

Die alkoholkranke Familie und ihre Kinder

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie

vorgelegt von
Dipl.-Päd. Werner Reiners-Kröncke
aus Untersiemau-Haarth

eingereicht beim Fachbereich 2
der Universität Siegen

Siegen 2005

Gutachter der Dissertation:	Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. Siegfried Mrochen Zweitgutachter: Univ.-Prof. Dr. Klaus Wolf
Tag der mündlichen Prüfung:	20. Dez. 2005 weitere mündliche Prüferin: PD Dr. Imbke Behnken

urn:nbn:de:hbz:467-2020

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Einleitung	5
1.1 Fragestellungen	5
1.1.1 Zur Lehre.....	6
1.1.2 Zur Thematik.....	36
1.2 Didaktische Grundlegungen	40
1.3 Bewertung/Diskussion der Literatur/-ansätze	50
2 Erkennen	57
2.1 System Familie unter suchtspezifischen Aspekten.....	57
2.1.1 Verhaltensmuster einzelner Familienmitglieder	71
2.1.2 Wie die Familie die Sucht aufrechterhält.....	79
2.1.3 Entwicklungsphasen der Familie unter Suchtbedingungen.....	91
2.1.4 Die Regeln zum Funktionieren der Alkoholikerfamilie	99
2.1.5 Die Merkmale der Suchtfamilie	104
2.1.6 Konfliktmuster in Familien.....	117
2.1.7 Einflussorientierte Betrachtung (Familie in größeren Systemen) ...	118
2.2 CO-Abhängigkeit in der Alkoholikerfamilie.....	126
2.2.1 Der Begriff Co-Abhängigkeit	127
2.2.2 Kernsymptome der Co-Abhängigkeit	133
2.2.3 Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit	139
2.2.4 Die co-alkoholischen Phasen	147
2.2.5 Das suchtfördernde Verhalten und die Rolle des "enabler"	150

2.3	Die Rolle der Kinder in Suchtfamilien	161
2.3.1	Die Situation des Alkoholikerkindes in der Familie.....	162
2.3.2	Das Verhalten von Kindern in Alkoholikerfamilien.....	168
2.3.3	Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit auf die Kinder.....	180
2.3.4	Gewalterfahrungen der Kinder in der Alkoholikerfamilie	188
2.3.5	Erwachsene Kinder aus Alkoholikerfamilien	196
2.3.6	Das spezifische Rollenverhalten der Kinder.....	209
2.3.7	Verhaltensstörungen dieser Kinder.....	221
3	Verstehen.....	227
3.1	Die Familie als primäre Sozialisationsinstanz.....	228
3.1.1	Definitionen von Familie	228
3.1.2	Aufgaben und Funktionen der Familie	231
3.1.3	Die Familie als System	234
3.2	Der Alkoholismus	237
3.2.1	Statistisches	237
3.2.2	Begriffliches im Problembereich	244
3.2.3	Symptome des Alkoholismus	259
3.2.4	Aspekte des Alkoholismus.....	261
3.2.5	Formen des Alkoholismus	265
3.2.6	Phasen des Alkoholismus	270
3.3	Ursachen von Suchterkrankungen	279
3.3.1	Persönlichkeitsorientierte und psychodynamische Theorieansätze.	279
3.3.2	Biologische Suchttheorien	286
3.3.3	Verhaltenstheorien	293
3.3.4	Soziologische und sozialpsychologische Theorien	310
3.3.5	Systemische Suchttheorien	330
3.3.6	Pädagogische Theorieansätze	341
3.3.7	Das Drogen-Dreieck	361

3.4	Erklärungsansätze der Co-Abhängigkeit.....	385
3.4.1	Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung nach Timmen Cermak....	385
3.4.2	Co-Abhängigkeit und Familienregeln: Der Ansatz von Robert Subby .	395
3.4.3	Wenn Frauen zu sehr lieben: Der Ansatz von Robin Norwood	398
3.4.4	Co-Abhängigkeit und Gesellschaft: Der Ansatz von Anne Wilson-Schaef.....	400
3.5	Sozialisation als Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit.....	402
3.5.1	Definition des Begriffs Sozialisation.....	403
3.5.2	Sozialisationstheorien	413
3.5.3	Bedingungskonstellationen in der Sozialisation als Suchtursache ..	421
4	Handeln.....	441
4.1	Familientherapeutische Orientierungen und Hilfemöglichkeiten	446
4.1.1	Grundaussagen zur Familientherapie.....	447
4.1.2	Hauptrichtungen der Familientherapie	451
4.1.3	Schulenübergreifende familientherapeutische Interventionskonzepte ..	456
4.1.4	Familientherapeutische Interventionen bei Alkoholabhängigkeit... ..	459
4.1.5	Systemische Familientherapie in der Suchtkrankenhilfe.....	462
4.1.6	Systemische Konzepte in der Sozialarbeit.....	479
4.1.6.1	Wolf Rainer Wendt – der ökosoziale Ansatz in der Sozialen Arbeit .	480
4.1.6.2	Peter Lüssi: Systemische Sozialarbeit.....	484
4.1.6.3	Silvia Staub-Bernasconi: Gerecht austauschen.....	487

4.1.7	Lebenswelt- und ressourcenorientierte Hilfen.....	492
4.1.7.1	Sozialpädagogische Familienhilfe – SPFH.....	492
4.1.7.2	Familienerhaltungsprogramme – Hilfen für Familien in Krisen ..	503
4.1.7.3	Zusammenfassung.....	514
4.2	Hilfsmöglichkeiten für die Kinder.....	517
4.2.1	Kinderorientierte Hilfen.....	519
4.2.2	Ziele in der sozialpädagogischen Arbeit mit Kinder	533
4.2.3	Sozialpädagogische Interventionen in der ambulanten Arbeit	550
4.2.4	Kindertherapeutische Betreuung in einem Kinder- und Jugendheim....	560
4.2.5	Elternarbeit im Kontext der sozialpädagogischen Kinderarbeit.....	563
4.3	Facetten einer Konzeptentwicklung	566
4.3.1	Kooperation und Vernetzung.....	566
4.3.1.1	Gemeinwesenorientierte Aspekte.....	567
4.3.1.2	Einzelfallbezogene Netzwerkarbeit	569
4.3.2	Systemisch orientierte Techniken die auf verschiedenen Ebenen ansetzen können	570
4.3.3	Methodische Grundlagen der Arbeit mit Multiproblemfamilien.....	577
4.3.4	Handlungsansatz	578
4.3.4.1	Bedeutung der Konfliktmuster für den Hilfeprozess (Mehrgenerationenperspektive)	580
4.3.4.2	Das verbindende Element: Handeln.....	582
4.3.4.3	Elemente handlungsorientierten Vorgehens (Verhandeln, Vereinbarungen, Aufgaben).....	583
4.3.4.4	Der Hilfeprozess.....	585
4.3.4.5	Fazit.....	588
4.4	Suchtprävention	591
4.4.1	Begrifflichkeit "Prävention"	591

4.4.2	Allgemeine Zielvorstellungen der Prävention	594
4.4.3	Eine multifaktorielle ganzheitliche Strategie.....	599
4.4.4	Systematik suchtpreventiver Maßnahmen	605
4.4.5	Prävention in der Familie.....	607
4.4.6	Gesundheitserziehung im Kindergarten.....	621
4.4.7	Prävention in der Schule	634
4.4.8	Prävention in der offenen Kinder- und Jugendarbeit.....	652
4.4.9	Sieben Regeln gegen die Sucht.....	662
	Literaturverzeichnis.....	667

Vorwort

Ich beschäftige mich mit dem Phänomen der Sucht bereits seit 1979 und habe zu den unterschiedlichen sozialpädagogischen Praxisfeldern der Suchtkrankenhilfe und Suchtprävention sehr konkrete Beziehungen. So entstand auch eine Reihe von Publikationen zur Thematik, dabei habe ich immer wieder versucht, auch nach neuen Perspektiven zu suchen, um das Thema zu behandeln und Studierenden zugänglich zu machen.

Zwei meiner ersten Schriften (Köppl/Reiners, Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern, Freiburg, 1987 und Lindner/Reiners-Kröncke, Sozialisationsstörungen als Suchtursache und Möglichkeiten der Prävention, St. Augustin, 1993) stellen nun einen Ausgangspunkt für diese Arbeit dar. In den folgenden Jahren habe ich meine Erkenntnisse immer wieder in Lehrveranstaltungen an einer Fachhochschule eingebracht, Rückmeldungen der Studentinnen und Studenten beachtet und diese in die Unterlagen eingearbeitet sowie nach entsprechenden Materialien zur Erkenntniserweiterung gesucht.

Mein Weg in der Lehre führte von einer reinen "Theoriedarstellung" in Lehrveranstaltungen zu einem Dreischritt, den ich wie folgt, benannt habe:

Erkennen - Verstehen - Handeln. Diese Kurzfassung ist Ausdruck dafür, dass Probleme/ Phänomene erst zu erkennen und als wichtig zu definieren sind, um sie dann zu verstehen (ihre Ursachen zu begreifen), bevor begründetes, sinnvolles, ursachen- oder symptomorientiertes Handeln, was Auftrag und Inhalt der Sozialen Arbeit ist, möglich wird.

Auf der Suche nach konkreten Handlungskonzepten zur Reduzierung der kognitiven Dissonanz, die ich immer wieder bei Studierenden beobachten konnte und die sich aus Misserfolg und Frustration einerseits sowie Motivation, Überzeugung und Einsatzbereitschaft andererseits vergegenwärtigt, wurde ich kaum fündig, die vorhandenen

Schriften können kaum die speziellen Anforderungen, die an ein Werk für die Lehre gestellt werden, erfüllen.

So ergab sich ein langer, intensiver Diskussions- und Reflexionsprozess mit Kollegen, Studenten und Praktikern. Sein Ergebnis waren die Überlegungen, die diese Arbeit begründen. Dabei wurde es notwendig, Erkenntnisse aus der Lehre, der Literatur, aber auch Fragen aus der Praxis, zusammenzutragen, um aus der Vielfalt des Vorhandenen ein neues, innovatives und vor allem handlungsrelevantes Instrumentarium zum Thema zu schaffen. Um gewonnene Erfahrungen in einem Lehrwerk im dargestellten Sinne umzusetzen, bedurfte es auch, schon in den langjährigen Vorbereitungen zu dieser Schrift, einiger didaktischer Überlegungen und Entscheidungen.

Dabei war zu beachten, dass es aufgrund des Bildungsauftrages der Fachhochschulen nicht um eine Theorievermittlung alleine gehen darf. Fachhochschulen haben eine auf wissenschaftlicher Grundlage aufbauende praxisorientierte Lehre anzubieten, die zum Praxishandeln und nicht zur Grundlagenforschung befähigt. So kann eine Fachhochschule, vielleicht im Gegensatz zur Universität, keine Theoriedistanzierung der Studierenden gestatten. Angebotene Theorie und aus ihr abgeleitetes Praxishandeln muss die Lernenden aus der Distanz der Wissenschaft holen, Selbsterfahrung anbieten und vermitteln, dass der Sozialarbeiter/-pädagoge auch immer Teil des Geschehens und nicht neutraler, distanzierter, wissenschaftlicher Beobachter ist.

Die Wissenschaft wirft immer neue Fragen auf, die noch zu beantworten sind. So könnte es auch Aufgabe einer wissenschaftlichen Schrift sein, eben diese neuen Fragen zu präzisieren, auch wenn sie in der Schrift selber unbeantwortet bleiben. Aber gerade in der Lehre an einer Fachhochschule werden auch Antworten, nicht als Rezepte, aber doch als Handlungsgrundlage von den Studierenden eingefordert - dies macht für mich einen weiteren Unterschied zwischen einer Universität und einer Fachhochschule aus. So kann es auch Aufgabe einer wissenschaftlichen Arbeit sein, Grundlagenwissen und grundlegende Fragen so aufzubereiten, dass sie a) eine, wenn auch vor-

läufige, Antwort geben und b) zu einer nachdenkenden, kritisch reflektierenden Handlungsgrundlage für die (zukünftigen) Praktiker werden.

In Abgrenzung zu anderen Literaturstellen und als zusätzliche Perspektive der Arbeit geht es auch darum, all das angesprochene Wissen so darzustellen, dass das Werk selbstständig bearbeitet und sich der Leser in Eigenarbeit neues Wissen erwerben und persönliche Betroffenheit erleben kann. Dabei ist die "einfache" Sprache der Verständlichkeit willen gewollt. Ebenso sind Wiederholungen bewusst eingearbeitet, da diese die Wahrnehmung von Details aus verschiedenen Perspektiven ermöglichen.

