teil, wie z.B. das fetale Alkoholsyndrom, psychosomatische Störungen, körperlichen und psychischen Mißbrauch. Hierbei erhält der Pädagoge anschauliche Hinweise für seine Arbeit nach einem ressourcenorientierten Ansatz. Dieser beinhaltet ein interdisziplinäres Vorgehen bei der Hilfestellung und Unterstützung für die Kinder.

Ein wesentliches Merkmal darin ist die Betonung der Stärken der Kinder und die Würdigung der bisherigen Problembewältigung innerhalb des familiären Kontextes. Aber auch Streßmanagement ist Bestandteil dieses Ansatzes.

Ein besonderer Schwerpunkt dieser Konzeption liegt auf der Diagnostik. Hier werden ausführlich diagnostische Kriterien und Testverfahren (*the children of alcoholics screening test, screening Interview for identifying Teenagers with Problem-Drinking Parents*) für Vorschulkinder, Schulkinder und Jugendliche vorgestellt (siehe Robinson & Rhoden 1998, S. 112ff.).

Robinson und Rhoden stellen in ihrer Arbeit verschiedene amerikanische Interventionsprogramme vor, die psychoedukativen Charakter besitzen und für Schulkinder entwickelt wurden. Die Wirksamkeit solcher Programme ist unabhängig davon, ob Eltern ihr abhängiges Verhalten aufgeben oder nicht. „*Children must have a distinct and separate treatment program on their own, regardless of whether or not the parent is recovering from alcoholism*“ (Robinson & Rhoden 1998, S. 148).

Als Beispiel für ein gelungenes Schulprojekt stellen Rhoden und Robinson das Programm der Phoenix Union High School in Arizona vor. Das Programm basiert auf zwei Eckpfeilern. Erstens - präventiv - der Aufklärung über das Thema Drogenmißbrauch, zweitens konkreten Hilfen bei der Bewältigung bestehender Probleme, die durch Drogenmißbrauch hervorgerufen wurden. Hierbei werden unterschiedliche Berufsgruppen innerhalb des Schulsystems mit einbezogen. Die Berufsgruppe der Lehrer wird besonders hervorgehoben, da sie einen relativ langen und regelmäßigen Zeitraum mit den Schülern verbringen und als Vertrauenspersonen somit gute Möglichkeiten haben, auf die Schüler einzuwirken. Ein besonderer Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Sensibilisierung der Schüler zum Thema Drogenmißbrauch. Außerdem sollen die Schüler dazu angeregt werden, sich auch gegenüber ihren Mitschülern verantwortlich zu zeigen. Solidarität und Anteilnahme sind wichtige Lernziele dieses Projekts. Das Angebot richtet sich an Schüler bis zu 16 Jahren, die entweder selber abhängig sind, mit einem abhängigen Familienmitglied leben oder durch andere Probleme gefährdet sind, eine Substanzabhängigkeit zu entwickeln. Für die Schüler besteht die Möglichkeit, an wöchentlich

stattfindenden themenzentrierten Gruppenangeboten teilzunehmen, die von speziell geschulten Pädagogen geleitet werden. Da das Schulsystem in den USA ein anderes ist als das in Deutschland, läßt sich dieses Programm nicht ohne weiteres auf deutsche Schulen übertragen.

Bei der Auswertung dieses Programmes zeigte sich, daß von 335 Schülern 73% positive Problemlösungsstrategien erlernten und ihre Gefühle in einer positiven Weise ausdrücken konnten. 61% der Schüler, die vorher Alkohol oder Drogen konsumierten, reduzierten ihren Konsum oder stellten ihn sogar ganz ein. 71% der Schüler entwickelten ein stabileres Selbstwertgefühl. Generell reduzierten sich Fehlzeiten, die Beteiligung am Unterricht stieg und die Schüler hatten mehr Spaß am Unterricht (Robinson & Rhoden 1998, S. 150). Aber auch in der Gruppe der Studenten kann beispielsweise durch ein entsprechendes Lehrangebot in den Fächern Soziologie, Psychologie und anderen die Auseinandersetzung mit der Problematik des Substanzmißbrauchs gefördert werden. Ebenso können auch hier Hilfen installiert werden. Besonders in die Programme amerikanischer treatment center wurden seit 1987, initiiert durch die Forderung der National Association for Children of Alcoholics, spezielle Komponenten installiert, die die Kinder betroffener Familien einbezogen.

Die bereits in Kapitel 3.7 vorgestellten Prinzipien für die Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien stellen eine wichtige Grundlage des Gruppenprogramms dar. Diese werden in der Gruppenarbeit mit Kindern ausführlich besprochen und bearbeitet und sind Basis für das Hilfsprogramm. Für den Helfer bedeutet dies, daß er eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen muß, damit die Kinder sich ihm anvertrauen können. Dies ist ein langwieriger Prozeß, der viel Geduld erfordert. Der Helfer soll zum Verbündeten und Anwalt des Kindes werden.

Zum Abschluß des Kapitels stellen Robinson und Rhoden verschiedene methodische Ansätze für die Kindergruppenarbeit vor. Eine wichtige Funktion erhält das kindliche Spiel. In verschiedenen Formen z.B. dem freien Rollenspiel, dem Phantasiespiel, den nicht wettbewerbsorientierten Spielen sowie dem Psychodrama erlernt das Kind Konflikte auszutragen, Rollen, Regeln und soziale Normen zu verinnerlichen, Gefühle auszudrücken und sich dem Tabuthema Alkohol- Drogenmißbrauch zu nähern und alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Aber auch kreative Methoden, Bibliotherapie und der Einsatz von Filmen zur Thematik stellen Zugangswege zur kindlichen Erlebniswelt dar.

Abschließend kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daß Gruppenarbeit sich positiv auf die Kinder auswirkt, da in der Gruppe das Schweigen gebrochen wird, sie die Solidarität der anderen Teilnehmer erfahren, die Gruppe einen geschützten Rahmen und die Chance bietet, daß die Kinder gesunde soziale Interaktionsmuster entwickeln. Weiterhin schafft das Gruppenkonzept die Möglichkeit, den Kindern zu helfen, ihr inneres Gleichgewicht zu finden, indem unterschiedliche Ebenen (physische, mentale, soziale, emotionale, geistige und spirituelle) angesprochen werden.

4.9 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Projekte

Eine vergleichende Betrachtung zeigt, daß die in dieser Arbeit analysierten Konzeptionen sozialer Gruppenarbeit für Kinder aus suchtselasteten Familien ein beträchtliches Maß an Übereinstimmungen aufweisen. Solche Übereinstimmungen finden sich beispielsweise in der Zielstruktur. Hier steht die präventive Arbeit zur Suchtverhinderung im Vordergrund. Die Arbeit soll dem Beginn einer möglichen Suchtkarriere entgegenwirken, indem sie Ressourcen der Kinder mobilisiert, innerhalb der Gruppe deren soziale Nachreifung ermöglicht und so die Persönlichkeitsentwicklung fördert. Über die Stärkung des einzelnen Kindes hinaus strebt soziale Gruppenarbeit für Kinder aus suchtselasteten Familien eine Verbesserung der familiären Gesamtsituation an. Hier geht es vor allem darum, die Erziehungskompetenz der Eltern zu stärken und auf positive Veränderungen in den Eltern-Kind-Beziehungen hinzuwirken. Daher nimmt die Elternarbeit in Form von Elterngesprächen, Familiengesprächen und Elternabenden in allen hier untersuchten Konzeptionen einen zentralen Stellenwert ein. Hierbei lassen sich zwei unterschiedliche Herangehensweisen unterscheiden: Während bei einem Teil der Projekte die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken und das daraus resultierende Hilfsangebot für diese im Vordergrund steht (z.B. MAKs), verfolgt der andere Teil der Projekte eher einen familiensystemischen Arbeitsansatz (z.B. Kolibri, Balingen, Neuss und Altenkirchen), der durch einen primären Zugang über die Eltern erfolgt und dessen Arbeitsfeld die konkrete Familienarbeit betrifft. Die Kinder werden als Teil des Systems Familie betrachtet. Ziel des familienorientierten Hilfeansatzes ist es, *„die suchtabhängigen Eltern an das bestehende Suchthilfesystem heranzuführen und ... für die Kinder Hilfen im Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendhilfe zu geben“* (Puxi & Kremer 1999, S. 24).

Aus den verfügbaren Unterlagen geht jedoch nicht immer eindeutig hervor, welchen expliziten Schwerpunkt die jeweilige Konzeption verfolgt.

Gemeinsam ist den meisten Konzeptionen, daß sie sozialpädagogische und therapeutische Ansätze miteinander vermengen. Während sozialpädagogische Ansätze eher den gesamten sozialen Lebenszusammenhang der Klienten berücksichtigen und pädagogische Zielsetzungen verfolgen (im Sinne einer Ermöglichung sozialer Lernprozesse), steht bei therapeutischen Ansätzen entweder das Individuum an sich oder, unter Einbeziehung seines sozialen Umfeldes (Eltern, Ehepartner, Kinder), die Entwicklung von neuen Verhaltensweisen im Vordergrund, die auf eine Verbesserung der Gesamtsituation der Klienten hinwirken.

Die überwiegend nondirektiv angelegten Angebote arbeiten zumeist ressourcenorientiert und setzen unterschiedliche pädagogische Arbeitsformen variabel ein. Dazu zählen insbesondere Elemente aus der Spielpädagogik, der Erlebnispädagogik und dem Rollenspiel. Das Experimentieren der Kinder mit kreativ-künstlerischen Ausdrucksformen bildet ebenfalls einen zentralen Bestandteil der Gruppenarbeit. Für diese Arbeit steht in allen Modellprojekten ein eigens dafür geschaffener, reizarm ausgestatteter Gruppenraum zur Verfügung. Balingen und Neuss verfügen zusätzlich über Werkräume. In einigen Städten (Freiburg, Neuss) können die Gruppen einen Garten nutzen. Auffallend ist der vermehrte Einsatz von psychodramatischen Techniken in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Diese wurden vor allem in den Projekten von Bergisch-Gladbach, Neuss, Altenkirchen und den USA eingesetzt.

Bis auf zwei Gruppen (Bocholt und Schaumberg-Blies) arbeiten alle Modellprojekte mit einem gemischtgeschlechtlichen Leiterpaar, um durch diese „Modelleltern“ positive soziale Lernerfahrungen zu ermöglichen und Übertragungsmöglichkeiten für die Kinder zu eröffnen. Nahezu alle der hier untersuchten Konzeptionen heben die Bedeutung ritualisierter Elemente für das Angebot der Gruppe hervor. Hierzu zählen beispielsweise gemeinsame Mahlzeiten sowie Anfangs- und Endrunden (Blitzlicht).

In methodischer Hinsicht stehen neben Gemeinsamkeiten auch mehrere markante Unterschiede, zunächst hinsichtlich der Gruppenformen: Während die Modellversuche in Balingen, Schaumberg-Blies und Altenkirchen mit geschlossenen Gruppen arbeiten, setzten die Konzeption von Bergisch-Gladbach und Freiburg auf halb-offene, fortlaufende Gruppenstrukturen. Unterschiede finden sich darüberhinaus in der zeitlichen Dauer des Angebots und der Länge der Gruppenstunde. Diese variieren zwischen 16 Wochen

(Altenkirchen) und eineinhalb Jahren (Balingen) bzw. von 75 (Schaumberg-Blies) bis 120 Minuten (Neuss), ohne daß sich aus den Konzeptionen immer Gründe für die jeweilige Zeitdauer herleiten lassen. Hinsichtlich der Gruppengröße hat sich eine Anzahl von sechs bis acht Kindern pro Gruppe in allen Projekten als günstig erwiesen.

Unterschiede zwischen den einzelnen Konzeptionen ergeben sich ferner aufgrund der unterschiedlichen psychotherapeutischen Zusatzausbildung der Gruppenleiter. Während beispielsweise die Gruppen in Altenkirchen, Bergisch-Gladbach, USA und Neuss zusätzlich auf psychodramatische Techniken zurückgreifen, nutzen die Mitarbeiter des Bocholter Kolibri-Modells einen systemisch-familienorientierten Ansatz, RET, Gesprächspsychotherapie sowie Kunsttherapie, während in Balingen und Bergisch-Gladbach auch heilpädagogische Elemente eine Rolle spielen.

4.10 Kritik

Stellt man die überaus knappen Mittel in Rechnung, die zur Betreuung von Kindern aus Suchtkrankenfamilien zur Verfügung stehen, kann die pädagogische Arbeit, wie sie sich in den Konzeptionen darstellt, insgesamt als zufriedenstellend bezeichnet werden. Die Vermittlung theoretischer Elemente und praktischer Handreichungen ist in der US-amerikanischen Konzeption „Working with children of alcoholics“ besonders überzeugend gelöst, da sie Theorie und Praxis in gelungener Weise verbindet.

Gleichwohl bieten die meisten Modellprojekte breiten Raum für Verbesserungen organisatorischer und inhaltlicher Natur. Unter den organisatorischen Problemen, mit denen alle deutschen Modellprojekte in ähnlicher Weise zu kämpfen haben, ragt die Finanzierungsproblematik besonders dramatisch hervor. Während die Suchthilfe für alkoholabhängige Erwachsene inzwischen über ein dichtes, durch Sozialversicherungsträger, freie Wohlfahrtsverbände und kommunale Beratungseinrichtungen getragenes Netz von Hilfsangeboten verfügt, kränken entsprechende Programme für Minderjährige an der unzureichenden Institutionalisierung, so daß deren Finanzsituation oft prekär und lediglich kurz-, bestenfalls mittelfristig gesichert ist.

Diese Problematik wird durch das Fehlen empirisch fundierter wissenschaftlicher Begleituntersuchungen zusätzlich verschärft. Da gesicherte Aussagen über positive Wirkungen solcher Projekte bislang nur in zwei Fällen vorliegen (Bochholt, USA), sind potentielle Finanzierungsträger oft nur schwer zur Zusammenarbeit zu gewinnen. Um die bisherige Arbeit mit Kindern aus Suchtfamilien erhalten und ausbauen zu können,

muß eine gesicherte Finanzierung ein zentrales Anliegen der in diesem Arbeitsfeld Tätigen bleiben.

Auch ist es im Zuge der Qualitätssicherung unerlässlich, die Arbeit auf schlüssige und wissenschaftlich fundierte Konzepte zu gründen, damit ein Maßstab zur Überprüfung der angestrebten Zielvorstellungen gegeben ist.