Ziel der Arbeit ist es, die Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit von Eltern in der Familie zu betrachten, dabei besonders auf die Kinder von alkoholkranken Eltern aufmerksam zu machen und für deren Leid zu sensibilisieren sowie den spezifischen Lebensraum der Alkoholikerfamilie zu analysieren und in seiner kontextualen Wirkung auf gerade den oder die Heranwachsenden so zu beschreiben, dass Studierende neben Erkenntnissen auch Betroffenheit erfahren.

Diese Betroffenheit herzustellen dürfte grundsätzlich nicht einfach sein, da wir alle in einer alkoholgeprägten Kultur leben, die dem Alkohol, bewusst oder unbewusst, zahlreiche, auch positive, Funktionen und Bedeutungen zuschreibt. Alkohol wird kaum als Suchtmittel, sondern eher als Genussmittel, teilweise sogar als Nahrungsmittel, als soziales Schmiermittel, Tröster, Belohnungsmittel, Geschenk und als alltägliches Konsumgut bezeichnet. Dass der Alkohol eine der gefährlichsten Drogen ist, ist in eine herzustellende Betroffenheit einzubeziehen.

Forschungsgegenstand war für mich, unter Einbeziehung eigener praktischer und lehrender Erfahrungen, die umfassende Darstellung der Phänomene Abhängigkeit und Sucht mit ihren Ursachen, um, ausgehend von Kindern und ihren Familien, Betroffenheit zu erreichen.

Weiter war aber auch Inhalt, die didaktischen Überlegungen und langjährigen Erfahrungen in der Lehre so zu vereinen, dass eine lehrbar und lernbare Synthese vorliegt, die bisher in der Literatur nicht zu finden ist. Dabei sind diese Überlegungen nur Weg und nicht Ziel, so dass diese Erkenntnisse nur kurz und überwiegend nur in Ergebnissen dargestellt werden.

Vielleicht kann diese Schrift - sowie die daraus resultierende Lehre mit entsprechenden Inhalten und Aufbau - auch dazu beitragen, das Phänomen des Burn-out in der Sozialen Arbeit (siehe dazu: Röhrig/Reiners-Kröncke, Augsburg, 2003), speziell in der Suchtkrankenhilfe, zu mildern. Würde dies gelingen, würde die Schrift auch dazu einen wichtigen Beitrag leisten und die in der Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen entlasten. Auch deshalb lohnen sich die in die Schrift investierten Überlegungen und Mühen.

1 Einleitung

1.1 Fragestellungen

Für mich galt es, den eingangs beschriebenen Drei-Schritt in der Lehre an einer Fachhochschule zu entwickeln und zu entdecken.

Ausgangspunkt war meine Erfahrung aus der Lehre, dass StudentenInnen nach den Lehrveranstaltungen sehr wohl in der Lage waren, Handeln zu benennen, aber Begründungen für ihr Handeln kaum geben konnten. Theoretische Begründungen für beobachtbare Phänomene wurden fast ausschließlich auf die Klienten angewandt.

Dies Defizit entdeckte ich zunächst in der Anleitung zu den Praxissemestern, in entsprechenden Praxisberichten sowie in abschließenden mündlichen Prüfungen¹ eher subjektiv. Durch schriftliche Prüfungen im Haupt- und Vordiplom wurde der Eindruck verstärkt.

Mir war daher wichtig, durch verschiedene Evaluierungsinstrumente sowie durch Befragungen bei Studenten und Praktikern neben der subjektiven Lehrerfahrung objektive Daten zu diesem Defizit zu gewinnen. Nachfolgend beschreibe ich kurz den Ablauf und exemplarisch auch einige Beispiele dieser Erkenntnissammlung. Zentrales Anliegen dieser Arbeit ist aber für mich die Thematik selber und weniger der Erkenntnisprozess, so dass ich hier nur ein Überblick gebe.

¹ An bayerischen Fachhochschulen ist bisher in dem Diplomstudiengang der Sozialen Arbeit eine zweisemestrige Praxisphase, in der Regel in der Mitte des achtsemestrigen Studiums, integriert. Diese Praxisphase wird von der Hochschule durch Lehrveranstaltungen sowie die Durchsicht von vorzulegenden Praxisberichten be- und angeleitet. Durch eine mündliche Prüfung wird die Praxisphase abgeschlossen.

1.1.1 Zur Lehre

Ausgangspunkt der Evaluierung war mein Lehrangebot, das sich im Wesentlichen wie folgt aufbaute und inhaltlich darstellte.

Beispiel eines Semesterplanes aus dem WS 87/88:

Thema:

Drogensituation in der Bundesrepublik Deutschland

Inhalte/Ziele:

Im Rahmen der Veranstaltungen werden die illegalen und legalen Suchtmittel in Bezug auf ihre Herkunft, Wirkung und Abhängigkeitsform dargestellt. Die aktuelle "Marktsituation" in Deutschland wird angesprochen. Die Darstellungen werden durch Medien unterstützt. Die Studierenden haben Grundlagenwissen über die Suchtstoffe und ihre Verbreitung erworben.

Ablauf:

06.10.	Cannabis
13.10.	Kokain
20.10.	LSD
27.10.	Heroin
03.11.	Nikotin, Koffein, Medikamente
10.11.	Spielsucht
17.11.	Essstörungen
24.11.	
01.12.	Alkohol
08.12.	
15.12.	Vertiefung illegale Drogen in Kleingruppen
22.12.	Vertiefung Alkohol in Kleingruppen

Einleitung
Fragestellungen

12.01.	Wiederholung und Zusammenfassung
19.01.	Klärung noch offener Fragen

Da das Thema Sucht in einer zweisemestrigen Veranstaltung angeboten werden konnte, wurde es im Folgesemester fortgeführt.

Dazu ein Beispiel eines Semesterplanes aus dem Sommersemester 1988:

Thema:

Abhängigkeitserkrankungen (Sucht)

Inhalte/Ziele:

Die Studierenden erhalten grundlegende Informationen über die Folgen des Alkoholismus. Daneben wird ein Einblick in die besondere Problematik "Alkohol am Arbeitsplatz" gegeben. Therapiemodelle, einschließlich der Frage von "AIDS", werden dargestellt. Möglichkeiten der Vorbeugung werden erarbeitet. Therapie und Prävention sollen auf Ursachentheorien gegründet sein.

Ablauf:

17.03.	Folgen des Alkoholismus
24.03.	Alkohol am Arbeitsplatz
07.04. 14.04. 21.04.	Ursachenmodelle
28.04. 05.05. 19.05.	Therapiemodelle (unter Berücksichtigung von AIDS)

Einleitung
Fragestellungen

26.05.	Präventionsgrundlagen und -modelle
09.06.	
16.06.	
23.06.	Vertiefung von Therapie oder Prävention in Kleingruppen
30.06.	Wiederholung und Zusammenfassung
07.07.	Klärung noch offener Fragen

Aufgrund der schon skizzierten Unzufriedenheit habe ich meine Evaluationsbemühungen verstärkt. Als ersten Schritt dazu habe ich Praktikumsberichte und schriftliche Klausuren in den folgenden fünf Jahren einer Inhaltsanalyse (vgl. Ritsert, Inhaltsanalyse und Ideologiekritik) unterzogen.

Dabei bestätigte sich mein zunächst nur subjektiv vorhandener Eindruck, dass Theorien weitgehend nur auf die Klienten, aber nicht auf das Handeln des Sozialarbeiters angewandt werden.

Weiterhin habe ich nach den Methoden der qualitativen Sozialforschung mit StudenteInnen und PraktikernInnen in den Jahren 1989 bis 1992 Interviews durchgeführt. Auch in diesen bestätigte sich die dargestellte Annahme, dass ein Transfer auf das sozialarbeiterische Handeln nicht ausreichend erfolgte.

Auf eine Detaildarstellung der Auswertungsergebnisse zu den Inhaltsanalysen und den qualitativen Interviews, die einen sehr breiten Raum beanspruchen würden, wird hier verzichtet, um den Rahmen der Einleitung nicht zu sprengen und einer Themenverlagerung vorzubeugen.

Letztlich wurde von mir auch eine Lehrevaluation meiner Veranstaltungen mit standardisierten Fragebögen (vgl. quantitative Forschung) durchgeführt.²

² Eine Darstellung des Fragebogens und der Auswertungsmethodik ist nachfolgend dargestellt.

Einleitung Fragestellungen

Aufgrund all dieser Ergebnisse entwickelte ich einen Lehraufbau (und Veranstaltungsablauf) wie ihn die Gliederung zu dieser Schrift aufzeigt. Dabei habe ich sehr wohl eine "Sachlichkeit", wie von Klafki in didaktischen Schriften gefordert (Klafki, 1967 und Klafki, 1970) beachtet, aber eine emotionale Betroffenheit, die Aufmerksamkeit erhöht, darf bei meinem pädagogischen Anspruch an die Lehre sehr wohl auch Ziel und Inhalt sein.

Ferner wurde der bisher vorhandene ausführliche Drogenüberblick deutlich reduziert, "Randthemen", wie z. B. Alkohol am Arbeitsplatz, AIDS, Arbeitssucht u. a., werden nur in Einzelveranstaltungen aufgegriffen und die Veranstaltungsreihe wurde von zwei auf drei Semester erweitert, wobei mindestens ein Semester ins Hauptstudium platziert wurde.

Die Lehrveranstaltungen wurden jetzt wie nachfolgend dargestellt beurteilt. In die beispielhafte Darstellung aufgenommen wurden eine Veranstaltung aus dem Grund- und eine Veranstaltung aus dem Hauptstudium. Weitere Darstellungen erfolgen auch hier aus den vorher dargestellten Gründen nicht.

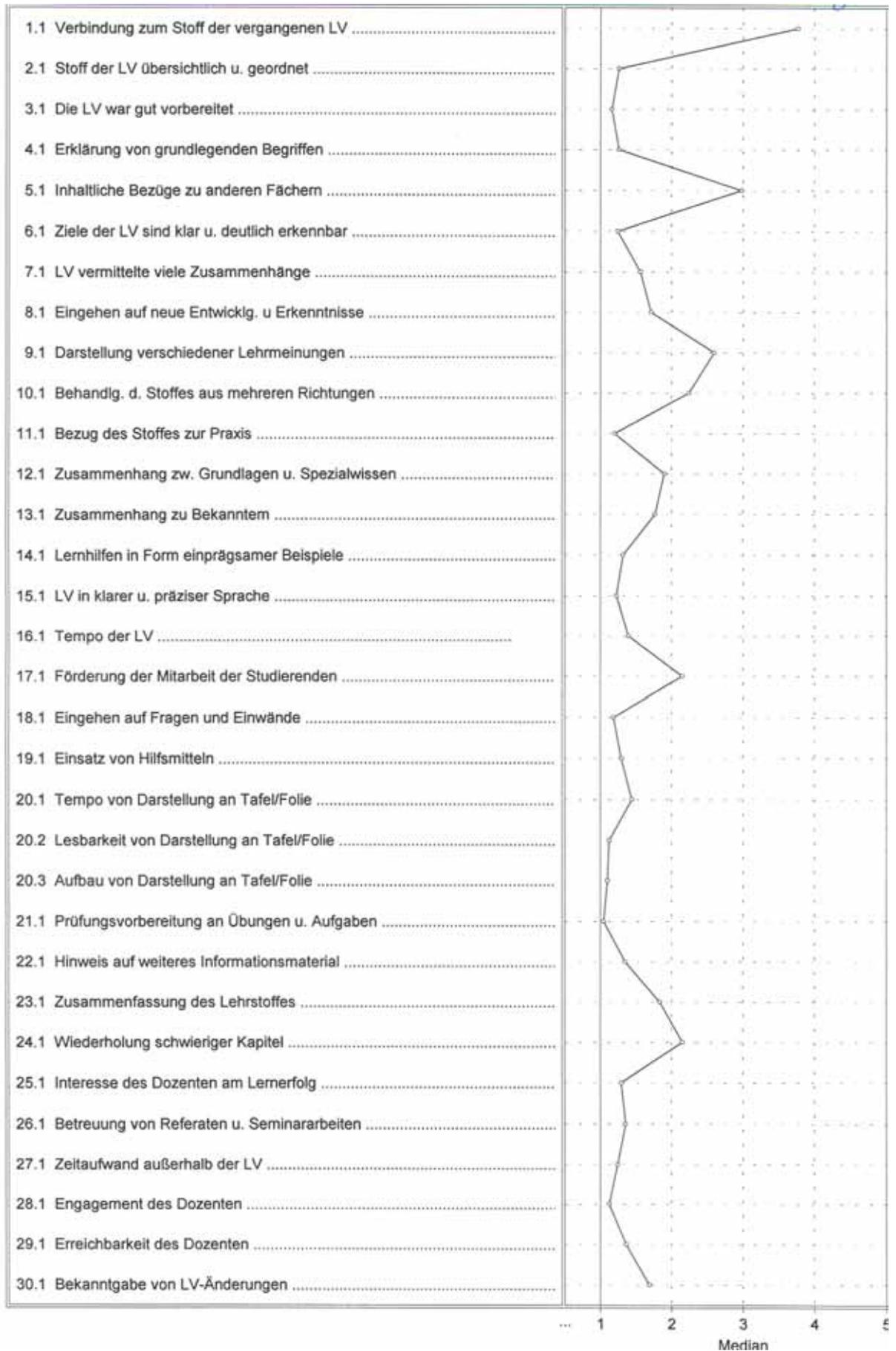
Festgehalten werden darf, dass die neuen Lehrveranstaltungen insgesamt deutlich positiv beurteilt werden und in allen Bereichen über dem Durchschnitt von 23 anderen Bewertungen von Lehrveranstaltungen aus der Fachhochschule liegen.

Auswertung einer Befragung aus dem Grundstudium

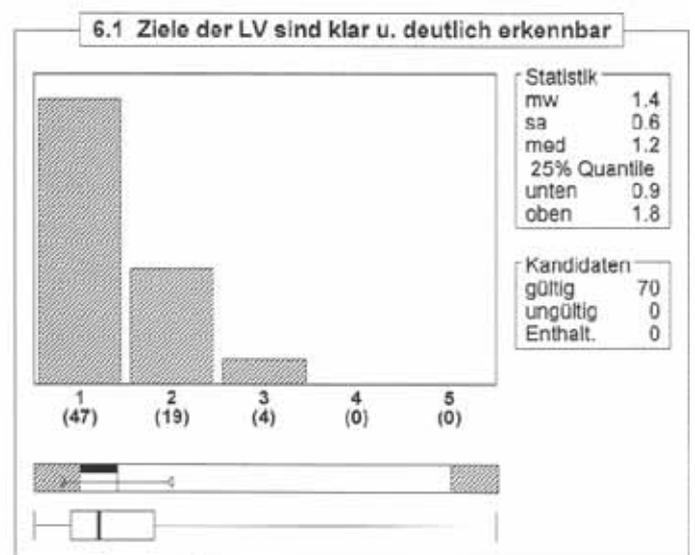
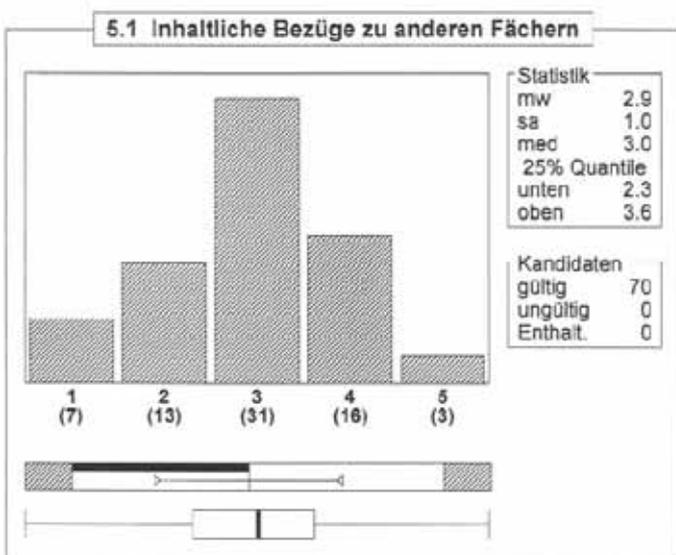
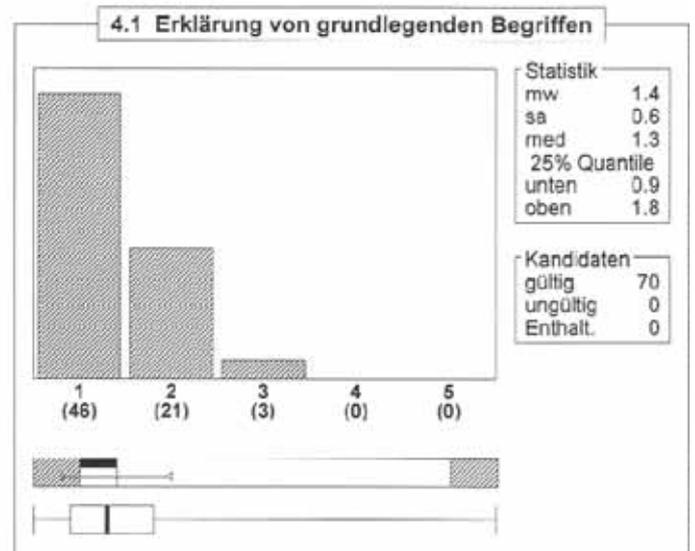
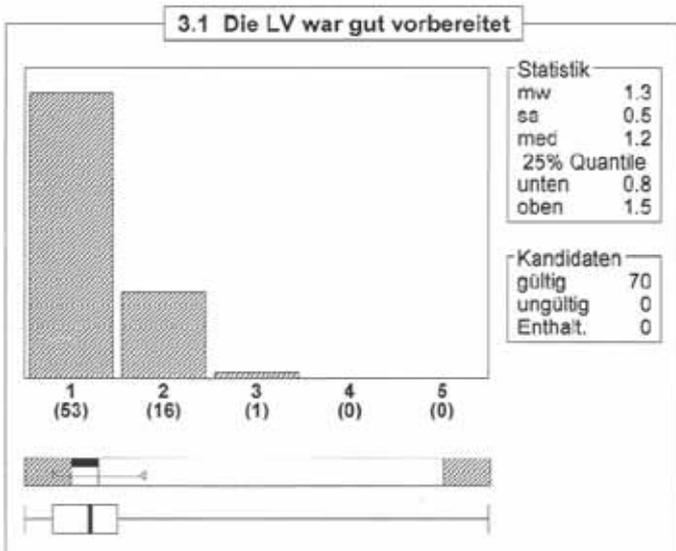
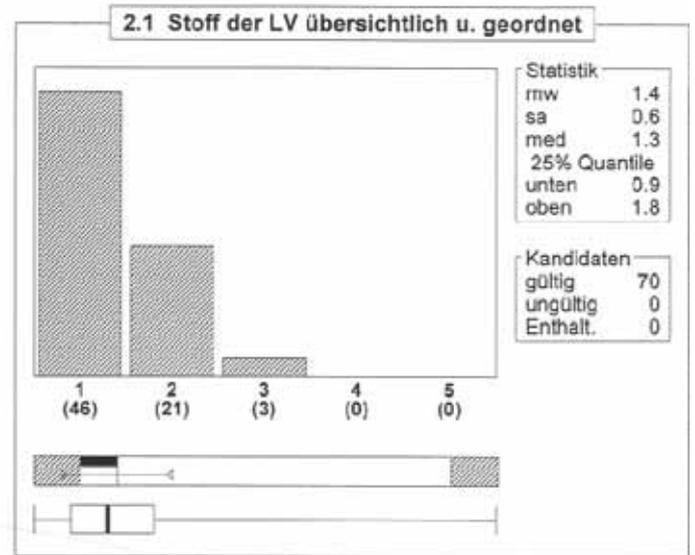
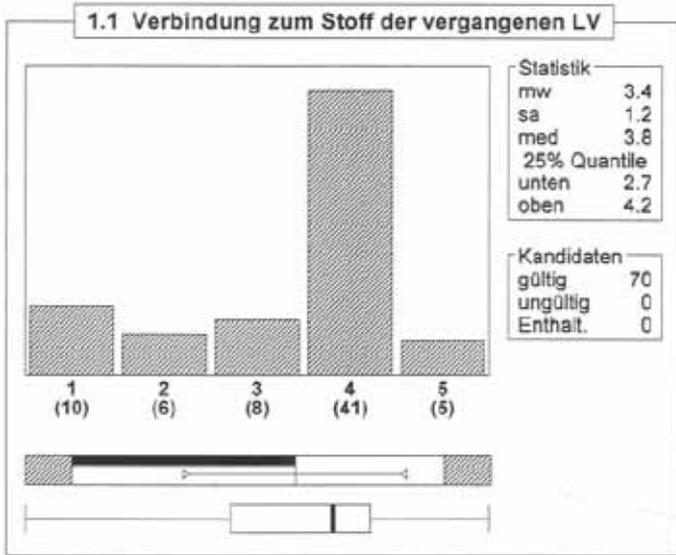
Dabei bedeutet 1 = trifft immer zu und
 5 = trifft nie zu

Die Befragung umfasste 70 StudentenInnen aus dem ersten Studiensemester; dargestellt ist das Wintersemester 1993.

Einleitung Fragestellungen

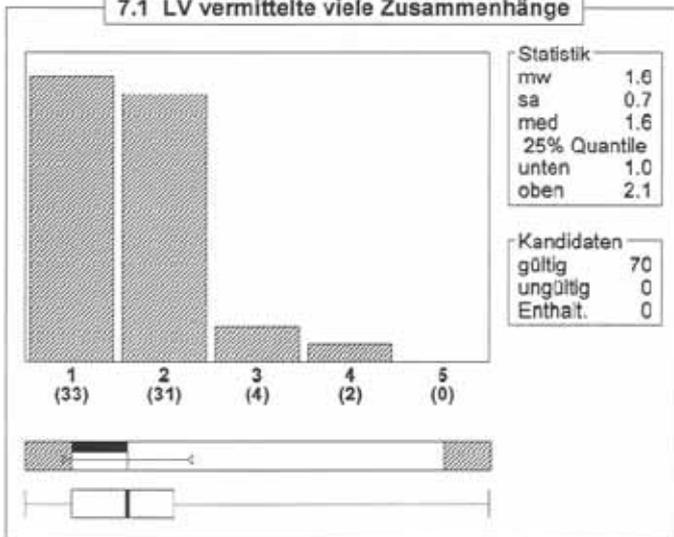


Einleitung Fragestellungen

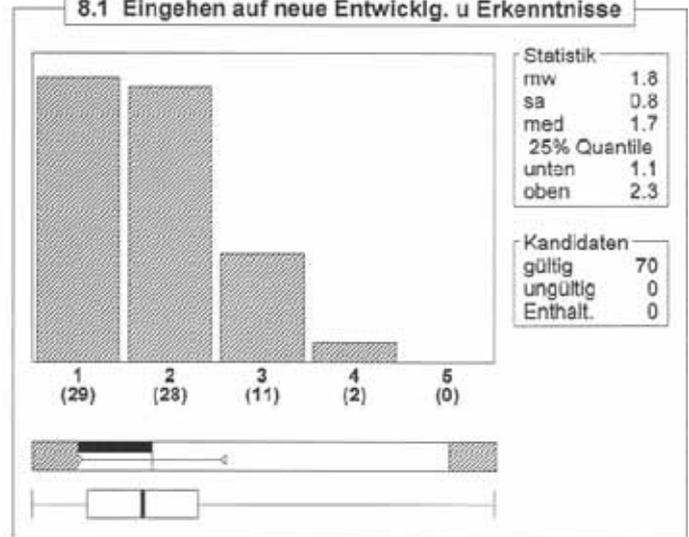


Einleitung Fragestellungen

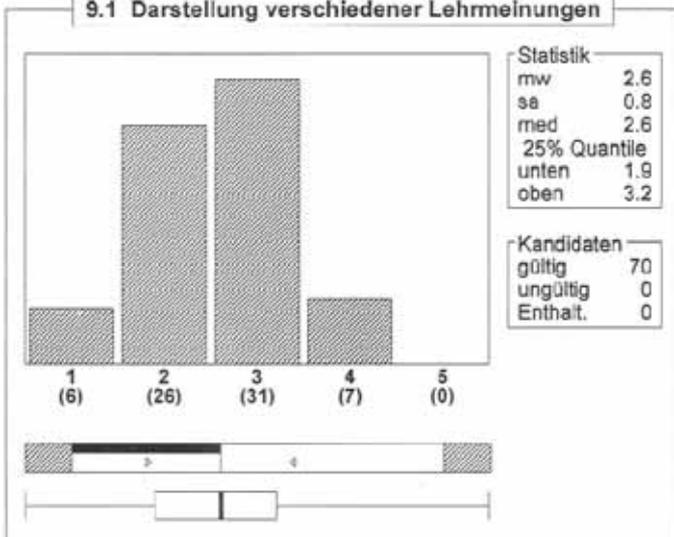
7.1 LV vermittelte viele Zusammenhänge



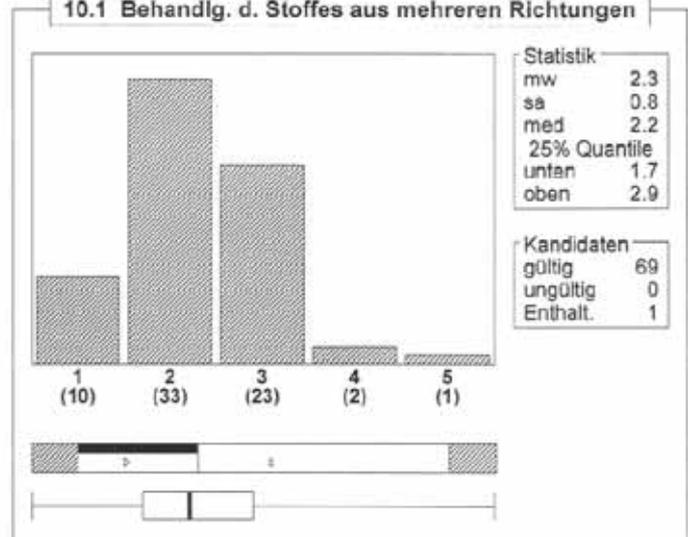
8.1 Eingehen auf neue Entwickl. u Erkenntnisse