Auffallend bei den hier untersuchten Modellprojekten ist, daß alle Konzeptionen für Schulkinder oder wie in Balingen auch für Jugendliche konzipiert wurden. Die Gruppe der Vorschulkinder wird nur im Freiburger und Bergisch-Gladbacher Modell angesprochen. Dabei handelt es sich entweder um eine sozialpädagogisch angeleitete Mutter- und-Kind-Spielgruppe (Bergisch-Gladbach), oder um eine Gruppe für Kinder im Alter von 4-6 Jahren, die in einem sozialpädagogischen Gruppenangebot von einer Sozialpädagogin betreut werden (Freiburg). Robinson und Rhoden (1998) betonen in diesem Zusammenhang gerade hier die besondere Bedeutung frühzeitig einsetzender Interventionen zugunsten unterstützungsbedürftiger Kinder aus dieser Altersgruppe. Überträgt man diesen Befund auf die deutschen Verhältnisse, scheint es dringend geboten, auch hier ein größeres suchtpädagogisches Angebot und mehr Sensibilität für diese Zielgruppe zu entwickeln.

Dies ist nicht das einzige Defizit der hier analysierten Konzeptionen. So fehlen bei fast allen Konzeptionen (Ausnahme Freiburg und Bocholt: eigene Mädchengruppe) geschlechtsspezifische Angebote, insbesondere für jugendliche Mädchen. Gerade für sie ist es in dieser Zeit sinnvoll und notwendig, ein eigenes mädchenspezifisches Angebot zur Suchtprävention anzubieten, da Mädchen in der Jugendarbeit und in allgemeinen suchtpreventiven Maßnahmen nicht ausreichend berücksichtigt werden (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Geschlechtsbezogene Suchtprävention 1998). Hier sollte ein Raum für die Mädchen geschaffen werden, in dem die Entwicklung zu einer eigenständigen Identität und die Selbstbestimmung der Mädchen im Vordergrund stehen. Mädchen- und frauenspezifische Themen könnten so in einem geschützten Rahmen bearbeitet werden. Hierbei geht es um zentrale Themen wie die Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen Schönheitsideal, den Umgang mit Konflikten (Individuation-Autonomiebestrebungen), das Erleben und das Wahrnehmen des eigenen Körpers, den Umgang mit der eigenen Sexualität und Beziehungen sowie körperliche und sexuelle Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen (ausführlich dazu: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998).

Ein weiteres Problem wird bei der Indikationsstellung zur Gruppenarbeit besonders deutlich. Da hier nur Kinder aufgenommen werden, die über Gruppenfähigkeit verfügen und deren individuelle Probleme nicht den Rahmen des Gruppenangebotes sprengen, bleiben Kinder und Jugendliche, die besonders auffälliges Verhalten zeigen (z.B. durch schwere Formen der Traumatisierungen, Vernachlässigungen und Mißhandlungen) unberücksichtigt. Sie werden häufig an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterverwiesen und müssen daher oftmals lange Wartezeiten in Kauf nehmen, ehe sie einzeltherapeutische Angebote wahrnehmen können. Auch für sie müßte ein Gruppenangebot installiert werden, bei dem ihre besonderen Problemkonstellationen und Bedürfnisse berücksichtigt werden. Dieses therapeutische Kindergruppenangebot setzt besonders geschulte und erfahrene Therapeuten (Traumabearbeitung bei Kindern und Jugendlichen) voraus.

Bei der methodischen Gestaltung der Gruppenangebote gehen die meisten Konzeptionen von 90 Minuten aus. In dieser Zeit sollen eine ganze Reihe von Aktionen durchgeführt werden. Die dafür vorgesehenen eineinhalb Stunden erscheinen in Anbetracht der Fülle der Angebote (gemeinsames Essen und Pausengestaltung, themenzentriertes Angebot, Freispiel, eigener Themenwunsch der Kinder sowie Anfangs- und Endrunden) zu kurz bemessen. Hier wäre es sinnvoller, entweder mehr Zeit für die gesamte Gruppenstunde einzuplanen (mindestens zwei bis zweieinhalb Zeitstunden), oder das Angebot zu begrenzen, damit für alle Beteiligten kein ‚Zeitstreß‘ und eine damit verbundene Hektik aufkommt.

In methodischer Hinsicht wäre es auch wünschenswert, wenn in den Konzeptionen generell eine detailliertere Beschreibung des methodischen Gruppenstundenverlaufs dargestellt würde. Auch eine methodisch-didaktische Materialsammlung z.B. in Form eines Arbeits- und Medienkoffers würde die praktische Gruppenarbeit hilfreich unterstützen.

5. Gruppenangebote und Beispiele für die sozialarbeiterische Praxis

Die in diesem Kapitel vorgestellten Beispiele aus dem Arbeitsfeld der sozialarbeiterischen Praxis mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien sollen einen Einblick in das methodisch-didaktische Arbeiten mit Gruppen vermitteln und einen Zugang zu den besonderen Problemen und Konflikten herstellen, die sich aus der Gruppenarbeit mit diesen Kindern und deren Eltern und Bezugspersonen ergeben. Hierbei liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der exemplarischen Darstellung des Gruppenprozesses, der individuellen Hilfestellung der Kinder bei einer Rollenfixierung, der Arbeit mit Bezugspersonen, der Stundengestaltung sowie eines Intensivtages und eines Familienwochenendes.

Die folgende Darstellung des Gruppenprozesses orientiert sich an den Arbeiten von Heinzmann (1998), Volmerg (2000) sowie Wellenhöfer (1992), die auf den klassischen Arbeiten zur Gruppenentwicklung von Hartley & Hartley (1955), Bernstein & Lowy (1969), Tuckmann (1965), Bennis & Shepard (1956) und Hück (1978) beruhen. Die hier herausgearbeiteten Phasen sind nicht als starr und linear zu bewerten, sondern müssen als flexibel angesehen werden. Sie schließen eine individuelle Gruppendynamik mit ein, da jede Gruppe ihre eigene Geschwindigkeit entwickelt und andere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat. Bei der vorliegenden Arbeit können Grundsätze des thematischen Gruppenprozeßverlaufs des Freiburger Modells, das für Kinder aus Scheidungsfamilien konzipiert wurde, auf den Gruppenprozeß für Kinder aus alkoholbelasteten Familien übertragen werden (Jaede, Wolf, Zeller-König 1996, S. 34f). Hierzu zählen:

1) Vom Peripheren zum Zentralen: Zuerst sollen unverbindlich, weniger emotional besetzte Themen angesprochen werden. Erst wenn eine Vertrauensbasis untereinander geschaffen wurde, können emotional und konfliktbesetzte Themen bearbeitet werden.

2) Vom Hypothetischen zur eigenen Wirklichkeit: Zunächst werden hypothetische Situationen vor- bzw. dargestellt. Sie dienen als Projektionsmaterial und reduzieren Ängste, die eigene Lebenssituation zu bearbeiten.

3) Vom Pragmatischen zum Emotionalen: Kindern fällt es leichter, sich zunächst aus einer sicheren Distanz heraus mit ihrer konkreten Lebenssituation (Freunde, Ge-

schwister, Wohnort) und dem Tabuthema Alkohol zu beschäftigen, bevor die Gefühls-ebene angesprochen wird.

4) Vom Individuellen zum Gemeinsamen: Am Ende der Gruppenstunde wird das gemeinsam Erlebte, Be- und Erarbeitete zusammengefaßt. Dadurch wird das Gefühl der sozialen Verbundenheit gefördert.

5) Vom Globalen zum Differenzierten: Durch das zunächst allgemeine und übergreifende Betrachten der jeweils thematisierten Situation können die Kinder dann anschließend individuelle Erfahrungen, Gefühle und Beispiele mit einbringen. Diese werden dann individuell differenziert und bearbeitet.

5.1 Phasen und Themen der Gruppenarbeit mit Kinder aus alkohlbelasteten Familien

Die **Anfangsphase**, auch Voranschluß oder Orientierungsphase genannt, ist durch ein Annähern und Ausweichen der Gruppenteilnehmer gekennzeichnet, in dem sich die Teilnehmer miteinander vertraut machen, jedoch ohne nähere Bindung einzugehen. Dabei herrscht unter den Teilnehmern Unsicherheit und Angst, aber auch die Suche nach Nähe vor. Die Kontakte verlaufen eher distanziert und die Teilnehmer versuchen Ordnung und einen Überblick zu gewinnen, indem sie sich von den Gruppenleitern Hilfe erhoffen, diese aber wiederum auch in ihrem Verhalten und ihrer Verlässlichkeit testen. Die familiären und sozialen Vorerfahrungen der Kinder prägen den Prozeß, so daß es zu Vater- und Mutterprojektionen oder auch häufig zu Geschwisterrivalitäten kommen kann.

Eine geschlossene Gruppe bietet den Kindern gerade in diesem Anfangsstadium gleiche Bedingungen und Möglichkeiten im Gruppengeschehen von Anfang an mitzuwirken. Heinzelmann betont in ihren Ausführungen, daß die *„methodischen Angebote aufeinander aufbauen, so daß die Kinder sich im Gruppenprozeß gemeinsam weiterentwickeln.“* (Heinzelmann 1998, S. 65).

In diesem Anfangsstadium geht es nun darum, das gegenseitige Kennenlernen zu fördern (z.B. durch Spiele, Vorstellungsrunden, Selbstbildnisse, Identitätsposter etc.), ein Interaktionsnetz (z.B. durch Partnerübungen und Kommunikationsübungen) zu installieren, Gruppenidentität aufzubauen sowie den verbalen Austausch untereinander zu fördern, um ein angstfreies Setting herzustellen. Zentrale Themen in dieser Phase können sein:

- Kennenlernen - Gruppenidentität;

- Warum gehe ich in diese Gruppe? (Erwartungen, Befürchtungen, Wünsche abklären);
- Das bin Ich;
- Meine Familie und Ich;
- Entwicklung und Instalieren von Gruppenregeln und Normen;

In dieser Phase des Annäherns aneinander ist es besonders wichtig, den Kindern Sicherheit, Verlässlichkeit und Stabilität zu vermitteln, die von einer vertrauensvollen Atmosphäre des Gewährens und Wohlwollens begleitet wird, damit die Kinder langsam einen Zugang zu ihren eigenen Erfahrungen, Beobachtungen, Fragen, Meinungen und Befindlichkeiten entdecken. Zentrale Gefühle wie Angst und Unsicherheit in der Anfangsphase können durch Zuwendung, Aufmerksamkeit und einfühlsame aufklärende Gespräche über angstausslösende Situationen (z.B. falsche Vorstellungen und Erwartungen der Kinder bezüglich des Gruppengeschehens) gebunden werden. Gerade der Anfang mit Gruppen ist normativ prägend, da sich jetzt Regeln und Normen herausbilden, die die Gruppe entscheidend in ihrer Dynamik beeinflussen und die später nur schwer zu korrigieren sind. Da in der Anfangsphase die Kommunikation durch das Fehlen einer emotionalen Binnenstruktur und durch das Fehlen eines Interaktionsnetzes gekennzeichnet ist, übernehmen die Gruppenleiter hier eine wichtige Hilfsfunktion als ‚emotionaler Knotenpunkt‘. Die Gruppenleiter übernehmen die Aufgabe, die laufende Kommunikation und Interaktion der Gruppe zu steuern. Weiterhin übernehmen die Gruppenleiter auch eine Modellfunktion und fungieren gleichzeitig als ‚gutes‘ Elternpaar, das den Kindern die Möglichkeit der Übertragung und Projektion ermöglicht und neue Lernerfahrungen anbietet. Durch das Modellverhalten der Gruppenleiter werden die Kinder ermutigt, allmählich ihre individuellen Konturen zu zeigen.

In der sich anschließenden zweiten Phase geht es inhaltlich um **Macht** und **Kontrolle** innerhalb der Gruppe. Die einzelnen Gruppenmitglieder beginnen nun deutlich Konturen, Eigenarten und persönliche Standpunkte zu zeigen und stoßen sich an der Gruppenrealität ihre ‚Hörner‘ ab. Einzelne Rollen der Gruppenmitglieder beginnen sich herauszuschälen und ein Konkurrenzverhalten ist zu beobachten. Das Ich-Denken der Gruppenteilnehmer steht im Vordergrund, und die Beziehungen der einzelnen in der Gruppe sind noch nicht stabil. Die Gruppenteilnehmer versuchen, ihren Platz im Beziehungsgefüge der Gruppe zu finden und ihren Status, Einfluß und Rang zu behaupten. Dabei ent-

stehen Positionskämpfe zwischen den Mitgliedern und dem Leiter. Mit der Bildung von Normen wird Macht in Gruppen verteilt. Ein starkes Bedürfnis nach Führung, aber auch Widerstand dagegen sind charakteristisch für diese Phase der Gruppenentwicklung. Kennzeichnend für diesem Prozeß ist auch das Erkämpfen von Rollen und Positionen. Es kann zu Untergruppen oder Cliquenbildung kommen und die durch Machtkämpfe ausgelöste Angst bei den Teilnehmern verunsichert diese. Die Gefahr, daß Teilnehmer die Gruppe verlassen, ist zu diesen Zeitpunkt besonders hoch.

Für die Gruppenleiter bedeutet dies, in dieser Phase besonders aufmerksam die Gruppendynamik im Auge zu behalten, die Machtstrukturen für sich zu diagnostizieren und diese im Gruppenprozeß transparent zu machen, ‚Aufruhr‘ in der Gruppe zu zulassen und die Gemeinsamkeit innerhalb der Gruppe zu unterstützen, die psychische Sicherheit der Gruppenteilnehmer zu gewährleisten und Positionskämpfe klären zu helfen. Wichtig ist auch in dieser Phase, sich vor Augen zu führen, daß die Angriffe der Gruppenteilnehmer nicht der Person gelten, sondern der ausgeübten Rolle.

In der Kindergruppenarbeit ist es daher besonders wichtig, dem offenen Ausdruck an starken Gefühlen wie Wut, Ärger, Zorn, Neid, Rivalitäten, Rückzugsverhalten und Aggression zuzulassen und diesem Raum anzubieten. Für die Kinder sollte in entsprechenden Situationen die Möglichkeit angeboten werden, durch einen geschützten Rahmen ihre aggressiven Gefühle konstruktiv zu verarbeiten, indem Möglichkeiten geschaffen werden, in denen sich die Kinder austoben dürfen und ihre Wut gezielt auf die Gruppenleiter richten, die sich hier als Übertragungseltern anbieten. Hierbei können Aggressionsspiele, Kissenschlacht, Übungen zum Kräfteressen, Gehaltenwerden und Konfliktübungen hilfreich sein, bei denen Aspekte der Selbstkontrolle, der Körperbeherrschung und der Achtung und Würdigung der eigenen und der Gefühle der anderen Gruppenteilnehmer im Vordergrund stehen. Auch das Testen der Gruppenleiter und das immer wieder erneute Einholen von Vertrauensbeweisen stellt für die Gruppenleiter eine Bewährungsprobe dar.

In der dritte Phase entwickelt sich trotz der noch zeitweilig anhaltenden Machtkämpfe zunehmend mehr **Vertrauen** und **Intimität** unter den Teilnehmern. Es entsteht eine Tendenz zum gegenseitigen Sich-Offenbaren. Die Gruppenteilnehmer identifizieren sich mit der erkämpften Rolle, den gemeinsamen Gruppenzielen und den anderen Mitgliedern. Ein Wir-Gefühl entwickelt sich und bietet den Teilnehmern Sicherheit und Geborgenheit, so daß die Gruppenteilnehmer sich emotional öffnen können. Gruppenspezifische

sche Verhaltensnormen entstehen auf dem Hintergrund eines gemeinsamen Bezugsrahmens (Symbole, Gruppensprache, Zeremonien, Kleidung). Diese Verhaltensnormen werden zwar als individuell erlebt, sind aber gruppenspezifisch bedingt und fördern den Zusammenhalt. Die hohe gruppeninterne Intimität birgt jedoch die Gefahr des Konturenverlustes einzelner Teilnehmer zu Gunsten des Gruppenkollektivs. Die Gruppe wird zur ‚Mutter‘ und es kann eine regressive Situation entstehen, die die Gruppe in ihrem Wachstumsprozeß hemmen kann, wenn sie nicht herausbegleitet wird.

Die Aufgabe der Gruppenleiter besteht darin, die ablaufenden Gruppenprozesse transparent zu machen, Beziehungen zu klären und die Gruppenentwicklung trotz der Konflikte zu unterstützen. Besonders Autonomiebestrebungen und individuelle Entwicklungen der Teilnehmer bedürfen einer Ermutigung und Verstärkung der Gruppenteilnehmer.

Bei der Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien konnte man in dieser Phase der Annäherung und der Beziehungsgestaltung beobachten, daß die Kinder sich nach einem viertel bis halben Jahr (Modell Balingen) aneinander gewöhnt hatten und die vorgegebenen Rahmenbedingungen respektierten. Die Kinder waren in der Lage, nach sich zu schauen und einen oder mehrere Plätze und Rollen innerhalb der Gruppe zu testen. Die für diese Phase wichtigen Unterstützungsmöglichkeiten der Gruppenleiter in Bezug auf fixierte Rollenmuster der Kinder wird im nachfolgenden Kapitel ausführlich dargestellt. Heinzelmann (1998) stellt in ihren Beobachtungen hinsichtlich der Gruppenatmosphäre in dieser Phase eine Entspannung und ein sich Wohlfühlen bei den Kindern fest. Auch die anfängliche Ich-Bezogenheit der Teilnehmer wird nun zunehmend durch ein gemeinsames Miteinander im Denken und Handeln abgelöst. Ebenso erfährt die Bedeutung der Gruppenleiter eine Veränderung. Die Rolle des Begleiters und Ansprechpartners der Gruppenleiter geht in eine eher beratende Funktion über. Dies zeigte sich besonders bei den von den Kindern ausgesuchten Spielen und Aktivitäten.

Thematisch kann man in dieser Phase nun allmählich zu zentraleren Themen übergehen wie z.B. den kindlichen Gefühlen in Zusammenhang mit dem trinkenden Elternteil, meine Familie, Freunde, Selbst-/Fremdwahrnehmung, mein Körper und Nähe - Distanz.

In der vierten Phase der **Differenzierung und Festigung** hat die Gruppe sich nun voll etabliert und ihre größte Stabilität erreicht. Die Gruppenatmosphäre ist von gegenseitiger Akzeptanz, Toleranz, einer hohen Arbeits- und Kritikfähigkeit geprägt und die einzelnen Gruppenmitglieder können zielgerichtet ihre individuellen Ressourcen mit in

den Gruppenprozeß einbringen. Kennzeichnend für diese ‚goldene Phase‘ sind: ein guter Gruppenzusammenhalt, gegenseitige Unterstützung, eine gute Kommunikation unter den Teilnehmern, wenig Machtprobleme, eine klare Rollenverteilung sowie die Gewährleistung der Identität des einzelnen in der Gruppe. Wichtigstes Gruppenziel in dieser Phase ist es auch, den Teilnehmern bei den Transfers (Umsetzung und Integration neu erworbener Handlungsspielräume) in den Alltag zu helfen. In dieser Phase bildet sich deutlich ein Autostereotyp (Gruppenselbstbild: das sind wir!) und ein Heterostereotyp (Fremdbild: das sind die anderen!) heraus, wobei das eigene Gruppenselbstbild eher positiv gewertet wird als das Fremdbild. Der Gruppenleiter kann sich nun allmählich in dieser Phase zurückziehen, die Gruppenprozesse beobachten und nur noch in schwierigen Situationen eingreifen. Er soll die Selbständigkeit der Gruppe unterstützen und der Gruppe Gelegenheit bieten, gemeinsam nach außen zu handeln.

In der Kindergruppe zeigen sich nun deutliche Tendenzen der individuellen Veränderung. Die Kinder beginnen ihren Möglichkeiten entsprechend ihr Umfeld zu gestalten und zu verändern, indem sie durch mehr Selbstvertrauen anfangen, neue Verhaltensspielräume zu erproben und sich Entlastung in konflikthafter Situationen suchen. Dabei lernen sie, *„daß Verantwortung auch formbar und konstruktiv gelebt werden kann“* (Heinzelmann 1998, S. 86).

Durch die parallel laufende Elternarbeit wird deutlich, daß die Kinder auch innerhalb der Familie anfangen, eigene Bedürfnisse, Wünsche und Vorhaben einzufordern. Dies ist für die Eltern oft anstrengend, da sie sich nunmehr mit ihren Kindern auseinandersetzen müssen und direkt zu konsequentem Handeln aufgefordert werden. Hieraus ergibt sich besonders in dieser Phase eine intensiv begleitende Elternarbeit.

Für die methodisch-didaktische Gruppengestaltung ergeben sich in dieser intensiven Zeit eine Fülle an Themen. Insbesondere können jetzt Themen ausgewählt und bearbeitet werden, bei denen die Kinder in vorherigen Phasen Widerstände und Angst gezeigt haben. Dies können traumatische Inhalte der Lebensgeschichte der einzelnen Kinder sein zu denen auch die Verarbeitung der familiären Suchtgeschichte und die damit unterdrückten Gefühle der Kinder gehören. Aber auch Wünsche, Sehnsüchte und Hoffnungen können in dieser Phase entdeckt werden und neue Perspektiven für die Kinder und ihre Familien eröffnen.

Die letzte Phase der **Trennung** und **Auflösung** beginnt sich zu entwickeln, wenn die Gruppe ihre Gruppenziele erreicht hat oder ein struktureller Rahmen vorgegeben ist.

(Zeitplan). Ein deutlicher Energieabfall und Gefühle der Lustlosigkeit und Lähmung können bei den Teilnehmern beobachtet werden, und es können Phänomene wie in der ersten Gruppenphase auftreten. Dazu zählen: Zuspätkommen der Teilnehmer, Regelverletzungen, Versuche einzelner Teilnehmer durch besonderes Engagement das gute Arbeitsklima wiederherzustellen, oder die Ankündigung einzelner Teilnehmer vorzeitig aus der Gruppe auszusteigen. In dieser Phase kann es aber auch zur Leugnung der Trennung, zu einem Aufbegehren dagegen, zu einer Entwertung der Gruppe und sogar zu depressiven Reaktionen der einzelnen Teilnehmer kommen. Auch regressive Prozesse können hier noch einmal ausgelöst werden, um die Trennung hinauszuschieben. In diesem Stadium sollte innerhalb des Gruppenprozesses ein Rückblick, eine Auswertung und Bilanz erfolgen, um eine persönliche Standortsuche der Teilnehmer und eine damit verbundene Perspektive nach der Gruppenzeit zu ermöglichen.

Zu den aktuellen Gruppenzielen gehört es, daß der Gruppenleiter die Auflösungsprozesse fördert und die Trennungsängste sowie die Phantasien von Liebesverlust, Einsamkeit, Abschied und Tod bearbeitet. Hierbei ist es für die Gruppenleitung wichtig, Strukturen anzubieten, die den Teilnehmern das Loslassen erleichtern können. Besonders die Phase des Loslassens erfordert im therapeutischen Prozess viel Einfühlungsvermögen und Verantwortung vom Gruppenleiter, da besonders häufig Teilnehmer traumatische Erfahrungen mit diesem Thema erlebt haben. Durch eine frühzeitige Auseinandersetzung mit diesem Thema (mehrere Wochen evtl. Monate vor Beendigung des Gruppenprozesses) sollen die Teilnehmer Gelegenheit erhalten, sich mit dem Abschiednehmen auseinanderzusetzen. Dieser Prozeß kann durch gemeinsame Abschieds- und Beendigungsrituale oder durch eine gemeinsame Abschiedsfeier unterstützt werden. Eine weitere zentrale Aufgabe ist es, mit den Teilnehmern individuelle Perspektiven nach der Gruppenzeit zu entwickeln und Transferhilfen anzuregen.

Aber auch der Gruppenleiter muß in dieser Phase gut für sich sorgen und ebenfalls seine Gefühle reflektieren, um die Gruppe loslassen zu können. *„Genügend Zeit und eine klare haltende Struktur für einzelne Schritte: abschließen, aufräumen, auswerten, würdigen, trauern, Dank sagen und Abschied nehmen, hilft allen Beteiligten, Gefühle zuzulassen und schließlich entspannt auseinanderzugehen. Dann ist der Tod der Gruppe zugleich wieder ein Anfang.“* (Volmerk 2000, S. 324)

Auch in der Kindergruppe läßt sich in der Abschiedsphase beobachten, daß ein dynamischer Wandel vollzogen wurde. Die Kinder des Balinger Konzeptes (Heinzelmann

1998) nutzten jetzt die Eingangsrunde in dieser Phase nicht mehr so sehr als Forum der Selbstdarstellung und Behauptung, sondern sie entwickelten gemeinsam Perspektiven für ihre Zukunft. Lösung von Alltagsproblemen, gesellschaftliche Themen und Freizeitgestaltung, bevorstehender Schulwechsel, Konflikte mit Klassenkameraden sowie die Bedeutung und der Umgang mit Suchtmitteln waren jetzt Hauptbestandteil des gemeinsamen Anfangsgespräches. Bei der Thematisierung des Gruppenendes ging es den Kindern darum, den eigenen Standort innerhalb und außerhalb der Gruppe zu klären und sich bei den Gruppenleitern Bestätigung zu holen. Die gemeinsamen Aktivitäten dienten nun nicht mehr dazu, für die Kinder etwas Neues auszuprobieren, sondern hatten eine eher beiläufige Bedeutung. Die Geborgenheit und das Wohlwollen in der Gruppe standen jetzt im Vordergrund der kindlichen Bedürfnisse.

Die Kinder äußerten auch ihr Bedauern über das bevorstehende Ende der Gruppe, wurden jedoch von den Gruppenleitern bestärkt, sich auf ihre neu gewonnenen Ressourcen zu verlassen. Sie unterstützten ebenfalls die Bemühungen der Kinder, sich nach außen hin zu orientieren, indem die Kinder sich privat treffen wollten oder neue Kontaktangebote von außen annahmen z.B. indem sie in einen Turnverein eintraten. Als gemeinsamer Abschied wurde den Kindern eine Radtour mit einem Picknick angeboten.

5.2 Unterstützungsmöglichkeiten des Gruppenleiters bei Rollenfixierung der Kinder

Wie in Abschnitt 2.1.5.1 dargelegt besteht ein zentrales Problem des **Helden** darin, daß er ein seinem Alter unangemessen hohes Maß an Verantwortung für andere und sich selbst trägt. Dabei ist er nicht in der Lage, seine kindlichen Bedürfnisse wahrzunehmen und diese zu befriedigen. Daraus ergeben sich wichtige Ziele für den Helden in der Gruppe. Er soll lernen, Verantwortung abzugeben, dieses auszuhalten ohne dabei Schuldgefühle zu entwickeln und über kindgerechte Aktivitäten seinen Selbstwert zu entwickeln. Durch sein überangepaßtes Verhalten trägt der Held zur Aufrechterhaltung des familiären Tabuthemas Sucht bei. Für ihn ist es wichtig, von den Gruppenleitern eine ausdrückliche Sprecherlaubnis zu erhalten, die ihn von seinem Geheimhaltungsdruck entbindet und die auch negative Gefühle wie Angst, Wut, Ekel und Scham zuläßt. Eine weitere Zielsetzung in der Gruppenarbeit mit dem Helden besteht darin, ihn zu ermutigen, kindliche Verhaltensweisen zu entwickeln und zu verstärken indem dieses Kind lernt, sich fallenlassen zu können, ‚Blödsinn‘ zu machen und albern zu sein. Auch das

Akzeptieren von Mißerfolgen und Fehlschlägen ist ein wichtiges Lernziel für den zum Perfektionismus neigenden Helden.

Bei der Unterstützung für den **Sündenbock** ist es wichtig, dem Kind Erfahrungsmöglichkeiten anzubieten, sich positiv zu erleben.

Der Gruppenleiter versucht, das positive Verhalten durch Lob zu verstärken, und nennt Alternativen für unerwünschtes Verhalten. Hierbei muß der Gruppenleiter darauf achten, daß das Kind nicht stigmatisiert und zum Außenseiter wird. Da das Selbstwertgefühl des Kindes durch starke Schuldgefühle geschwächt wird und es sich oft als böse und schlecht erlebt, wäre es hilfreich, hier eine stützende Ich-Hilfsfunktion durch den Gruppenleiter zu installieren. Besonders Gefühle der Wut, des Zorns und der Aggression bedürfen einer kindgerechten Möglichkeit der Bearbeitung. Besonders die Grenzsetzung und die Etablierung von Gruppenregeln ist für diese Kinder entscheidend, da diese ihnen eine klare Struktur und Sicherheit bieten, die sie zuhause nur unzureichend erleben. Hier haben sich besonders Sportangebote bewährt, die das Lernen sozialen Verhaltens unterstützen können.