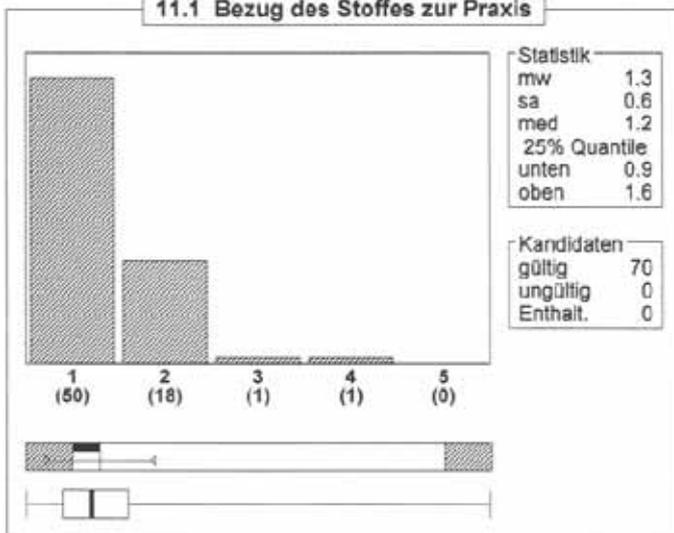
9.1 Darstellung verschiedener Lehmeinungen



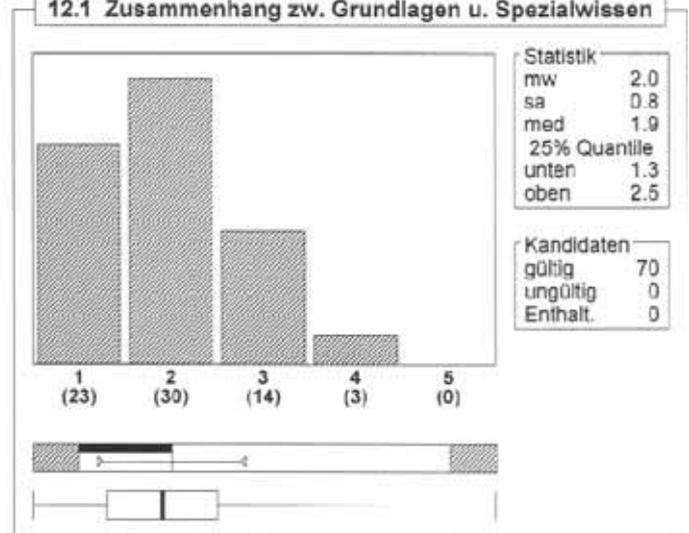
10.1 Behandlg. d. Stoffes aus mehreren Richtungen



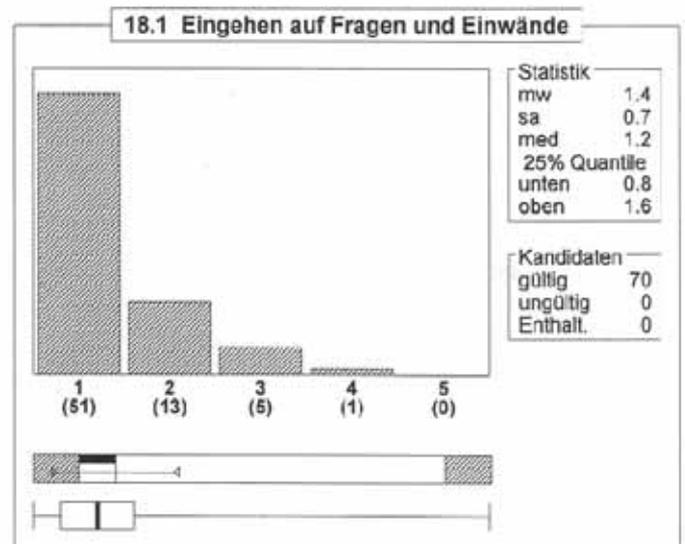
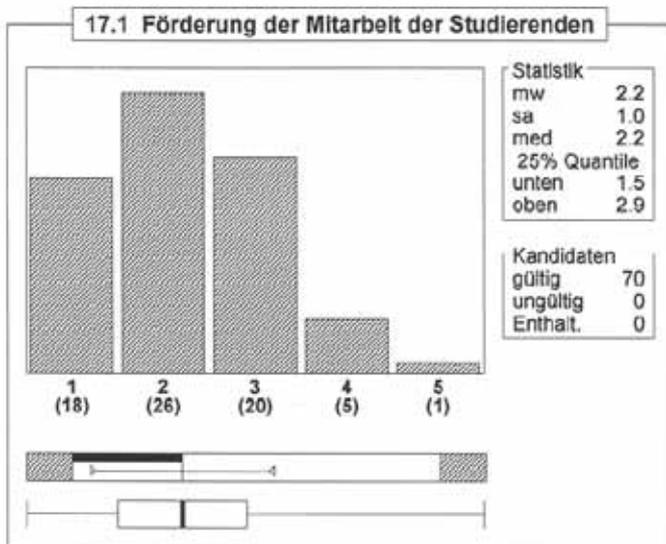
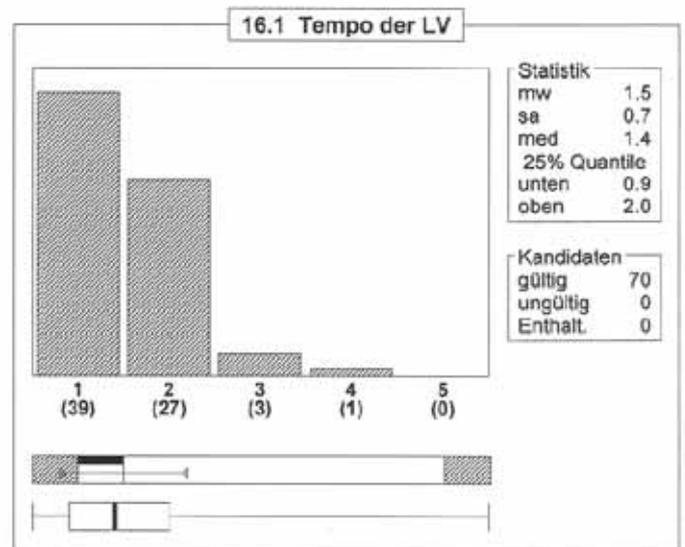
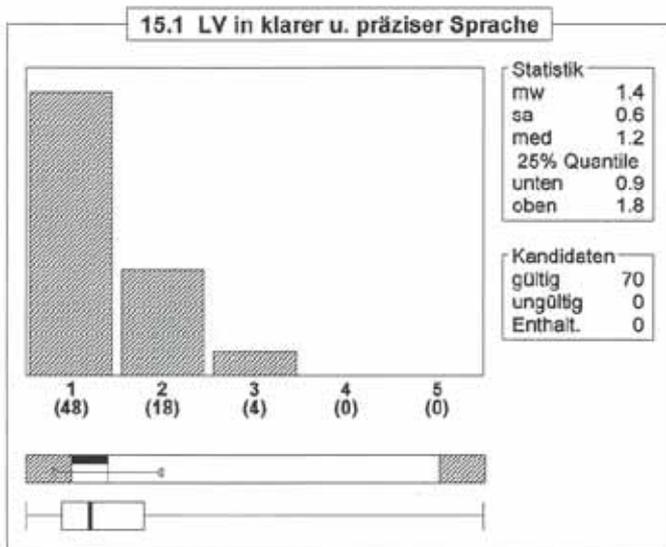
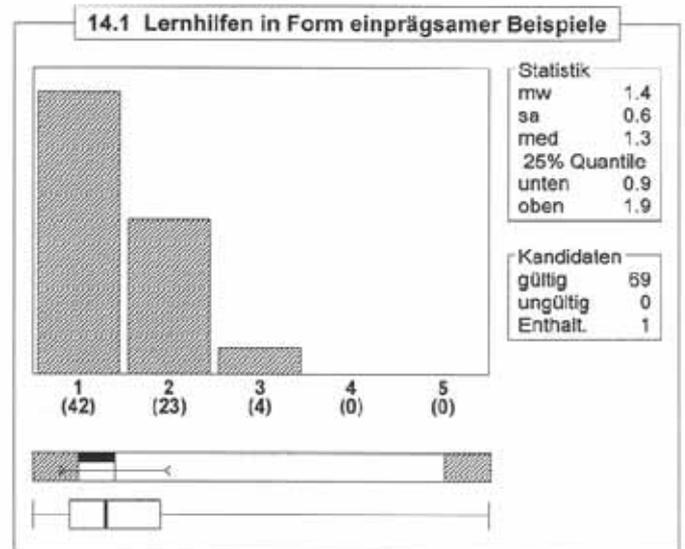
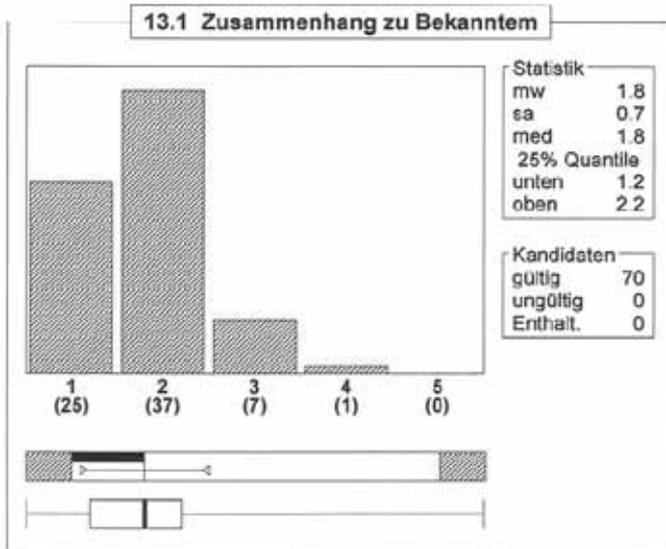
11.1 Bezug des Stoffes zur Praxis