Das hervorstechende Merkmal des **verlorenen Kindes** ist sein ausgeprägtes Rückzugsverhalten. Diese Kinder sind besonders gefährdet, im Gruppenprozeß unterzugehen, wenn der Gruppenleiter nicht ausreichend interveniert, indem er das Kind besonders motiviert (z.B. durch häufige Ansprache, Förderung der Interaktion mit anderen Kindern, aus der Reserve locken), am Gruppengeschehen teilzunehmen. Dies sollte jedoch möglichst ohne Druck geschehen und auch Möglichkeiten des *bewußten* Rückzugs offenlassen. Für den Gruppenleiter ist es hilfreich, seine Interaktionen und positiven Verstärkungen durch Aufzeichnungen zu kontrollieren. Die Stärkung des Selbstvertrauens sowie die Förderung des Zugehörigkeitsgefühls des Kindes zur Gruppe sind wichtige Aspekte der sozialen Gruppenarbeit. Da diese Kinder schnell zum Rückzug neigen, wäre ein weiteres Lernziel, ihre Konfliktfähigkeit zu trainieren.

Bei der Arbeit mit dem **Maskottchen** ist es für den Gruppenleiter wichtig, diesem viel individuelle Aufmerksamkeit zukommen zu lassen und eine Vertrauensbasis zu schaffen, die das Kind dazu ermutigt, sich zu öffnen und Gefühle zuzulassen. Dies ist für den Gruppenleiter nicht immer einfach, da das Kind dazu neigt, sich dem Kontakt zu entziehen, und es sich häufig nicht angesprochen fühlt. Für das Kind ist es wichtig, auch negative Gefühle zulassen zu können. Diese müssen ihm durch den Gruppenleiter ebenso wie die positiven Gefühle vermittelt werden, um die Gleichwertigkeit beider Gefühle

zu betonen. Dies kann methodisch durch ‚Geschichten erzählen‘, die zur Kommunikation anregen, und durch Rollenspiele erreicht werden. In den Rollenspielen kann das Kind mit seinem Gefühlsausdruck experimentieren und dadurch sein Handlungsrepertoire erweitern. Dabei soll der Gruppenleiter aber auch Phasen der Ruhe und Entspannung anbieten, um das Kind nicht zu überfordern.

5.3 Arbeit mit Bezugspersonen

Die Arbeit mit Bezugspersonen umfaßt bei einer systemischen Betrachtung das gesamte Umfeld und die darin lebenden Personen. Für eine erfolgreiche Kindergruppenarbeit ist es daher dringend erforderlich, neben der Elternarbeit auch eine Familienarbeit zu etablieren, um möglichst alle Bezugspersonen, die direkten und häufigen Kontakt zum Kind haben, in die Hilfeplanung mit einzubeziehen. Die ‚klassische‘ Familie im Sinne einer Mutter-Vater-Kind Familienbeziehung unterliegt schon lange einem gesellschaftlichen Wandel, daher schließt die Arbeit mit den Kindern auch Bezugspersonen wie Adoptiveltern, Pflegeeltern, Stiefeltern, Alleinerziehende oder auch nichteheliche Lebenspartner mit ein.

Die Elternarbeit beinhaltet nach Kähni (1999) eine vielschichtige Sichtweise, die folgende Elemente beinhaltet:

- die Arbeit an den Eltern (Stärkung der Eltern/Erziehungskompetenzen, Verantwortungsübernahme);
- die Zusammenarbeit mit den Eltern (Kooperationsfähigkeit);
- die Arbeit der Eltern an sich (persönliche Fragestellungen zur Biographie und Suchtgeschichte);
- die Übernahme von Arbeiten der Eltern (Behörden und Ämtergänge, Erziehungs-Hilfsfunktionen);
- die Arbeit der Eltern mit der Vorgehensweise der Helfer (Transparenz der Gruppenleiteraktivitäten).

Dabei ist es wichtig, daß professionelle Helfer Elternarbeit nicht als starres und gleichbleibendes Gebilde begreifen, sondern daß Elternarbeit gerade in der Suchthilfe einen individuellen Spielraum braucht. Dieser erfährt durch die Veränderung in der Beziehung zwischen Eltern und Gruppenleitern eine stetige Wandlung und Anpassung.

5.3.1 Theoretische Grundannahmen für die Elternarbeit

Für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit den Bezugspersonen gibt es unterschiedliche theoretische Grundannahmen, die eine entscheidende Rolle bei der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Gruppenleitern spielen. Bei der **klientenzentrierten Perspektive** nach Rogers (1973) bilden die Therapeutenvariablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz die wichtigste Grundlage der inneren Haltung des Therapeuten. Mit empathischem Verhalten ist ein einführendes Verstehen des Therapeuten in die Gefühlswelt des Klienten gemeint. Ziel ist es, den Klienten dabei zu unterstützen, sich auf seine aktuellen Gefühle zu konzentrieren und ihm dabei zu helfen, sich zu öffnen. Ein Therapeut, der seinen Klienten uneingeschränkt akzeptiert, bringt ihm positive Wertschätzung entgegen, die nicht an Bedingungen geknüpft ist. Kongruenz beschreibt ein Verhalten, das durch Echtheit des Therapeuten gekennzeichnet ist. Der Therapeut versteckt sich nicht hinter einer aufgesetzten Fassade, sondern begegnet dem Klienten auf einer rein menschlichen Ebene. Er spielt keine vorgegebene Rolle sondern *ist* er selbst (Weinberger 1998, S. 39-72).

Dem **verhaltenstherapeutischen Ansatz** liegt eine lerntheoretische Perspektive zugrunde, die aussagt, daß jedes Verhalten gelernt wurde und dementsprechend auch wieder verlernt werden kann. Eine mögliche Form des Lernens geschieht durch Beobachtung und Nachahmung. Diesem Modellernen kommt in der pädagogischen Praxis eine hohe Bedeutung zu, da die Gruppenleiter für die Eltern und deren Kinder Modellfunktion übernehmen und diese genau beobachtet werden. Für die Gruppenleiter ist es daher wichtig, sich als ‚positives‘ und transparentes Modell anzubieten, damit genügend Lern-erfahrungen gesammelt werden können. Bei einem Familienwochenende können so z.B. die Eltern beobachten, wie die Gruppenleiter verantwortlich die Gruppe leiten und den Kindern bei Gefahr Grenzen setzen, wie Konflikte gelöst werden, wie Regeln aufgestellt und Tagesstrukturen beachtet werden. Ebenso erleben die Eltern, daß auch die Gruppenleiter nicht immer alles wissen und können müssen und dies auch den Kindern gegenüber eingestehen. Ein solches Verhalten spiegelt das kongruente Verhalten der Gruppenleiter wider und macht sie so erst glaubwürdig.

Die Gruppenleiter sollten aber auch als ‚Hoffnungsträger‘ fungieren und Möglichkeiten des Umlernens aufzeigen, die durch Verstärkung und Sanktionen erreicht werden können. Dies könnte bei gemeinsamen Elternabenden aufgegriffen werden, wobei über bestehende Erziehungspraktiken reflektiert werden könnte.

Über eine **systemorientierte Perspektive** wurde ausführlich in Kapitel 3.4 berichtet.

Zu ergänzen bleibt, daß im Rahmen der Elternarbeit darauf geachtet wird, Generationengrenzen zu wahren (die Bezugspersonen, bei denen das Kind lebt, sind die ‚Erziehungsexperten‘), eine gesunde Familienhierarchie zu unterstützen (Eltern übernehmen die Verantwortung für die Kinder und nicht umgekehrt) und durch eine individuelle Ressourcenmobilisierung den Familienmitgliedern bei ihren Alltagsproblemen und Konflikten hilfreich zur Seite zu stehen, ohne dabei die Eltern zu belehren oder in Frage zu stellen. Hier gilt es, die Erziehungskompetenzen der Eltern anzusprechen und diese zu erweitern.

Aus **entwicklungspsychologischer Perspektive** ist es wichtig, daß hier insbesondere das Wissen über und die Einschätzung von unterschiedlichen kindlichen Entwicklungsverläufen im Vordergrund der Elternarbeit steht. So tauchen immer wieder Fragen zum Thema ‚Ist mein Kind normal?‘, der Über- und Unterforderung, sowie der Grenzsetzung in bestimmten Situationen auf. Für die Eltern ist es oft hilfreich, konkrete altersangemessene Anregungen im Hinblick auf eine sinnvolle Freizeitgestaltung zu erhalten. Ein gemeinsames Familienwochenende kann hier für die Eltern neue Erfahrungsspielräume ermöglichen und Anregungen für ein neues Freizeitverhalten schaffen. Wenn gravierende Entwicklungsauffälligkeiten beim Kind zu beobachten sind und diese behandlungsbedürftig erscheinen, kann durch ein Elterngespräch die Notwendigkeit einer einzeltherapeutischen und entwicklungsfördernden Begleitung besprochen werden, und gegebenenfalls an spezielle Fachinstitutionen begleitend überwiesen werden (Logopäden, Physiotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Ergotherapeuten, Frühförderung).

5.3.2 Themen der Elternarbeit

Die Elternarbeit ist häufig dadurch geprägt, daß suchtkranke Erziehungsberechtigte Angst haben, sich auf fremde Hilfe einzulassen, und pädagogischen Maßnahmen mißtrauisch gegenüberstehen. Dies ist nur verständlich, da das Leben von Suchtfamilien häufig von Angst, Scham und Schuldgefühlen geprägt ist, und die Familie ihr Suchtproblem lange verschweigen oder sogar leugnen mußte. Die Eltern kämpfen mit unterschiedlichen Ängsten wie z.B.:

- sich mit anderen Eltern vergleichen zu müssen und dadurch in eine Verteidigungshaltung zu geraten;

- die familiäre Problematik könnte durch die Kinder nach außen dringen (Bekannte, Nachbarn, Lehrerin, Arbeitskollegen usw. könnten etwas mitbekommen);
- daß ihre Erziehungskompetenz in Frage gestellt wird und dadurch wieder Schuldgefühle aktiviert werden;
- daß alte schmerzhaft Wunden wieder aufgerissen werden;
- daß durch die Gruppenstunden eine Entfremdung der Kinder von ihren Eltern auftritt;
- daß die Eltern in Konkurrenz mit den Gruppenleitern treten.

Ein weiteres Problem stellt die Unzuverlässigkeit und Wechselhaftigkeit der Familienmitglieder dar. Die familiäre Situation ist häufig von Rückfällen in die Sucht, von anderen Krisen und von Unvorhersehbarem geprägt, daher erhoffen sich die Eltern von den Gruppenleitern eine Stabilisierung und Unterstützung in der Erziehungssituation. Hier kann für die Eltern und Gruppenleiter ein Konflikt entstehen, da der Motivation der Eltern oft deren eigene Wechselhaftigkeit im Wege steht. Dies führt mitunter bei den Gruppenleitern zu Enttäuschung und Ernüchterung, was eine kooperative Zusammenarbeit erschweren kann, wenn die Gruppenleiter keine eindeutigen Grenzen ziehen oder der Gefahr erliegen, das Verhalten der Eltern persönlich zu nehmen. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist die Stärkung der Eigenverantwortung der Eltern. Auch in Problemsituationen von Suchtfamilien wird deutlich, daß innerfamiliäre Konfliktlösungsversuche oft mit Schuldzuweisungen und Moralisierungen einhergehen. Hier bietet es sich in Einzelgesprächen an, mit den Eltern gemeinsam funktionsfähigere Konfliktlösungsstrategien zu entwickeln und die Kommunikation zwischen den Ehepartnern dadurch transparenter zu gestalten. Um die Autorität der Eltern nicht zu schwächen ist es notwendig, in Konflikte zwischen Eltern und Kindern nicht direkt einzugreifen, sondern die Situationen mit den Eltern in einem nachgehenden Einzelgespräch zu reflektieren (Kähni 1998, S. 110-115).

Bei der Arbeit mit Suchtfamilien sind Schwierigkeiten wie Grenzverwischung/ -verletzung und fehlende Grenzen häufig zu beobachten. Daher ist in der Elternarbeit besonders darauf zu achten, daß sich der Gruppenleiter selbst nicht in diese Dynamik involvieren läßt und in Konflikten die Grenzen seiner Zuständigkeit deutlich macht. Sollte es erforderlich sein, kann er die Klienten an geeignete Fachstellen weitervermitteln. Insbesondere gilt es in der Elternarbeit durch Einzel- und Gruppengespräche die Erzie-

hungskompetenz der Eltern zu stärken und sie von ihren schuldorientierten Selbstvorwürfen zu entlasten.

5.4 Beispiele für die Praxis

5.4.1 Exemplarische Gruppenstunde

Die folgende Gruppengestaltung ist als ein themenzentriertes Angebot zu verstehen, das für Grundschulkinder im Alter von 6-10 Jahren konzipiert wurde und ‚Modellcharakter‘ besitzt. Es ist für die Arbeit mit offenen und geschlossenen Gruppen geeignet, wobei bei allen Angeboten der individuelle Gruppenprozeß immer mit berücksichtigt werden muß. Die Angebotsdauer beträgt 90 Minuten. Klare Strukturen und Rahmenbedingungen sowie immer wiederkehrende Rituale sind zentraler Bestandteil der Gruppenarbeit. Zu ihnen gehört ein festes Anfangs- und Endritual. Beim Anfangsritual zünden die Kinder und Gruppenleiter nacheinander jeweils ein Teelicht an. Dadurch wird signalisiert, wer in der Anfangsrunde gerade das Wort hat und zugleich symbolisch die Gruppenzugehörigkeit gefördert. Zusätzlich kann derjenige, der gerade das Wort hat, einen Gegenstand in seinen Händen halten, z.B. ein Kissen oder einen Schlüsselbund. Diesen kann es dann nach Beendigung seines Redebeitrages an ein anderes Kind weiterreichen. Die zeitlich begrenzte Anfangsrunde (ca.15 Min.) bietet den Kindern Gelegenheit, über Aktuelles aus der Woche zu berichten, oder aber auch Befindlichkeiten, Wünsche und Kritik zu äußern. Eine gemeinsame 20-minütige Essenspause, ein Abschlußspiel sowie ein Schlußkreis bei dem gemeinsam die Teelichter ausgepustet werden, gehören ebenfalls zu den immer wiederkehrenden Elementen der Gruppenarbeit und tragen zur Struktur und damit zur inneren Sicherheit und Vertrauensbildung der Kinder bei. Im Schlußkreis wird noch einmal kurz (5 Min.) über die Gruppenstunde und die aktuelle Befindlichkeit der Teilnehmer reflektiert.