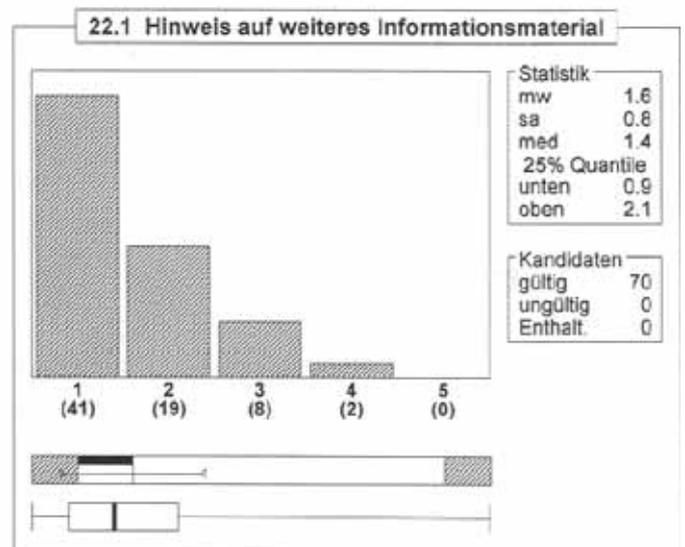
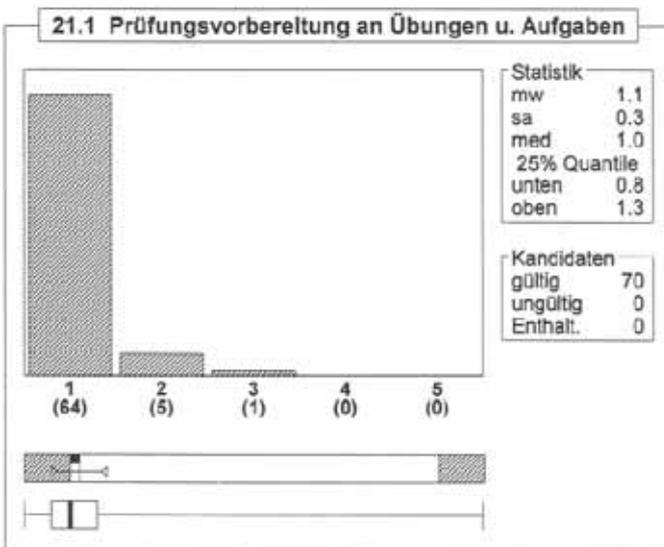
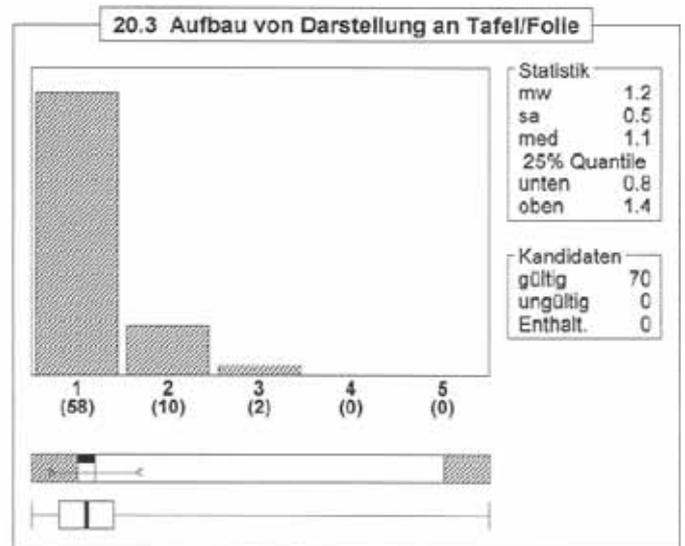
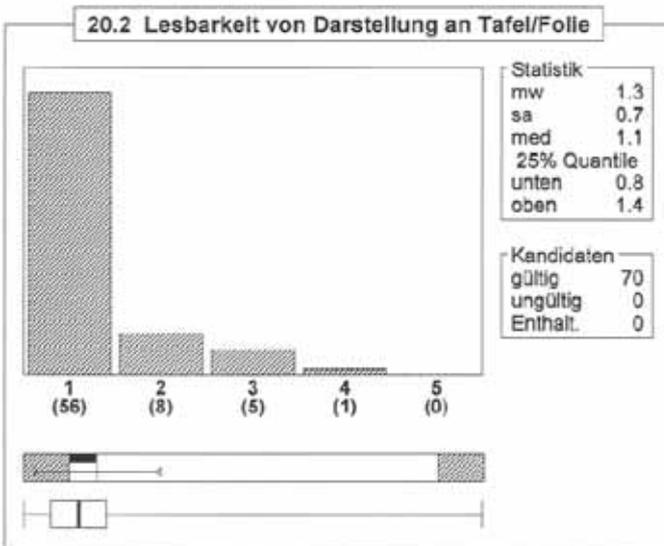
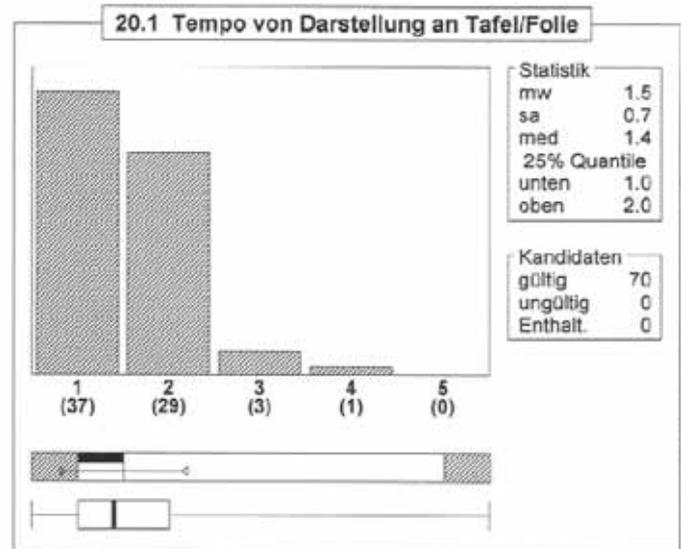
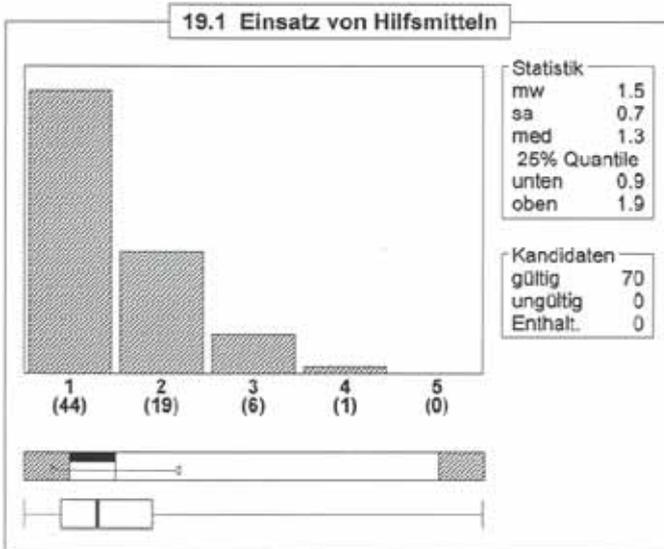
12.1 Zusammenhang zw. Grundlagen u. Spezialwissen



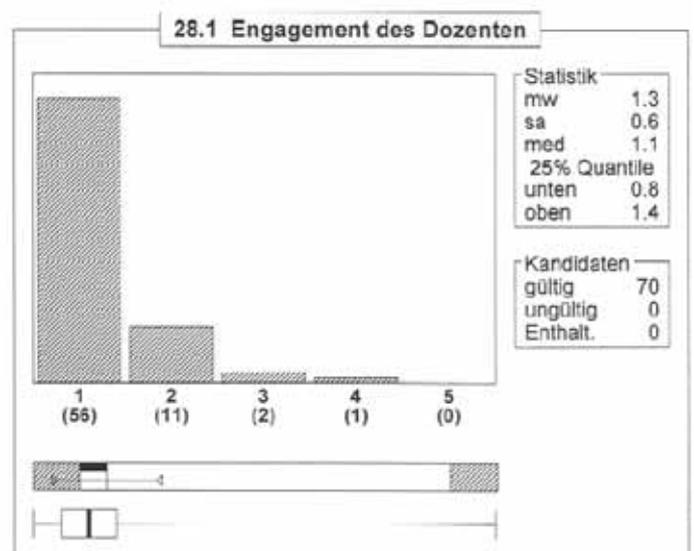
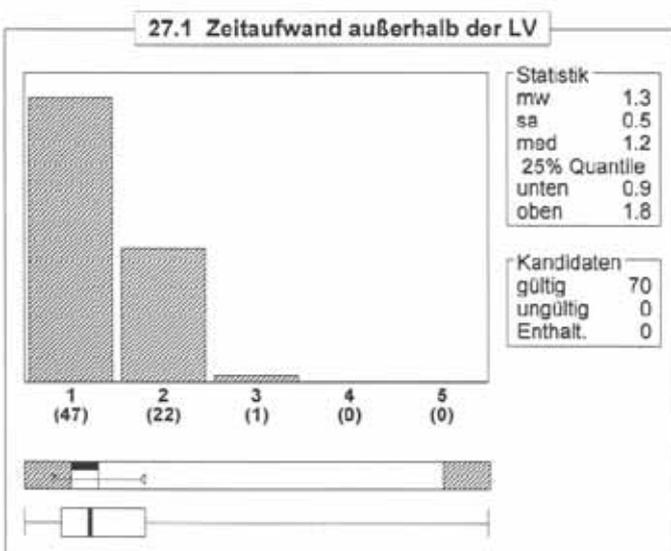
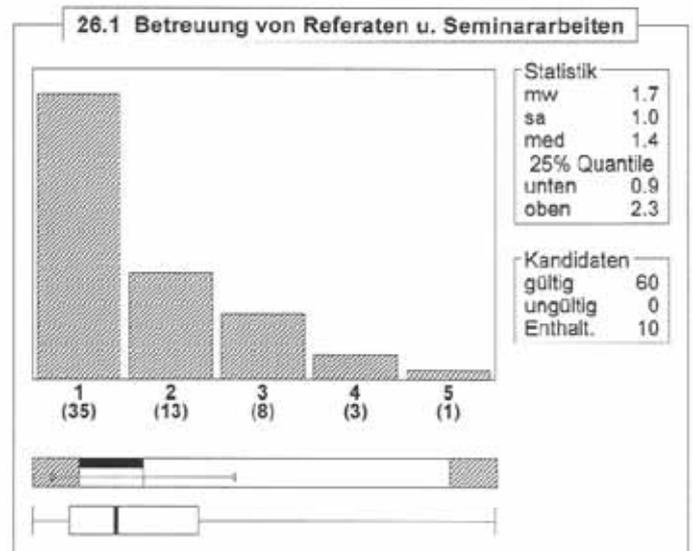
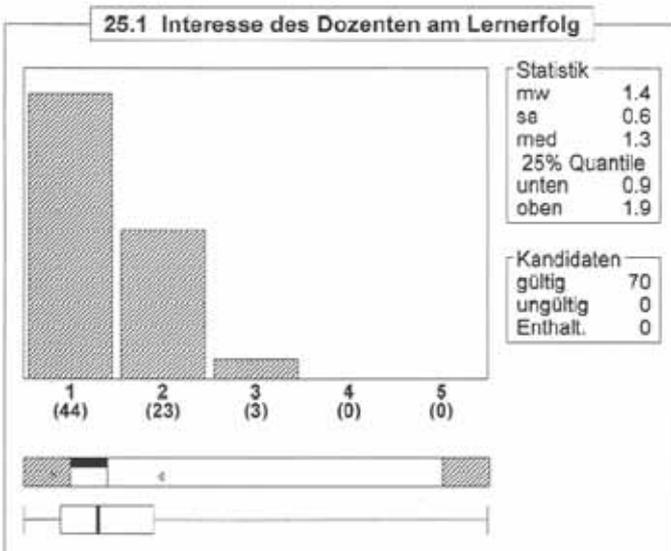
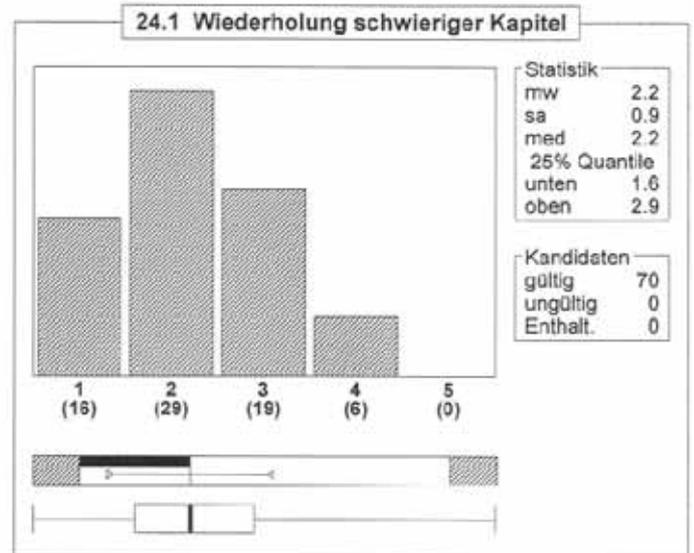
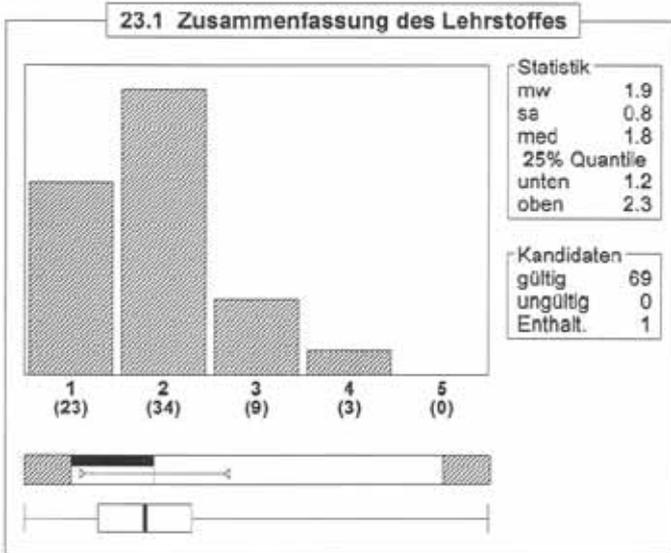
Einleitung Fragestellungen