Bei einem themenzentrierten Angebot ist es wichtig, die Bedürfnisse der Teilnehmer nicht aus den Augen zu verlieren und das Programm nicht einfach ‚stur‘ durchzuziehen. Der Gruppenleiter sollte in der Lage sein, flexibel auf die Bedürfnisse der Kinder zu reagieren, und gegebenenfalls von seinem Programm abweichen können, um Alternativen anzubieten. Insbesondere der Bewegungsdrang von Kindern muß ausreichend berück-

sichtigt werden. Dies setzt ein methodisch-didaktisch flexibles Arbeiten beim Gruppenleiter voraus.

Insgesamt kann der langanhaltende Gruppenprozeß (mindesten ein bis zwei Jahre) folgende Ziele verfolgen:

Kurzfristige Ziele:

- Erleichterung und Entlastung der Kinder („Ich bin nicht allein mit diesem Problem!“)
- Überwindung von Anfangsängsten (erste Stärkung des Selbstwertgefühls)
- Aufbau von Sicherheit und Struktur durch Dyadenbildung in der Anfangsphase

Mittelfristige Ziele:

- Zugang zu den eigenen Gefühlen und zu der Lebenswelt entwickeln
- eigene Bedürfnisse wahrnehmen
- Herstellen von Vertrauensbeziehungen
- Umgang mit Konflikten lernen
- Steigerung der Erlebnisfähigkeit
- wieder Kind sein dürfen

Langfristige Ziele:

- Abbau von Scham und Schuldgefühlen
- Auflösung oder Lockerung der Rollenfixierung
- Zugang zu den traumatischen Gefühlen die mit dem Tabuthema Alkohol zusammenhängen - INTEGRATION -
- Zugang zu den eigenen Ressourcen herstellen und diese nutzen können (gut für sich sorgen lernen)
- Verhinderung einer eigenen Suchterkrankung

Die oben beschriebenen Ziele lassen sich nicht immer ganz eindeutig in das vorgegebene Klassifikationsschema einordnen, da durch die individuelle Dynamik in der Gruppe unterschiedliche Prozesse bei den Kindern mit unterschiedlicher Geschwindigkeit eingeleitet werden. Daher gehen besonders die mittelfristigen und langfristigen Ziele ineinander über.

Das nun folgende Angebot eignet sich besonders gut für die Anfangsphase, um miteinander in Kontakt zu kommen und um etwas über die anderen Teilnehmer zu erfahren. Es kann aber auch zu einem späteren Zeitpunkt eingesetzt werden, um gezielt Persönlichkeitsentwicklungen zu unterstützen und anzuregen. Die Fragestellung der Angebote sollten dann insbesondere dem Gruppenprozeß angepaßt werden.

Übersicht:

Thema: Identität - „Das bin Ich“

1. Eingangsrunde und Einführung in das Thema
2. Fotoraten
3. Bewegungsimprovisation („Im Zoo“)
4. PAUSE
5. Wappen malen
6. Abschlußspiel: Zublinzeln
7. Schlußkreis

Ziele

- Förderung der Persönlichkeitsentwicklung
- sich anderen mitteilen, sich darstellen und ausdrücken können
- mit verschiedenen Rollen experimentieren
- ungelebte Anteile zum Ausdruck bringen und sich darin spüren
- Schulung von Wahrnehmung und Körpergefühl
- Kreativität und Phantasie anregen
- Sozialverhalten: Regeln lernen und beachten

1. Aktivität: Eingangsrunde (ca. 5-10 Min.)

2. Aktivität: Foto raten (ca. 15 Min.)

Die Kinder sind in der letzten Stunde aufgefordert worden, ein altes Kinderbild von sich in die heutige Stunde mitzubringen. Alle mitgebrachten Fotos liegen auf dem Boden und die Kinder erraten, wer auf den Fotos abgebildet ist. Daraus soll sich dann ein Gespräch entwickeln, bei dem folgende Fragen im Vordergrund stehen:

- War es leicht für mich, die Kinder auf den Fotos wieder zu erkennen?
- Wie war es damals, als ich auf dem Foto noch so klein war?
- Was weiß ich überhaupt noch aus dieser Zeit?
- Was ist jetzt anders für mich geworden?
- Ist es für mich schöner „groß“ oder „klein“ zu sein?
- Was habe ich seit dieser Zeit alles gelernt?

3. Aktivität: Bewegungsimprovisation Im ‚Zoo‘ (ca. 15-20 Min., vgl. dazu Vopel 1977, S. 72)

Bei diesem Spiel werden die Kinder durch eine geleitete Imaginationsübung aufgefordert, sich in ein Tier zu verwandeln, das sie gerne wären, und seine Bewegungen und Laute zu improvisieren. Dabei werden beim Experimentieren mit der Tierrolle Spielvorschläge angeboten (im Raum umherlaufen, andere Tiere treffen, Alleinsein, sich so bewegen wie das Tier sich fühlt). Anschließend wird dieses Spiel im gemeinsamen Gespräch ausgewertet. Zentrale Fragen können u.a. sein:

- Wie hat mir dieses Spiel gefallen?
- Was war leicht für mich, was war schwer?
- Welches Tier hab ich mir ausgesucht und warum?
- Was sind die wichtigsten Eigenschaften von meinem Tier?
- Mit welche Tieren hab ich Kontakt aufgenommen/gemieden und warum?

4. Aktivität: Pause (ca. 15 Min.)

In der ca. 15 minütigen Pause werden den Kindern Kekse und Saft angeboten. Der Aspekt des ‚Versorgt werdens‘ durch Erwachsene soll hier besonders hervorgehoben werden, da die Kinder dies in der Regel nicht zu Haus erleben. In dieser Zeit können die Kinder untereinander ins Gespräch kommen, Kontakte knüpfen und ihrem Bewegungsdrang nachgehen.

5. Wappen malen (ca. 25 Min.) (Abgewandelt nach: Akin 2000, S. 61-62)

Bei dieser Übung werden die Kinder motiviert, ein Bild von sich in der Form eines Wappens zu malen (Erzählen von der Funktion eines Wappen von Rittern). Die Kinder können so Eigenschaften und besondere Fähigkeiten oder was ihnen wichtig ist den anderen mitteilen. Wichtig ist, daß die Kinder nur das von sich Preis geben, was sie selber wollen. Keine Grenzverletzungen durch bohrendes Nachfragen auslösen! Anschließend stellt jedes Kind sein Wappen den anderen Teilnehmern vor.

6. Aktivität: Abschlußspiel - Zublinzeln (ca. 5 Min.)

Voraussetzung für dieses Spiels ist eine ungerade Teilnehmerzahl. Die Kinder und Gruppenleiter stellen sich paarweise hintereinander im Kreis auf. Es entstehen zwei

Kreise. Ein Teilnehmer steht alleine im Kreis. Dieser hat die Aufgabe, den vorderen Kindern zuzublinzeln. Das Kind, dem zugeblinzelt wurde, versucht zu ihm hinzulaufen. Die hinteren Kinder sollen ihren Partner am Weglaufen hindern, indem sie ihn festhalten. Die hinteren Kinder haben in dieser Zeit ihre Hände auf dem Rücken. Gelingt es dem Kind, dem zugeblinzelt wurde, wegzulaufen, entsteht ein neues Paar. Derjenige der alleine steht, versucht nun sein Glück und blinzelt zu.

7. Schlußkreis (ca. 5 Min.)

5.4.2 Beispiel eines Intensivtages

Ein Intensivtag bietet allen Kindern die Gelegenheit, sich über einen längeren Zeitraum gezielt mit einem Thema zu beschäftigen (10-16 Uhr). Insbesondere soll durch intensive Erlebnisse das Gruppengefühl der Kinder gefestigt werden, aber auch individuelle Entwicklungsprozesse angeregt, ausgelöst oder vertieft werden. Beim Intensivtag wird immer thematisch gearbeitet, dabei ist es wichtig, den Gruppenprozeß zu beobachten, um ein passendes Thema auszuwählen. Das vorgeschlagene Thema bedarf einer intensiven und langen Vorarbeit und es empfiehlt sich als Angebot während der Differenzierungsphase. Den Bedürfnissen der Kinder entsprechend sollte die Länge der Pausen gestaltet werden.

Übersicht:

Thema: Ich traue meinen Gefühlen

1. Eingangsrunde und Einführung in das Thema
2. Spiel:
 - Bewegungsübungen mit Musik
 - Gefühlsscharade
 - Flaschendrehen: Wenn ichbin, dann
3. PAUSE
4. Geschichte & Aufgabenstellung (Freies Gestalten)
 - „Wie geht es mir wenn Mama oder Papa trinken?“
 - gemeinsame Auswertung
5. MITTAGSPAUSE
 - mit gemeinsamem Kochen-
6. Luftballons:
 - freies Experimentieren
 - Experiment und Erklärung: Was passiert bei einem Gefühlsstau?
 - Luftballons fliegen lassen
7. PAUSE
8. Wunschbaum

9. Abschlußspiel

10. Schlußkreis

Ziele:

- Stärkung des Selbstvertrauens
- Gefühle benennen, darstellen, ausdrücken und zulassen können
- Überwindung des Tabuthemas Alkohol und Gefühle dazu herstellen und verstehen
- Anteilnahme der anderen Kinder erfahren (Solidarität)
- eigenen Gefühle wahrnehmen und diese formulieren können
- Körperwahrnehmung
- Vertrauen entwickeln, sich öffnen und mitteilen können (Beziehungsfähigkeit)

1. Aktivität: Eingangsrunde und Einführung in das Thema (ca. 10 Min.)

2. Aktivität: (ca. 45 Min.)

- Bewegungsübungen mit Musik

Durch Musik werden die Kinder zum Hüpfen, Laufen, Springen, Kriechen und anderen Bewegungsformen aufgefordert, sich zu bewegen. Die Bewegung soll den Kindern beim Ankommen helfen, indem sie sich bewußt spüren und 'auspowern' können, um so vorhandene Spannung abzubauen. Dabei können sich Einzel- und Partnerübungen abwechseln.

- Gefühlsscharade

Bei diesem Spiel werden unterschiedliche Gefühle auf ein Kärtchen (Pro Kärtchen ein Gefühl) geschrieben und ein Mitspieler versucht pantomimisch dieses Gefühl darzustellen. Die anderen Kinder sollen nun dieses Gefühl erraten. Derjenige der das Gefühl als erster errät ist nun als nächstes an der Reihe.

- Flaschendrehen (nach Billstein & Voigt 1991, S. 18 - 20)

In der Mitte des Kreises liegt ein Stapel umgedrehter Spielkarten. Auf diesen stehen unvollständige Sätze: Wenn ich zufrieden, traurig, wütend, einsam etc. bin, dann ...). Die Flasche in der Kreismitte wird gedreht, und auf wen sie zeigt, der muß diesen Satz vervollständigen.

3. Aktivität: Pause (ca. 15-20 Min.)

4. Aktivität: Geschichte & Aufgabenstellung (ca. 45-60 Min.)

In der ‚Anna-Geschichte‘ (Brett 1995, S. 219 - 227) wird die Lebenssituation der kleinen Anna dargestellt, deren Vater alkoholabhängig ist. Nach dem Vorlesen erfolgt ein Gespräch mit den Kindern, u.a. mit den Fragestellungen:

- Wie geht es Anna in der Schule? (Projektarbeit, Freundin nach Hause einladen)
- Wie fühlt sich Anna zu Hause? (Streitereien der Eltern, Aggression des betrunkenen Vaters, Geheimnis bewahren, kränkelnde Mutter, Schuldgefühle, kein Spaß mit anderen Kindern haben, Gefühle unterdrücken, Unberechenbarkeit des Vaters usw.)
- Wie geht es Anna, als die Lehrerin sie anspricht? (Verständnis, Enttabuisierung, Lösungsversuch)
- Kennt ihr ähnliche Gefühle wie Anna?
- Wie geht es mir, wenn Mama oder Papa trinken?

Anschließend erhalten die Kinder Gelegenheit, ihre Gefühle in Bezug auf das Trinkverhalten ihrer Eltern mit kreativen Materialien umzusetzen (Papier, Farbe, verschiedene Stifte, Tonpapier und Modelliermasse). Nachdem die Kinder ihre Arbeiten beendet haben, erfolgt ein gemeinsames Besprechen und Betrachten der Arbeiten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die individuelle Würdigung der Arbeiten und der dazugehörigen Gefühle der Kinder.

5. Aktivität: Mittagspause (ca. 120 Min)

Für die Mittagspause sind zwei Stunden veranschlagt. Die Kinder und Gruppenleiter können gemeinsam Kochen und Essen und anschließend draußen etwas unternehmen (Spielplatz, Garten, Bolzplatz).

6. Aktivität: Luftballons (ca. 30-45 Min.)

- freies Experimentieren

Die Luftballons bieten vielfältige Möglichkeiten der Bewegungsgestaltung (ausführlich hierzu: Gräsel & Ullmann 1989, S. 46 - 48) Die Kinder sollen wieder im Gruppenraum ‚Ankommen‘ und Energie ablassen, um sich auf die nächste Einheit einlassen und konzentrieren zu können.

- **Experiment und Erklärung: Was passiert bei einem Gefühlsstau?**

In der nächsten Übung soll den Kindern vermittelt werden, was ein ‚Gefühlsstau‘ ist, und was bei einer ‚Gefühlsexplosion‘ passiert (vgl. Jaede, Wolf, Zeller-König 1996, S. 71 - 74). Bei dieser Übung werden die Kinder gebeten, ihre Gefühle in Bezug auf das Trinkverhalten ihrer Eltern auf einen aufgeblasenen Luftballon zu schreiben oder in Form von Gesichtern zu malen. Anschließend werden die Luftballons nacheinander in eine große Tonne gedrückt. Die Gruppenleiter erklären, daß durch das Entstehen von vielen Gefühlen auf engstem Raum - wie im inneren des Körpers - ein ‚Gefühlsstau‘ entstehen kann, der dann wie bei einem Vulkan zum Ausbruch kommen kann, wenn sich zu viele Gefühle ansammeln. Dies kann dann zu einer ‚Gefühlsexplosion‘ führen. Die Reaktion eines ‚Gefühlsstaus‘ wird den Kindern gezeigt, indem weitere Luftballons in die Tonne gepreßt werden. Es werden so viele Ballons hineingepreßt, bis einzelne von ihnen platzen oder aus der Tonne entweichen. Dann erklären die Gruppenleiter, daß ein ‚Gefühlsstau‘ und eine ‚Gefühlsexplosion‘ verhindert werden kann, wenn über Gefühle rechtzeitig gesprochen wird oder sie in anderer Form ausgedrückt werden.

- Luftballons fliegen lassen

Zum Schluß dieser Einheit können die Kinder ihre Luftballons gemeinsam fliegen lassen. Damit wird auf symbolischer Ebene das Loslassen von negativ besetzten Gefühlen spielerisch ausgedrückt.

7. Aktivität: Pause (ca. 15-20 Min.)

8. Aktivität: Wunschbaum (ca. 15 Min.)

Die Kinder sollen nun überlegen, welche Wünsche und Bedürfnisse sie haben. Diese sollen sie nun auf ein grünes ausgeschnittenes Blatt aufschreiben und an den von den Gruppenleitern vorbereiteten Baum kleben. Anschließend wird der Wunschbaum der Gruppe im Raum aufgehängt.

9. Aktivität: Abschlußspiel-Zublinzeln (ca. 10 Min.)

10. Aktivität: Schlußkreis (ca. 10 Min)

5.4.3 Beispiel für ein Familienwochenende

Übersicht: 1. Tag

Thema: „Komm, wir finden einen Schatz“

1. Eingangsrunde
2. Kennenlernspiele- ‚warm up‘ Teil I
 - Musik und Bewegungen mit Chiffontüchern zum ‚wachwerden‘
 - Vorstellen: Würfelspiel
 - Zublinzeln
 - Ich schick einen Brief an ...
3. PAUSE
4. Aktivität: Kennenlernspiele: Teil II
 - Regenmacher
 - Obstkorb
 - Wollknäuel
 - Aufruhr im Zoo
5. PAUSE - MITTAGESSEN
6. Einführung in das Thema: Teil I
 - Vorstellen der eigenen Schätze
 - Kimspiel
 - Schatzkästchenbauen
7. PAUSE
8. Aktivität: Einführung in das Thema: Teil II
 - Partnerübung
 - Schatzgeschichte erfinden in Kleingruppe
9. Abschlußspiel
10. Schlußkreis
11. PAUSE - ABENDESSEN
12. Gemeinsamer Abend:
 - Grillen/Lagerfeuer
 - gemeinsames Singen/Kreistänze
 - Nachtwanderung

Beispiel für ein Familienwochenende

Übersicht: 2. Tag

Thema: „Komm, wir finden einen Schatz“

1. Eingangsrunde (mit Ritual)
2. Einführung in das Tagesthema: Wir gehen auf Schatzsuche
 - Geschichte
 - Piratenlied
3. Aufgaben und Gruppenbildung
 - Piratenflagge erstellen
 - Namen erfinden (jeder Teilnehmer u. Gruppe)/Piratenschlachtruf
 - Kostüme, Schminken, Requisiten herstellen
 - gemeinsamer Piratenvorstellungskreis
4. PAUSE- MITTAGESSEN
5. Schatzsuche
6. Kleines Abschlußpiratenfest

Ziele:

- Ressourcenmobilisierung der Familienmitglieder durch erlebnispädagogische Angebote
- sich gemeinsam als Familie wieder positiv erleben
- Förderung der Kooperations-/Entscheidungsfähigkeit
- Förderung der Erlebnisfähigkeit, des Sozialverhaltens, der Kommunikations-Konfliktfähigkeit
- Aufbau von Selbstvertrauen und Verantwortungsübernahme
- Intensivierung der Eltern-Kindbeziehung
- Stärkung des Gruppengefühls
- Alternativen der Freizeitgestaltung kennenlernen

1. Tag

1. Aktivität: Eingangsrunde (ca. 15 Min.)

2. Aktivität: Kennlernspiele - ‚warm up‘ Teil: I (ca. 45-60 Min)

Die folgenden Spiele werden ausführlich im Anhang erläutert. Sie dienen dem ersten Kennenlernen und dem Angstabbau der Teilnehmer. Auch sollen sie bei den Teilnehmern Spaß erzeugen und deren Spielfreude anregen. Dabei ist es wichtig die Spiele so auszuwählen, daß sie dynamisch, abwechslungsreich (Spannung - Entspannung) sind, keine ‚peinlichen‘ Elemente enthalten (jemand wird ausgelacht) und die Spieler nicht überfordern. Die Gruppenatmosphäre wird dadurch entspannt und aufgelockert und die Lust am gemeinsamen Spielen und Erleben kann wieder geweckt werden.

- **Musik und Bewegungen mit Chiffontüchern zum wach werden**

Die Gruppenteilnehmer experimentieren mit den Chiffontüchern, indem sie unterschiedliche Bewegungsanregungen einzeln oder als Paarübung ausführen können. Ausführliche Übungsbeschreibungen zum Laufen, Hüpfen, Springen, Werfen, Fangen usw. sind bei Gräsel & Ullmann (1989, S. 42 - 45) beschrieben.

3. Aktivität: Pause (ca. 15 Min)

4. Aktivität: Kennlernspiel: Teil II (ca. 45-60 Min.)

5. Aktivität: Pause - Mittagessen (ca. 180 Min.)

Für die Familien ist es wichtig, während des Wochenendes auch etwas Zeit für sich zu haben und ihren Bedürfnissen nachzugehen.

6. Aktivität: Einführung in das Thema: Teil I

- Vorstellen der eigenen Schätze (ca. 15-20 Min)

Die Kinder und Familien erzählen und zeigen ihre mitgebrachten Schätze und kommen so miteinander ins Gespräch. Es gilt, die Besonderheit und die individuelle Geschichte eines jeden Schatzes herauszuarbeiten und zu würdigen.

- Kimspiel (ca. 10 Min)

Bei diesem Spiel werden alle Schätze auf ein großes Tablett gelegt. Ein Spieler wird nach draußen geschickt. Dieser muß anschließend erraten, welche Schätze, die in der Zwischenzeit auf dem Tablett entfernt wurden, fehlen.

- Schatzkästchenbauen (ca. 30-45 Min)

Die Kinder können mit ihren Eltern oder auch allein aus alten Schachteln oder Spanndosen ihr eigenes Schatzkästchen bauen. Hierfür werden ihnen zum Verziieren Stoffreste, Perlen, Muscheln, Glitzersteine, Filz usw. zum Basteln angeboten.

7. Aktivität: Pause (ca. 15 Min)

8. Aktivität: Einführung in das Thema: Teil II

- Schatzkästchen vorstellen (10 Min)

Die Gruppenteilnehmer erzählen sich zu zweit von den Erlebnissen beim Schatzkästchenbauen und den Besonderheiten ihres Schatzes.

- Schatzgeschichte erfinden in Kleingruppe (30-60 Min)

Es werden nun per Losverfahren Kleingruppen gebildet(4 - 5 Teilnehmer). Dies erhalten die Aufgabe eine Schatzgeschichte zu erfinden, bei denen die Schätze der Kleingruppenteilnehmer eine tragende Rolle spielen sollen. Anschließend stellt jede Gruppe ihre Geschichte vor.

9. Aktivität: Abschlußspiel (ca. 5-10 Min)

10. Aktivität: Schlußkreis (ca. 5 Min)

11. Aktivität: Pause - Abendessen (ca. 120 Min)

12. Aktivität: Gemeinsamer Abend

- Grillen/Lagerfeuer
- gemeinsames Singen/Kreistänze
- Nachtwanderung

2. Tag

1. Aktivität: Eingangsrunde

2. Aktivität: Einführung in das Tagesthema. Wir gehen auf Schatzsuche (ca. 20- 30 Min.)

- Geschichte
- Piratenlied

Besonders wichtig an diesem Morgen ist ein atmosphärisches Einstimmen in das Tagesgeschehen. Dies geschieht am besten, indem sich beide Gruppenleiter als Piraten verkleiden und die Teilnehmer mit einer Piratengeschichte (z.B. von Franz 1997) und einem Lied begrüßen. Das Piratenlied kann dann gemeinsam mit allen Teilnehmern eingeübt werden (Liedbeispiele siehe Anhang)

3. Aktivität: Aufgaben und Gruppenbildung (ca. 90 Min.)

Die Gruppenleiter erklären, daß es für die am Nachmittag stattfindende Schatzsuche notwendig ist, einige Vorbereitungen zu treffen. Dafür werden die Teilnehmer durch Losverfahren in Kleingruppen eingeteilt. Diese haben dann folgende Aufgaben:

- eine Piratenflagge aus den vorhandenen Materialien zu erstellen;
- einen gemeinsamen Namen und einen Schlachtruf für die Piratenmannschaft sowie einen individuellen Piratennamen für jeden Teilnehmer erfinden;
- Kostüme und Requisiten herstellen und sich schminken.

Anschließend können sich die Piratenmannschaften gegenseitig vorstellen.

4. Aktivität: Mittagspause

5. Aktivität: Schatzsuche (ca. 90-120 Min.)

Die Schatzsuche bildet den Höhepunkt des Wochenendes. Als Schatz können in Silber oder Goldfolie eingewickelte Süßigkeiten oder kleine Spielzeuge genommen werden, die in eine Kiste oder Truhe verpackt werden. Jede Piratenmannschaft erhält von den Gruppenleitern eine Schatzkarte, in der unterschiedliche Spielstationen eingezeichnet sind. Diese gilt es nun zu absolvieren, um den Schatz zu finden. An der letzten Spielsta-

tion erhalten die Piraten dann einen Hinweis, wo sich der Schatz befindet. Einige der Eltern werden benötigt, um die Spielstationen zu beaufsichtigen und die ‚Prüfungen‘ der Piraten abzunehmen. Dazu gehören z.B.:

- gemeinsam ein Piratenlied singen (wurde in der Einführungsrunde geübt);
- Piratenpuzzle lösen (ein Wort wird in seine einzelnen Buchstaben zerlegt);
z.B. Enterhaken, Piratenschiff, Matrose);
- Flaschenpost schreiben;
- einen Hindernisparcours mit verbundenen Augen überwinden;
- bestimmte Gegenstände sammeln (weiße Steine, versteckte Makierungen z.B. farbige Bänder). Weitere Spielanregungen sind bei Fritz (1994) nachzulesen.

6. Aktivität: Kleines Abschlußpiratenfest

Bei einem gemeinsamen Essen und Trinken soll der Tag gemütlich ausklingen. Zum Abschied wird noch von allen Teilnehmern ein Erinnerungsfoto gemacht und feierlich die Piratenurkunden überreicht.

6. Die Bedeutung der sozialen Gruppenarbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien für die sozialarbeiterische Praxis

Die Arbeit mit Kindern und Bezugspersonen aus alkoholbelasteten Familien stellt eine besondere Herausforderung an die sozialarbeiterische Praxis dar. Nicht nur die Arbeit mit den Suchtkranken selber muß zur Selbstverständlichkeit werden, es müssen auch mehr Angebote speziell für die Kinder suchtkranker Eltern/-teile geschaffen und vor allem etabliert sowie finanziell und konzeptionell abgesichert werden. Die Kosten für diese Angebote sollten durch übergeordnete Gremien wie die DHS und Verbände der freien Wohlfahrtspflege getragen und focussiert werden. Aber auch auf Bundes-, Landes- und Kreisebene muß das Bewußtsein für die Notwendigkeit und Effizienz dieser Arbeit geschärft und damit die Bereitstellung ausreichender finanzieller Mittel langfristig abgesichert werden.

Für die Arbeit mit Kindern und deren Bezugspersonen ist ein solides theoretisches Grundwissen über Alkoholabhängigkeit und Interaktionsmuster in Alkoholikerfamilien unerlässlich, um die Qualität des methodisch-didaktischen ebenso wie des therapeutischen Handelns abzusichern. Daher empfiehlt es sich dringend, über eine entsprechende Zusatzqualifikation z.B. in Form einer therapeutischen Zusatzausbildung die entsprechenden Qualifikationen zu erzielen. So ist es beispielsweise seit kurzem möglich, sich an der KFH Köln im Rahmen eines besonderen Ausbildungsganges zum Suchttherapeuten ausbilden zu lassen. Die sozialarbeiterische Kompetenz in diesem Aufgabenfeld zeichnet sich insbesondere durch die Fähigkeit des Sozialarbeiters/bzw. der Sozialarbeiterin aus, die eigene Entwicklung mit ihren prägenden Spuren nicht aus dem Blick zu verlieren oder zu verleugnen, sondern diese in ihr berufliches Handeln zu integrieren (Geißler & Hege 1999, S. 229). Überdies sollte der/die Sozialarbeiter/In auch über die Fähigkeit verfügen, *„sich auf die Klienten mit ihren Bedürfnissen und Anforderungen einzustellen beziehungsweise einzulassen, über die Situation und deren Bedingungen selbst nachdenken zu können und sich nicht in ihr zu verfangen“* (soziale Kompetenz) (Geißler & Hege 1999, S. 232).

Die Arbeit mit den Kindern darf nicht nur ‚Hobby‘ einzelner Mitarbeiter bleiben, sondern muß als Gesamtkonzept in die Institution integriert werden (vgl. Arenz-Greiving 1998a). Hierfür eignen sich insbesondere Suchtberatungsstellen und Einrichtungen der Jugendhilfe wie Erziehungs- und Familienberatungsstellen. Ein besonderes

Augenmerk sollte auf der Multiplikatorenarbeit und der Vernetzung innerhalb der bestehenden Beratungsstellen und mitbehandelnden Institutionen liegen. Noch immer gibt es zu wenig regelmäßigen Erfahrungs- und Gedankenaustausch. Die Teilnahme der Mitarbeiter an Supervisionsveranstaltungen sollte selbstverständlich sein. Insbesondere gilt es, gezielte Fortbildungen/Schulungen für Fachleute (Sozialarbeiter, Lehrer, Psychologen, Ärzte, Therapeuten etc.) anzubieten und eine besondere Sensibilisierung im Hinblick auf das Tabuthema Alkohol in Familien zu fördern, um die besonderen Bedürfnisse von Kindern aus alkoholbelasteten Familien zu erkennen und gezielte Hilfsangebote bereitstellen zu können. Damit den Familien der Zugang zu entsprechenden Hilfeangeboten erleichtert wird, bedarf es einer breiten Öffentlichkeitsarbeit, die über Betreuungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten informiert und berät. Wünschenswert in diesem Zusammenhang wäre es, im Rahmen stationärer Angebote eine größere Aufnahmekapazität für betroffene Eltern mit ihren Kinder zu schaffen und darüberhinaus entsprechende Eltern/Kind Angebote in diesen Institutionen bereitzustellen.

Um die Wirksamkeit von sozialer Gruppenarbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien zu maximieren, muß künftig genauer als dies bisher geschehen ist, geprüft werden, welche Variablen für den Erfolg solcher Programme verantwortlich sind. Im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum ist in Deutschland erst seit wenigen Jahren eine intensivere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema zu beobachten, so daß es noch beträchtliche Forschungsdefizite gibt, deren Beseitigung durch weiterführende Studien wünschenswert wäre. Für die sozialarbeiterische Praxis in Deutschland könnten, gleichsam als Zwischenlösung, auch zusätzliche Forschungsberichte hilfreich sein, die den Gang der internationalen Forschung zusammenfassen und im Blick auf seine Praxisrelevanz bewerten.