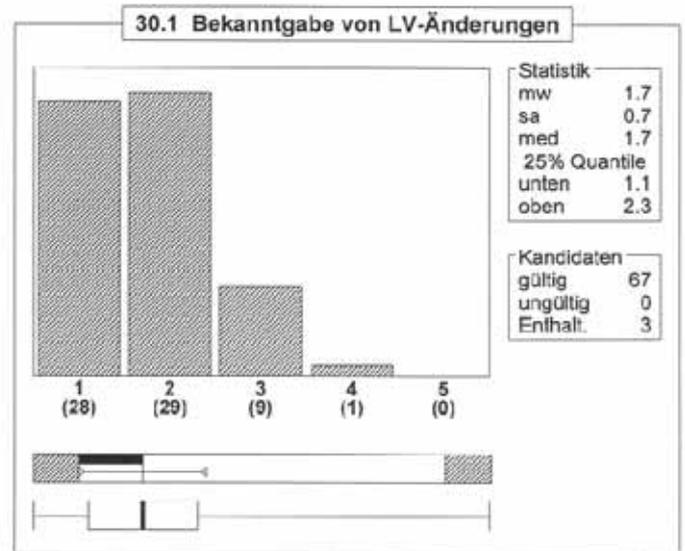
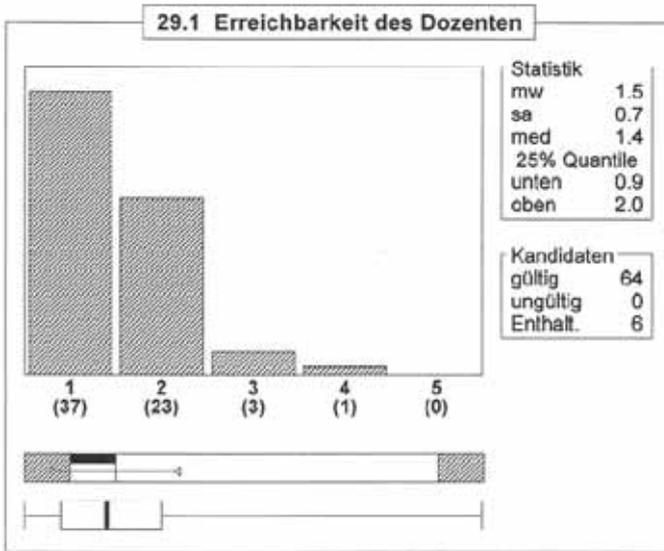
Einleitung Fragestellungen



Einleitung Fragestellungen



Einleitung Fragestellungen



Drei offene Fragen ergaben folgende Aussagen.

1. Was mir besonders positiv aufgefallen ist:

- angenehme Lernatmosphäre
- interessanteste Fach überhaupt
- gedanklich nachvollziehbar
- strukturiert
- keine Langeweile
- praxisnah
- gute Vorbereitung des Dozenten
- lockere und verständlich
- interessant
- Arbeit in Seminargruppen
- Prüfungsvorbereitung
- Vorbereitung auf Prüfungen in Form von Seminargruppen
- Dozent war sehr engagiert, hat einprägsam unterrichtet
- sympathische Art der Vorlesung
- Beispiele aus der Praxis
- Arbeitsblätter
- positive Ausstrahlung gegenüber den Studenten
- fachliche Kompetenz
- gute Zusammenarbeit zwischen Dozent und Studenten
- seine freundliche Art, seine fachliche Kompetenz, seine humoristischen Exkurse

2. Was mir besonders negativ aufgefallen ist:

- Schrift
- zu schnell
- Vorlesung war stets zu kurz

3. Verbesserungsvorschläge für die Lehre:

- Skript
- langsamer reden
- mehr Beispiele

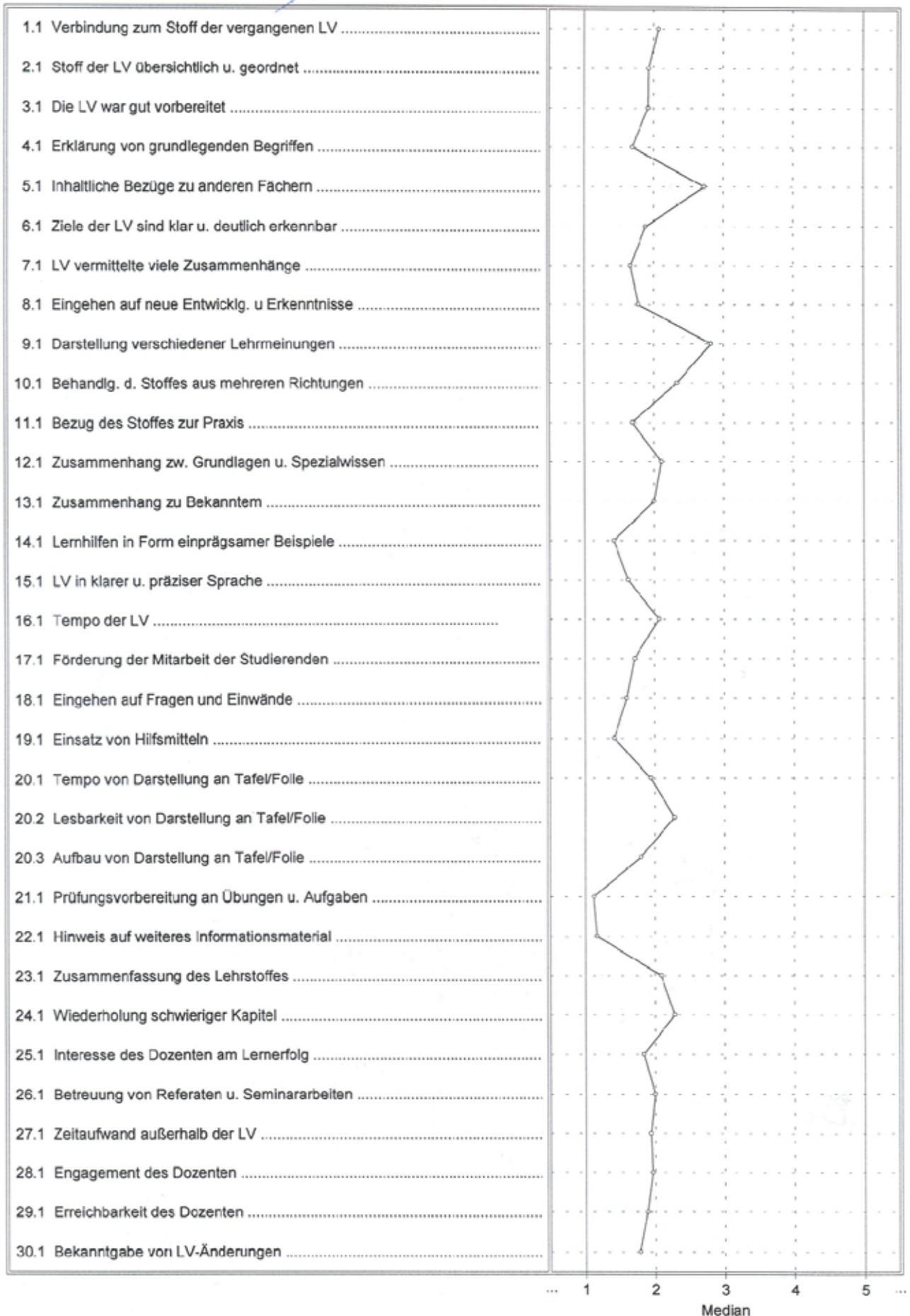
Auswertung einer Befragung aus dem Hauptstudium

Dabei bedeutet 1 = trifft immer zu und

5 = trifft nie zu

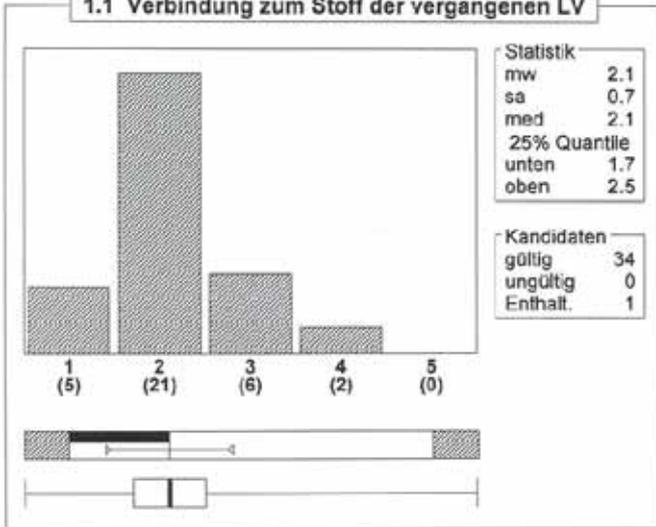
Die Befragung umfasste 35 StudentenInnen aus dem siebten Studiensemester; dargestellt ist das Wintersemester 1994.

Einleitung Fragestellungen

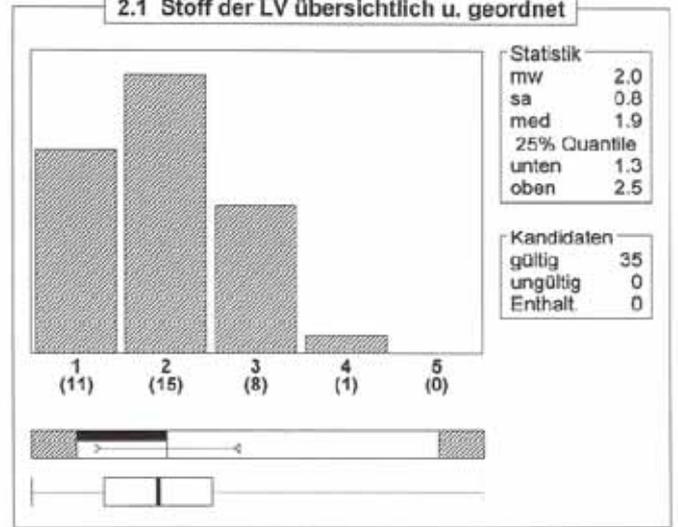


Einleitung Fragestellungen

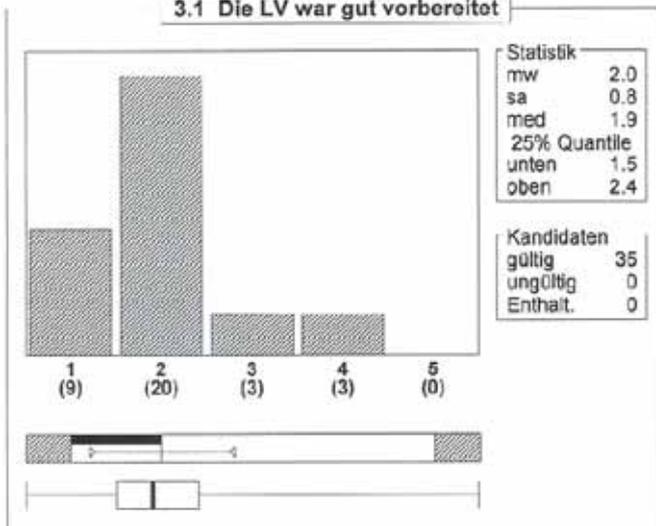
1.1 Verbindung zum Stoff der vergangenen LV