7. Zusammenfassung und Ausblick

Ein besonderes Anliegen dieser Arbeit war es, aus einem sozialarbeiterischen Blickwinkel heraus die besondere Situation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien zu betrachten und den Leser für die Probleme und Bedürfnisse der betroffenen Kinder zu sen-

sibilisieren. Die vorliegende Arbeit möchte dazu beitragen, daß aus den „vergessenen Kindern“ gesehene Kinder werden.

Die gegenwärtige Forschung kann mittlerweile ein genaues Bild von der Situation der Kinder zeichnen, die in alkoholbelasteten Familien aufwachsen, zu denen häufig dysfunktionale Interaktionsmuster und psychodynamische Vorgänge in den Familien zählen. Aber auch gezielte Fragestellungen im Hinblick auf die Transmission von Alkohol konnten entwickelt werden und anhand eines biopsychosozialen Modells erklärt werden.

Besonders zu betonen ist die Tatsache, daß obwohl die vorgestellte Risikogruppe besonders gefährdet ist, eine eigene Suchterkrankung oder eine andere psychische Störung zu entwickeln, gerade durch langfristige und früheinsetzende Interventionsmaßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen positive Entwicklungsverläufe dieser Kinder möglich sind.

Insbesondere die Sozialarbeit kann hier durch unterschiedliche Angebote der sozialen Gruppenarbeit einen wichtigen Beitrag dazu leisten, neue Perspektiven für die betroffenen Kinder und ihre Familien aufzuzeigen. Die vorgestellten Konzepte dieser Arbeit machen das deutlich, obwohl insgesamt betrachtet noch eine Menge an konzeptionellen Spielräumen ausgeschöpft werden könnte. Wünschenswert in diesem Zusammenhang wäre eine flächendeckende, im bestehenden Suchthilfesystem verankerte Angebotsstruktur für diese Klientel, so daß das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage ausgewogener wäre.

Wegweisend für das Suchthilfesystem NRW könnte der in Köln gegründete Verein: „Kinder ohne den schädlichen Einfluss von Alkohl und anderen Drogen“ e.V. (KOALA) sein, der sich zum Ziel gesetzt hat, Hilfemaßnahmen für Kinder (Schwerpunkt: Frühinterventionen) von Suchtkranken finanziell zu fördern, eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit anzustreben sowie Weiterbildung von Fachkräften aus unterschiedlichen beruflichen Disziplinen zu unterstützen.

8. Literaturverzeichnis

8.1 Konzeptionen

Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg e. V. Jahresbericht. (1999). MAKS. Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken. Freiburg.

Caritasverband f. d. Region. Region Schaumberg-Blies e. V. (1997). Erfahrungs- und Konzeptionsbericht über eine Gruppe von Kindern aus Suchtfamilien.

Caritasverband für das Stadtdekanat Neuss e. V. (1999). Ons Zentrum. KIZ. Arbeiten mit Kindern von Suchtkranken. Abschlußbericht.

Diakonisches Werk. Suchtpräventionsstelle. Altenkirchen. (1999). Konzeption des Projektes: Das sind wir. Reden-Fühlen-Vertrauen-Spielen.

Ehrenfried, T.; Heinzelmann, C.; Kähni, J. & Mayer, R. (Hg. 1998). Arbeiten mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. Balingen.

Kähni, J. (1999). Jahresbericht. Quelle:
http://www.jkaehni.de/Suchtfamilien/Berichte/1999body_1999.html

Katholische Erziehungsberatung e. V. Bergisch-Gladbach. (1998). Arbeitsbericht für das Jahr 1998. KIDS & CO. Kinder von Suchtkranken.

Katholische Erziehungsberatung e. V. Bergisch Gladbach. (1998). KIDS & CO. Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Konzepte für Kinder suchtkranker Eltern im Rheinisch-Bergischen Kreis.

Robinson, B. E. & Rhoden, J. L. (1998). Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook. London: Sage Publications.

Sozialdienst Katholischer Männer e. V. Bocholt. (1995). Referat. Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern/-teile. Referenten: Passenschröder, M. & Pacho, B.

Sozialdienst Katholischer Männer e. V. Bocholt. (1997). Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern/-teile.

Sozialdienst katholischer Männer e. V. Bocholt. Kolibri. Konzeption 2000.

8.2 Literatur

- Akin, T. (2000). Selbstvertrauen und soziale Kompetenz. Übungen, Aktivitäten und Spiele für Kids ab 10. Mülheim: Verlag an der Ruhr.
- Albrecht, K. P. (1997). Familien“krankheit” Alkoholismus. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- Antes, W. (1999). Erlebnispädagogik - Fundierte Methode oder aktuelle Mode. In: Jugendstiftung Baden-Württemberg (Hg.). Erlebnispädagogik. Planspiele - Gruppenaktionen - Kopiervorlagen. S. 9-24. Münster: Ökotoxia.
- Appel, C. (1988). Das vernachlässigte Thema der Prävention. In: Jugendschutz Heute. Fachzeitschrift für Jugendschutz, 2, S. 14 - 16.
- Appel, C. (1994). Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg: Lambertus.
- Arenz-Greiving, I. & Dilger H. (Hg. 1994). Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis. Freiburg: Lambertus.
- Arenz-Greiving, I. (1995). Kinder von Suchtkranken. Eine Problemanzeige und der Versuch einer Situationsbeschreibung. Vortrag gehalten beim Informationstreffen des SKM Bocholt am 10.12.1994. In: Mitteilungen des Landesjugendamtes, 122/95, S. 95 - 103.
- Arenz-Greiving, I. (1998). Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und Angehörige. Ein Handbuch für Leiterinnen und Leiter. Freiburg: Lambertus.
- Arenz-Greiving, I. (1998a). Die vergessenen Kinder, Kinder von Suchtkranken. Hamm: Hoheneck; Wuppertal: Blaukreuz Verlag.
- Arenz-Greiving, I. (1998b). Familien mit suchtkranken Mitgliedern. In: Diözesan-Caritasverband Köln (Hg.). „Wenn Mama und Papa high sind - bin ich down“. Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Dokumentation einer Fachtagung vom 7. Mai 1998. S. 32-50. Köln: Diözesan-Caritasverband.
- Arenz-Greiving, I. (1999). Mir kann das nicht passieren. Referat. In: PSAG Köln (Hg.). Suchtkranke Eltern - Suchtkranke Kinder?! Dokumentation zur Fachtagung. S. 17 - 32.
- Bange, D. & Deegner, G. (1996). Sexueller Mißbrauch an Kindern. Ausmaß - Hintergründe - Folgen. Weinheim: Beltz.
- Bätz, A. (1997). Zur Situation von Kindern in Alkoholikerfamilien. Familienstruktur und Rollenzuschreibung. Aachen: Shaker.
- Bertenghi, C. (1997). Kinder drogenabhängiger Eltern. Zürich: Juventute.
- Bertling, A. (1993). Wenn die Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Berlin: Mona Bögner Kaufmann.
- Bertling, A. (1995). Verhaltensmuster und -störungen mitbetroffener Kinder alkoholkranker Eltern. In: Unsere Jugend, 5, S. 206 - 209.
- Billstein, E. & Voigt, A. (1991). Ich lebe viel. Materialien zur Suchtprävention. Mülheim: Verlag an der Ruhr.
- Black, C. (1988). Mir kann das nicht passieren. Kindern von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Berlin: Mona Bögner Kaufmann.

- Brakhoff, J. (1987). Kinder von Suchtkranken. Situation, Prävention, Beratung und Therapie. Freiburg: Lambertus.
- Brett, D. (1995). Anna zähmt die Monster. Therapeutische Geschichten für Kinder. Salzhausen: Iskopress.
- Broich, K. H. (1994). Kinder in der ambulanten Suchtarbeit. Projekt Kinderseminar. In: Arenz-Greiving, I. & Dilger, H. (Hg.). Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis. S. 111 - 127. Freiburg: Lambertus.
- Bührs, R. (1994). Der Arzneimittelmisbrauch bei primär alkoholabhängigen Jugendlichen. Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung in Niedersachsen. In: Sucht, 40, S. 165 - 170.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Hg. 1998). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Geschlechtsbezogene Suchtprävention. Praxisansätze, Theorieentwicklung, Definitionen. Band 2.
- Burr, A. (1985). Alkohol in der Familie. Wege zur Selbsthilfe. München: Kösel.
- Cotten, N. S. (1997). The familial incidence of alcoholism. In: Journal of Studies on Alcohol, 40, S. 8 - 116.
- DHS (Hg. 1993). Sucht und Familie. Freiburg: Lambertus.
- DHS (Hg. 1995). Alkoholismus. Eine Information für Ärzte.
- Dilger, H. (1994). Kinder - Sucht - Eltern, „Maks“: Ein Modellprojekt für Kinder und ihre suchtkranken Eltern. In: Arenz-Greiving, I. & Dilger, H. (Hg.). Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis. S. 68 - 77. Freiburg: Lambertus.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD - 10. Bern: Huber.
- Diözesan-Caritasverband Köln (Hg. 1998). „Wenn Mama und Papa high sind - bin ich down“. Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Dokumentation einer Fachtagung vom 7. Mai 1998. Köln: Diözesan-Caritasverband.
- Drake, R. E. & Vaillant, G. E. (1988). Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. In: British Journal of Addiction, 83, S. 799 - 807.
- Elpers, M. & Lenz, K. (1994). Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 22, S. 107 - 113.
- Feuerlein, W. (2000). Alkohol-Abhängigkeit. In: Stimmer, F. (Hg.). Suchtlexikon. S. 16-21. München: Oldenbourg-Verlag.
- Feuerlein, W.; Küfner, H. & Soyka, M. (1998). Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, T. & Ziegenspeck, J. W. (2000). Handbuch Erlebnispädagogik. Von den Ursprüngen bis zur Gegenwart. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Flügel, A. & Lindemann, F. (1992). Mein Kind hat nix gemerkt. Sucht und Familie. Geesthacht: Neuland.
- Fritz, J. (1994). Erlebnisspiele im Freien. Spielgeschichten - Olympiaden - Rallyes - Abenteuerspiele - Essen, Trinken und Feste Feiern - Erinnerungen schaffen. Mainz: Grünewald.

- Geißler, K. A. & Hege, M. (1999). Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Weinheim: Beltz.
- Gies, C. (1996). Suchtkranke Frauen und Kinder. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hg.). Kinder Suchtkranker. Symposium am 27.02.1996. S. 60 - 69. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.
- Gräsel, E.-M. & Ullmann, J. (1989). Vorschulkinder turnen mit Behelfsgeräten. Bad Homburg: Limpert.
- Grundmann, D. & Nöcker, G. (1999). Suchtprävention. Drei handlungsleitende Thesen zu einem gemeinsamen Anliegen. In: Suckfüll, T. & Stillger, B. (Hg.). Starke Kinder brauchen starke Eltern. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. S. 14 - 20. Köln: BZgA.
- Hantel-Quintmann, W. (1997). Licht und Schatten. Das Leben der Kinder in Suchtfamilien. In: Hantel-Quintmann, W. (Hg.). Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Le-sebuch. Familienpsychologie und Familientherapie. Band 3: Gesundheit und Krankheit. S. 227 - 255. Freiburg: Lambertus.
- Heinzelmann, C. (1998). Exemplarische Schilderung der Gruppenarbeit. In: Ehrenfried, T.; Heinzelmann, C.; Kähni, J. & Mayer, R. (Hg.). Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. S. 57 - 90. Balingen.
- Hesselbrock, V. M.; Stabenau, J. R.; Hesselbrock, M. N.; Meyer, R. E. & Babor, T. F. (1982). The nature of alcoholism in patients with different family histories for alcoholism. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 6, S. 607 - 614.
- Hey, G. (2000). Soziale Arbeit. In: Stimmer, F. (Hg.). Suchtlexikon. S. 536 - 542. München: Oldenbourg-Verlag.
- Hummel, P.; Thömke, V.; Haag, S. & Haag, M. (1998). Der Einfluß elterlichen Alkoholmißbrauchs auf die Entwicklung der Töchter. Untersuchung der Inanspruchnahme-population eines Mädchenwohnheimes. In: Sucht, 44/3, S. 207 - 215.
- Jaede, W.; Wolf, J. & Zeller-König, B. (1996). Gruppentraining mit Kindern aus Trennungs- und Scheidungsfamilien. Weinheim: Beltz.
- Klein, M. (1996a). Prävention suchtbedingter Gewalttaten am Beispiel von Kindern aus suchtblasteten Familien - Eine Bestandsaufnahme der Ausgangsbedingungen. Quelle: Netzwerk Psychologische Suchtforschung / ATP Leitseite / Psychologisches Institut Universität Heidelberg.
- Klein, M. (1996b). Erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hg.). Kinder Suchtkranker. Symposium am 27.02.1996. S. 27 - 38. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.
- Klein, M. (1996c). Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit - Kinder und Erwachsene aus suchtblasteten Familien. Eine Bestandsaufnahme. In: Psychomedizinische Zeitschrift für Psychologie und Medizin, 8, S. 154 - 158.
- Klein, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie, 6/3, S. 133 - 140.