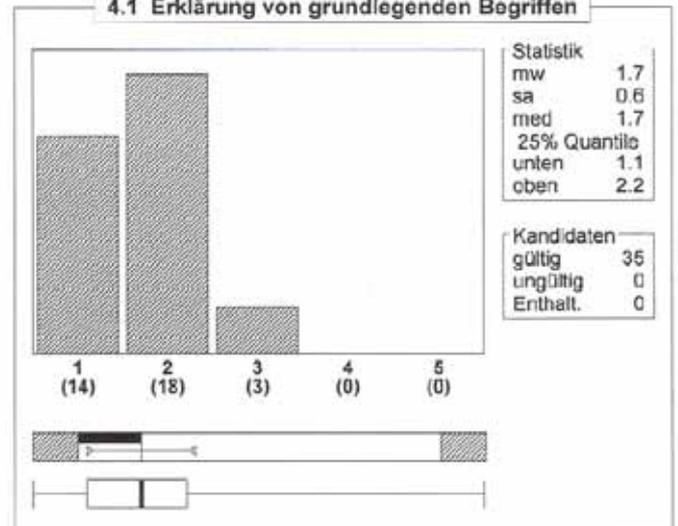
2.1 Stoff der LV übersichtlich u. geordnet



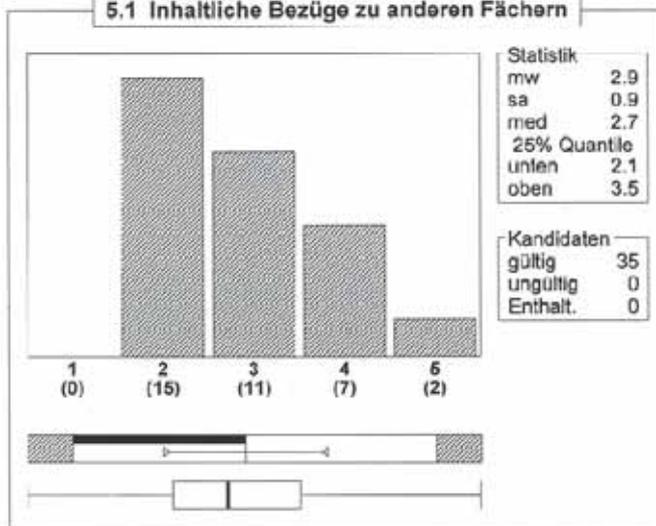
3.1 Die LV war gut vorbereitet



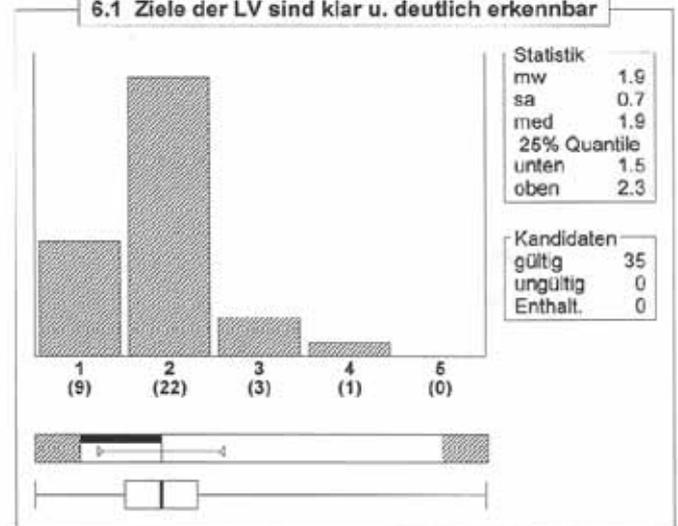
4.1 Erklärung von grundlegenden Begriffen



5.1 Inhaltliche Bezüge zu anderen Fächern

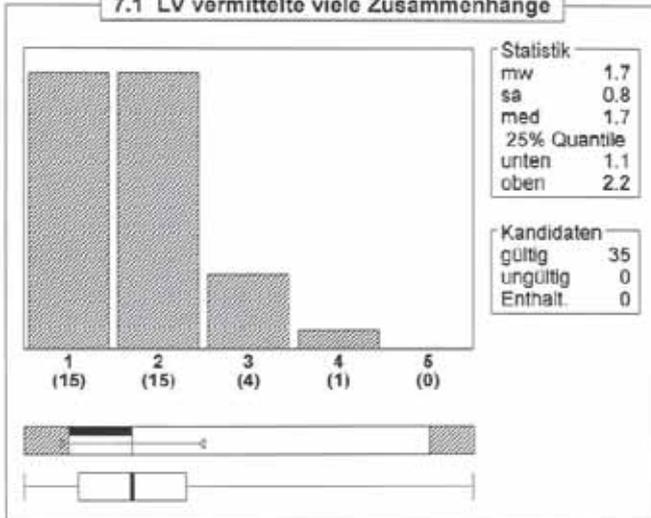


6.1 Ziele der LV sind klar u. deutlich erkennbar

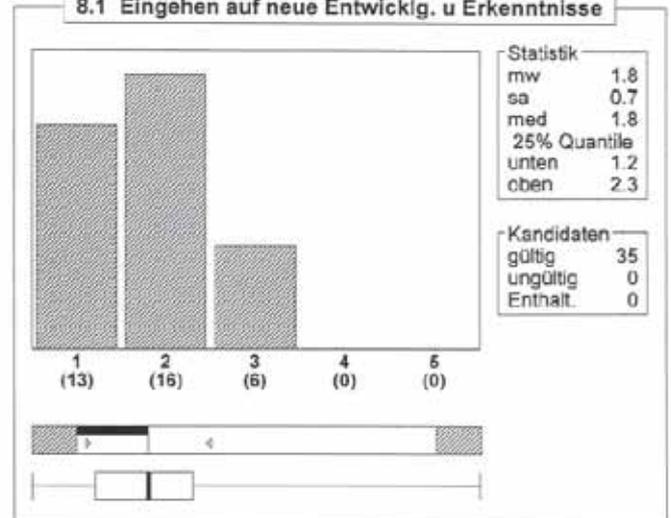


Einleitung Fragestellungen

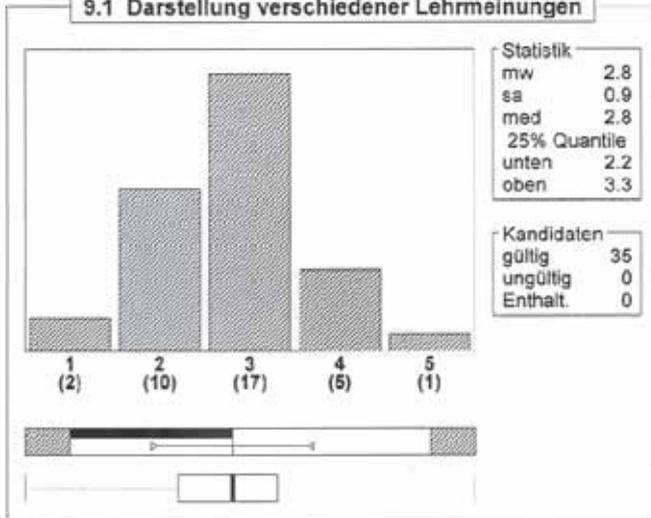
7.1 LV vermittelte viele Zusammenhänge



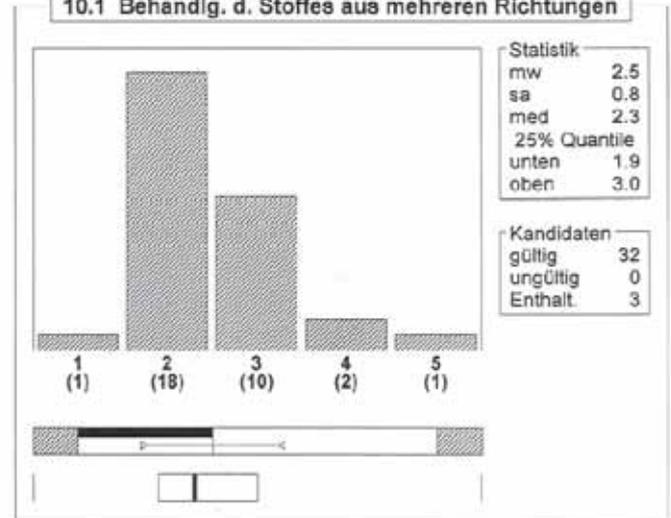
8.1 Eingehen auf neue Entwickl. u Erkenntnisse



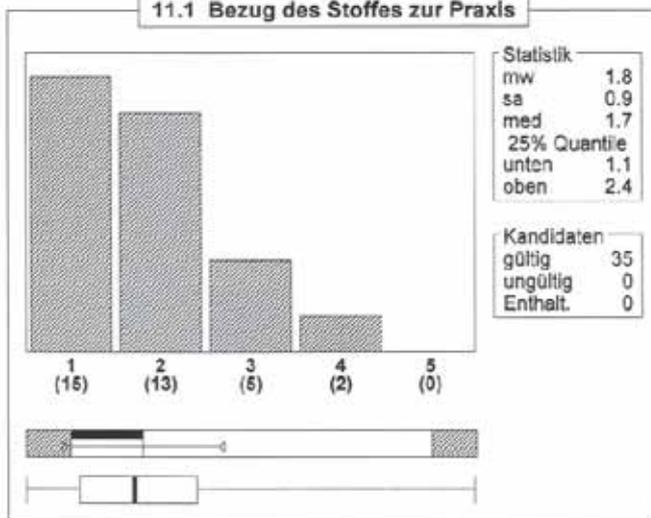
9.1 Darstellung verschiedener Lehrmeinungen



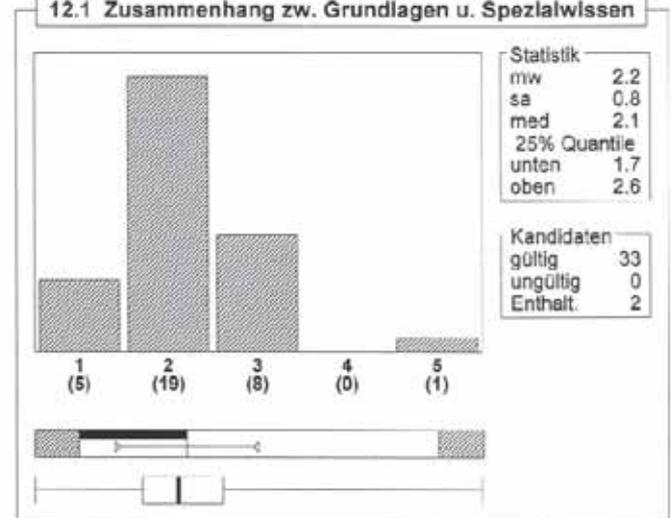
10.1 Behandlg. d. Stoffes aus mehreren Richtungen