- Klein, M. (1998). Kinder suchtkranker Eltern: Fakten, Daten, Zusammenhänge. In: Diözesan-Caritasverband Köln (Hg.). „Wenn Mama und Papa high sind - bin ich down“. Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern. Dokumentation einer Fachtagung vom 7. Mai 1998, S. 8 - 31. Köln: Diözesan-Caritasverband.
- Klein, M. (1999). Alles total geheim. In: PSAG Köln (Hg.). Suchtkranke Eltern - Suchtkranke Kinder?! Dokumentation zur Fachtagung, S. 37 - 50.
- Klein, M. (2000). Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, G.; Körgerl, J. & Schalz, U. (Hg.). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. S. 139 - 158. Bonn: Psychatrieverlag.
- Klein, M. & Zobel, M. (1998). Zusammenfassung des Zwischenberichtes zum Modellprojekt „Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multi-problemfamilien“. (RIAS). Im Auftrag des Ministeriums für Jugend, Kultur, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. Quelle: <http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/forschung/ALKOHOL/K&E497.htm>
- Klein, M. & Zobel, M. (1999). Kinder in suchtbelasteten Familien - Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und ätiologischer Perspektive. In: Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. S. 244 - 257. Geesthacht: Neuland.
- Köppl, B. & Reiners W. (1987). Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern. Freiburg: Lambertus.
- Kraus, L. & Bauernfeind, R. (1998). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. In: Sucht, 44/1, S. 5 -82.
- Kröger, F.; Dirkmann, A.; Wälte, D.; Lask, J. & Petzhold, E. R. (1994). Der Apfel fällt nicht weit vom Stamm? Zur Situation der Kinder in Alkoholkranken-Familien. In: System Familie, 7, S. 159 - 165.
- Kubicka, L.; Konzeny, J. & Roth, Z. (1990). Alcohol abuse and its psychosocial correlates in sons of alcoholics as young men and in the general population of young men in Prague. In: Journal of Studies on Alcohol, 51, S. 49 - 58.
- Lachner, G. & Wittchen, H. U. (1995). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, 24, S. 118 - 146.
- Lachner, G. & Wittchen, H. U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hg.). Abhängigkeit von Alkohol und Drogen, S. 43 - 89. Göttingen: Hogrefe.
- Lambrou, U. (2000). Familienkrankheit Alkoholismus. Reinbeck: Rothwohl.
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (1990). Kinder suchtkranker Eltern. Auffälligkeiten - Risiken - Hilfestellungen. Dokumentation der Informations- und Arbeitstagung, Neumünster.
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein. (1993). Sucht und Beziehung. Dokumentation.
- Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Schleswig-Holstein (Hg. 1995). Familie - Sucht - Gewalt. Dokumentation.
- Lask, K. (1992). Wir brechen das Schweigen. Kinder von Alkoholabhängigen wecken Hoffnung. Wuppertal: Blaukreuz Verlag.

- Lindemann, F.; Flügel, A. & Michaelis, H. (1999). Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchbelasteten Lebensgemeinschaften. Geesthacht: Neuland.
- Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Lösch, H. (1997). Auswirkungen von Sucht auf die Familie. In: Diakonie, 1, S. 46-47.
- Löser, H. (1995). Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart: Fischer.
- Lund, C. & Landesman-Dwyer, S. (1979). Pre-delinquent and disturbed adolescents: The roll of paternal alcoholism. In: Galanter, M. (Hg.). Currents in alcoholism, Bd. 4, S. 339-348. New York: Grune & Stratton.
- Mayer, R. (1998). Kinder von Suchtfamilien - was ist denn da so Besonderes? In: Ehrenfried, T.; Heinzelmann, C.; Kähni, J. & Mayer, R. (Hg.). Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis, S. 1 - 37. Balingen.
- McKenna, T. & Pickens, R. (1981). Alcoholic children of alcoholics. In: Journal of Studies on Alcohol, 42, S. 1021 - 1029.
- Mebes, M. (1988). Gewalt gegen Kinder in alkoholkranken Familien. In: Jugendschutz Heute. Fachzeitschrift für Jugendschutz, 2, S. 12 - 13.
- Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hg. 1999). Frauen - Sucht - Gesellschaft. Dokumentation einer Fachtagung am 28.01.1999 in Trier. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.
- Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hg. 1996). Kinder der Suchtkranker. Symposium am 27.02.1996. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz.
- Münder, J. (1993). Familien- und Jugendrecht. Eine sozialwissenschaftlich orientierte Darstellung des Rechts der Sozialisation. Band 2: Jugendhilferecht. Weinheim: Beltz.
- Pandina, R. J. & Johnson, V. (1989). Family drinking history as predictor of alcohol and drug consumption among adolescent children. In: Journal of Studies on Alcohol, 50, S. 245 - 253.
- Pandina, R. J. & Jonson, V. (1990). Serious alcohol and drug problems among adolescents with a family history of alcoholism. In: Journal of Studies on Alcohol, 51, S. 278 - 282.
- Projekt Kinder aus suchbelasteten Familien (Hg. 1996). Nichts für Kinder. Geesthacht: Neuland.
- PSAG Köln in Kooperation mit dem Rheinisch-Bergischen-Kreis. (Hg. 2000). Suchtkranke Eltern - Suchtkranke Kinder?! Informationen und Hilfsmöglichkeiten.
- PSAG Köln in Kooperation mit dem Sozialdienst Kath. Männer e.V. (Hg. 1999). Suchtkranke Eltern - Suchtkranke Kinder?! Dokumentation zur Fachtagung.
- Puxi, M. & Preiß, U. K. (1999). Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile. Stuttgart: Kohlhammer.

- Quinten, C. & Klein, M. (1999). Langzeitentwicklung von Kindern aus suchtblasteten Familien - Ergebnisse der Thommener Kinderkatamnese. In: Fachverband Sucht e. V. (Hg.). Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. S. 235 - 234. Geesthacht: Neuland.
- Rennert, M. (1989). Co-Abhängigkeit. Was Sucht für Familien bedeutet. Freiburg: Lambertus.
- Richelshagen, K. (Hg. 1994). Sucht, Macht und Gewalt. Reflexionen über tabuisierte Themen. Freiburg: Lambertus.
- Robinson, B. & Lyn Rhoden, J. (1998). Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook. London: Sage Publications.
- Robra, A. (1999). Sucht. Das Spiel Buch. Spiele und Übungen zur Suchtprävention in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit und Betrieben. Seelze: Kallmeyer.
- Roidl, U. P. (1988). Arbeit mit Kindern aus Familien mit Suchtproblemen. In: Jugendschutz Heute. Fachzeitschrift für Jugendschutz, 2, S. 8 - 11.
- Schiffers, B. & Großimlinghaus, B. (2000). Bausteine Kindergarten. Lustig ist das Piratenleben!/? Angst dich pack ich. Aachen: Bergmoser u. Höller.
- Schmidt, L. (1997). Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt-Grunert, M. (1997). Soziale Arbeit mit Gruppen. Eine Einführung. Freiburg: Lambertus.
- Schneewind, K. A. (1999). Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneider, B. (1996). Soziale Aspekte der Suchtmittelabhängigkeit: das soziale Umfeld leidet mit! In: Fachklinik Bad Tönisstein (Hg.). Alkohol & Familie. Probleme erkennen und lösen.
- Schumann, E. C. (1999). Beziehungsmuster erwachsener Kinder aus Alkoholikerfamilien. Eine qualitative Untersuchung. Wiesbaden: Dt. Univ.-Verl.
- Schwoon, D. (1988). Die Kinder von Abhängigen. In: Jugendschutz Heute. Fachzeitschrift für Jugendschutz, 2, S. 4 - 7.
- Seger, A. (1999). Kinder und Jugendliche aus alkoholkranken Familien erkennen und unterstützen. In: Romeike, G. & Imelmann, H. (Hg.). Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie, S. 239 - 247. Weinheim: Juventa.
- Sommerfeld, P. (1993). Erlebnispädagogisches Handeln. Ein Beitrag zur Erforschung konkreter pädagogischer Felder und ihrer Dynamik. Weinheim: Juventa.
- Soyka, M. (1999). Alkoholabhängigkeit. Grundlagen und Therapie. Berlin: Springer.
- Steinhausen, H. C. (1984). Kinder alkoholkranker Eltern. In: Steinhausen, H. C. (Hg.) Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie, S. 209 - 226. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stimmer, F. (Hg. 2000). Suchtlexikon. München: Oldenbourg-Verlag.
- Strausfeld, P. (1994). Mutter und Kind Therapie in einer Klinik für suchtkranke Frauen. In: Arenz-Greiving, I. & Dilger, H. (Hg.). Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis, S. 161 - 174. Freiburg: Lambertus.

- Teske, K. (1998). Wie erleben Kinder die Alkoholabhängigkeit in der Familie. Eschenborn: Dietmar Klotz.
- Villiez, T. (1986). Sucht und Familie. Berlin: Springer.
- Volmerg, U. (2000). Entwicklungsphasen in der Gruppe. In: Antons, K. (Hg.). Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken, S. 312 - 324. Göttingen: Hogrefe.
- Vopel, W. (1977). Interaktionsspiele. Teil 1. Hamburg: Isko-Press.
- Wegscheider, S. (1988). Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für Alkoholikerfamilien. Wildberg: Mona Bögner Kaufmann.
- Weinberger, S. (1998). Klientenzentrierte Gesprächsführung. Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. Weinheim: Beltz.
- Wellenhöfer, P. R. (1993). Gruppendynamik und soziales Lernen. Theorie und Praxis der Arbeit mit Gruppen. Stuttgart: Enke.
- Wohlfahrt, N. & Breitkopf, H. (1995). Selbsthilfegruppen und Soziale Arbeit: Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg: Lambertus.
- Woititz, J. G. (2000). Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München: Kösel.
- Woodside, M.; Coughy, H. & Cohen, R. (1993). Medical Costs of Children of Alcoholics - Pay Now or Pay Later. In: Journal of Substance Abuse, 5, S. 281 - 287.
- Zobel, M. (2000). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe.
- Zobel, M.; Rösch, W. & Quinten, C. (1994). Jahresbericht 1993. Zahlen - Daten - Fakten. Thommener Therapie Texte 6, Heft 2.

9. Anhang

Vorstellungs-Würfelspiel

Ein Kennlernspiel. Die Mitspieler sollten sich noch nicht so gut kennen.

Material: 1 großer (Schaumstoff)-Würfel (1 - 6 Augen), 1 großer Spielkegel (bunte Papierrolle oder irgendein Gegenstand; auch der Würfel selbst ist ausreichend), pro Mitspieler 1 DIN A4-Blatt: Vorderseite mit großem aufgemaltem Kreis, Rückseite leer. Zusammen ergeben die Blätter nun den Spielplan des Vorstellungs-Würfelspiels.

Teilnehmer-Zahl: bis zu 20 Teilnehmer

Dauer: ca. 1 Minute/Teilnehmer

Spielregel: Die Mitspieler sitzen in einer Runde und legen ihr Blatt mit der Vorderseite nach oben vor sich auf den Boden. Der Spielkegel steht auf dem Blatt im Kreis des Spielleiters.

Der Spielleiter beginnt, stellt sich mit Namen vor und sagt noch kurz etwas über sich selbst. Dann würfelt er, bewegt den Kegel im Uhrzeigersinn weiter auf das Feld (=Blatt) eines Mitspielers und dreht sein Blatt um, so daß nun die leere Seite zu sehen ist. Der angespielte Mitspieler stellt sich nun ebenfalls kurz vor (Name und einige wenige weitere Angaben), würfelt, zieht mit der Spielfigur und dreht sein Blatt ebenfalls um. Beim Ziehen werden die leeren Blätter übersprungen, so daß niemand zweimal drankommt.

Variante: Der Spieler, der zuletzt dran war, würfelt, stellt den Kegel auf das entsprechende Feld eines Mitspielers, spricht ihn mit dem Namen an und darf nun an diesen eine persönliche Frage stellen. Der gefragte antwortet und darf sein Blatt herumdrehen (Robra 1999 S. 17).

Regenmacher

Teilnehmer-Zahl: ab 10

Dauer: 5 - 10 Minuten

Spielregel: Der Spielleiter beginnt und gibt eine bestimmte Geräuschbewegung vor. Diese wird reihum im Kreis weitergegeben, bis sie wieder beim Spielleiter angelangt ist. Dann gibt der Spielleiter die nächste Bewegung vor. Während eines Umlaufs wird die Bewegung von allen Mitspielern, die sie schon erreicht hat, beibehalten.

1. Hände reiben kreisförmig aufeinander

2. Fingerschnipsen
 3. Hände klopfen auf die Oberschenkel
 4. Hände klopfen auf die Oberschenkel und die Füße stampfen auf den Boden
 5. Hände klopfen auf die Oberschenkel
 6. Fingerschnipsen
 7. Hände reiben kreisförmig aufeinander
 8. Stille, bis die 7. Bewegung ganz verklungen ist.
- (Robra, 1999, S. 33)

Wollknäuel

Material: 1 Wollknäuel

Teilnehmer-Zahl: beliebig

Die Spieler sitzen im Kreis. Der Spielleiter hat ein Wollknäuel mitgebracht. Nachdem er sich vorgestellt hat, wirft er das Wollknäuel einem anderen Spieler zu. Dabei hält er den Anfang des Wollfadens fest. Der nächste Spieler stellt sich ebenfalls vor und wirft seinerseits das Wollknäuel zu einem anderen Spieler, dabei hält er ebenfalls den Faden fest. Im Lauf der Zeit entsteht so zwischen den Spielern ein richtiges Wollfadennetz. Am Schluß kommt das Wollknäuel wieder zum Spielleiter.

Quelle: Praxis Spiel + Gruppe. Zeitschrift für Gruppenarbeit. Band 1. März 2000. S. 3.

Das Spiel vom Obstkorb

Bei diesem Spiel werden die Spieler in mehrere gleichgroße Gruppen aufgeteilt. Jede Gruppe erhält den Namen einer Obstsorte. Einer der Spieler wird zum Spielleiter erklärt. Dieser steht in der Mitte, während alle anderen Spieler im Stuhlkreis sitzen. Der Spielleiter gibt nun beispielsweise das Kommando: „Alle Äpfel tauschen den Platz.“ Danach müssen alle Äpfel inklusive des Spielleiters den Platz wechseln. Der Spieler, der keinen Sitzplatz gefunden hat, wird Spielleiter der nächsten Runde. Ein besonderer Höhepunkt entsteht, wenn der Spielleiter das Kommando gibt: „Der ganze Obstkorb kippt um“, da dann sämtliche Spieler ihre Plätze tauschen müssen.

Quelle: Mündliche Überlieferung

Aufruhr im Zoo

Gespielt wird in einem großen Raum. An den Wänden hängen mehrere Plakate. Auf jedem dieser Plakate steht der Name einer anderen Tierart. Die Spieler gehen nun kreuz und quer durch den Raum bis der Spielleiter den Namen einer Tierart ruft. Jetzt müssen sich alle Spieler so schnell wie möglich zu dem entsprechenden Plakat begeben und dort eine Kette bilden. Der Spieler, der zuletzt ankommt scheidet aus.

Quelle: Mündliche Überlieferung

Ich schicke einen Brief an...

Alle Teilnehmer sitzen im Kreis und reichen sich die Hände. Ein Mitspieler steht in der Kreismitte. Das Spiel beginnt, indem ein Mitspieler mitteilt: „Ich schicke einen Brief an...“ (Namen des Mitspieler-Empfängers). Durch genaues Beobachten der Mitspieler muß der Spieler in der Kreismitte herausfinden, wo sich gerade der Brief befindet, der durch einen ‚unauffälligen Händedruck‘ von einem Mitspieler zum nächsten weitergegeben wird.

Quelle: Mündliche Überlieferung

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, daß ich die vorstehende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und mich anderer als im Literaturverzeichnis angegebener Hilfsmittel nicht bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht.

Neuss, den 19. 02. 2001

Monika Süß