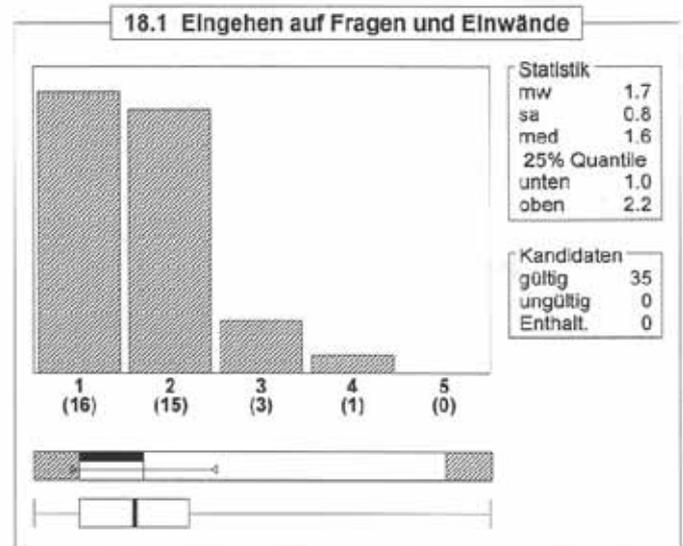
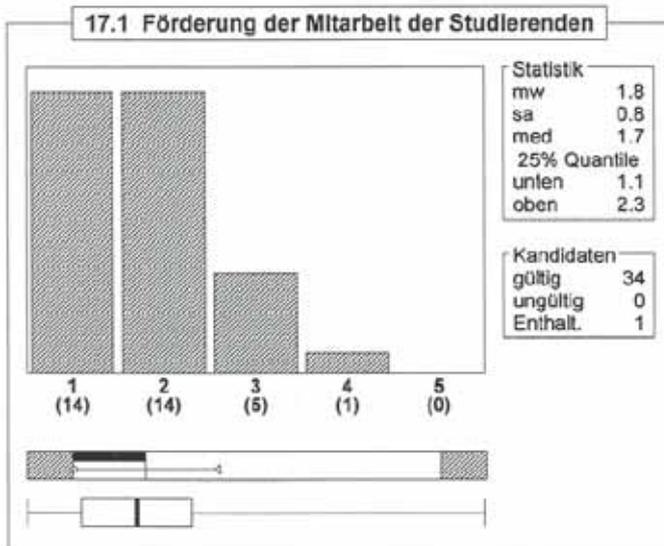
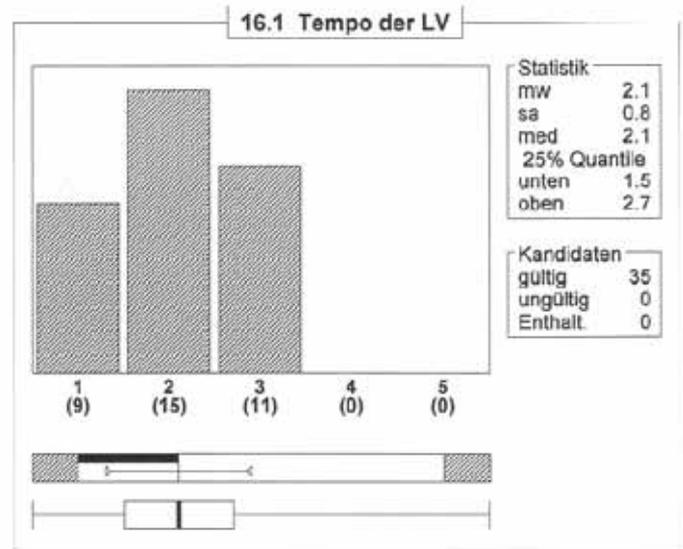
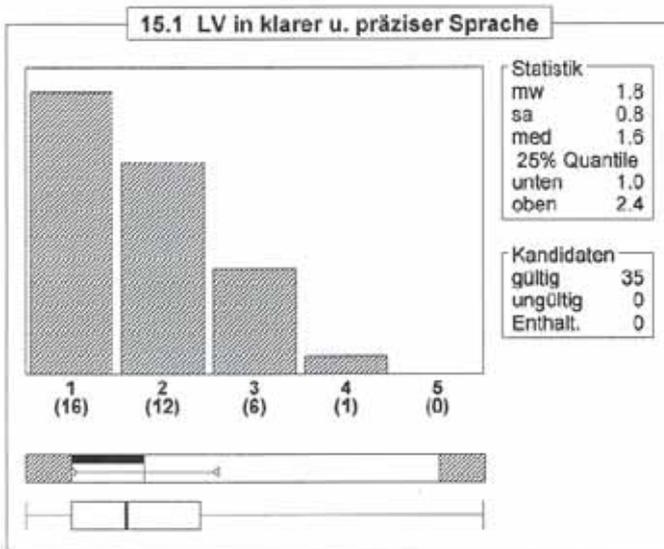
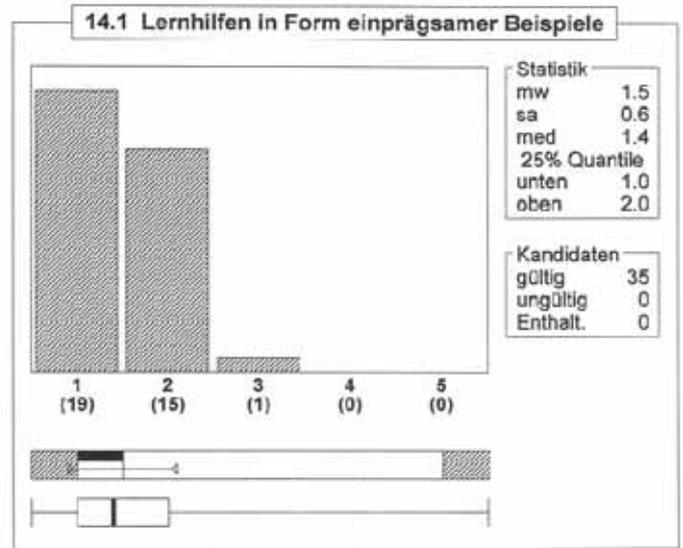
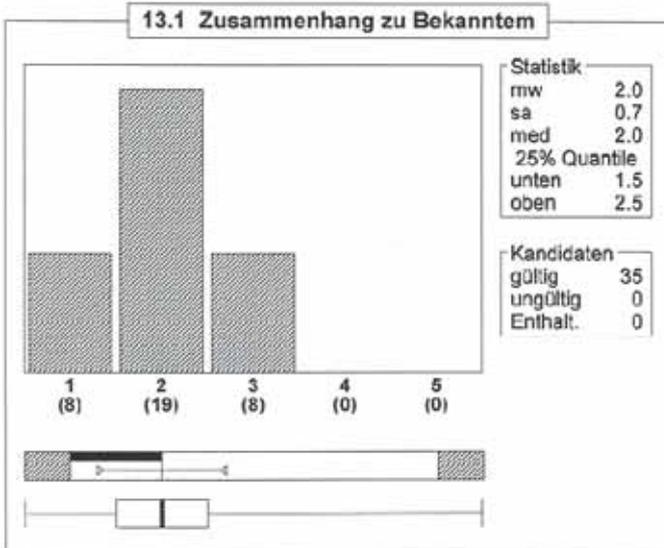
11.1 Bezug des Stoffes zur Praxis



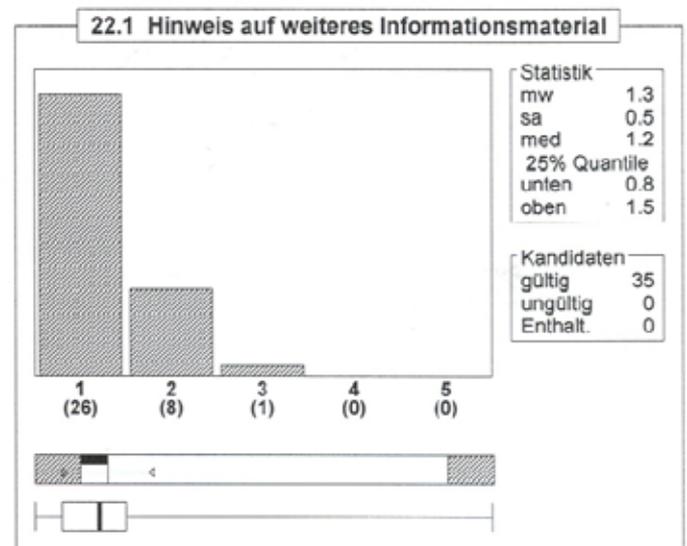
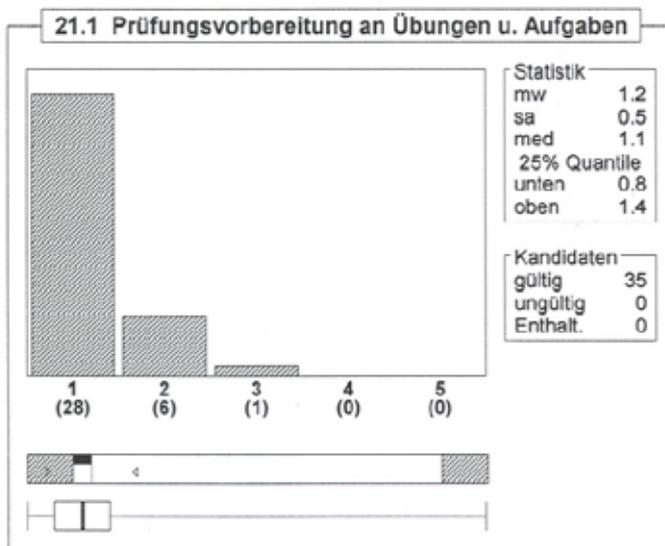
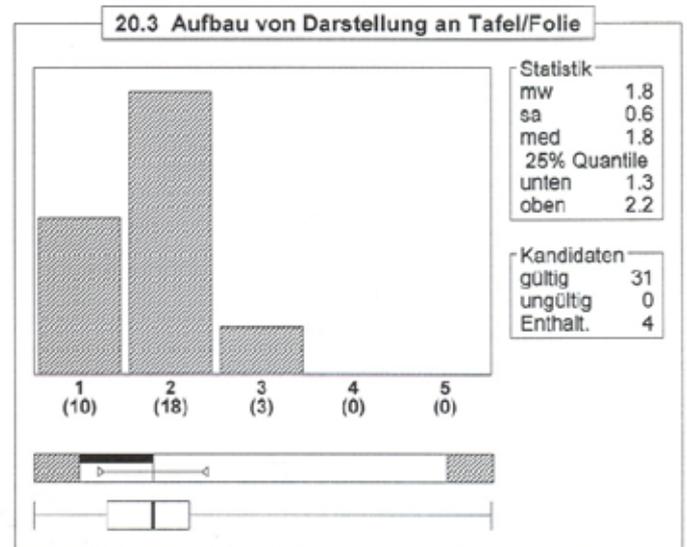
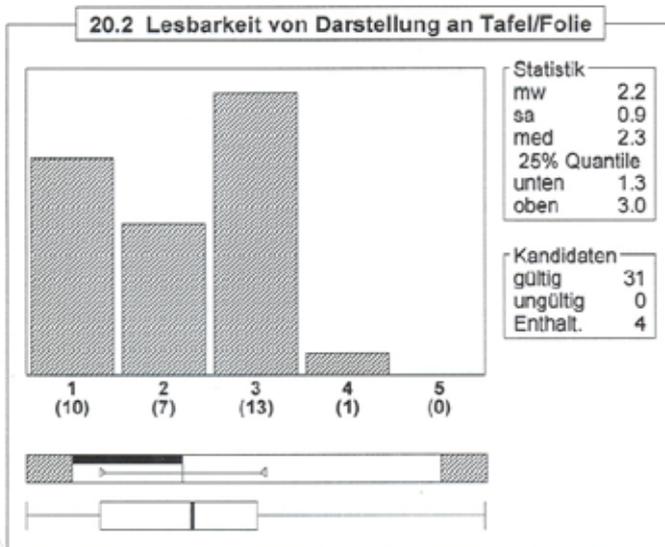
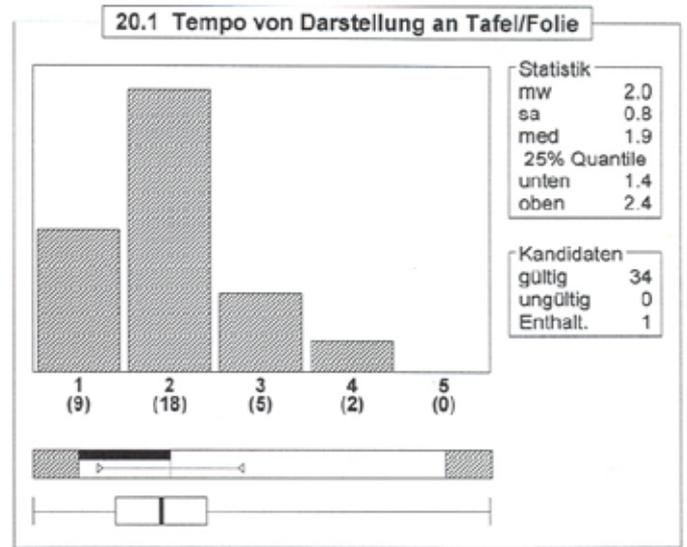
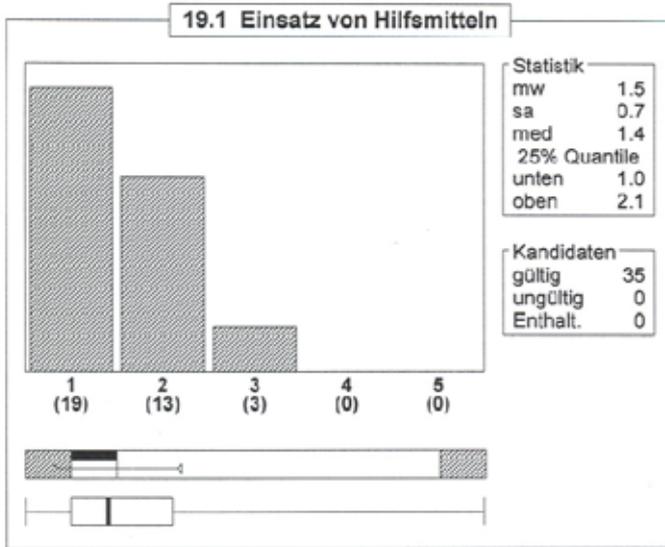
12.1 Zusammenhang zw. Grundlagen u. Spezialwissen



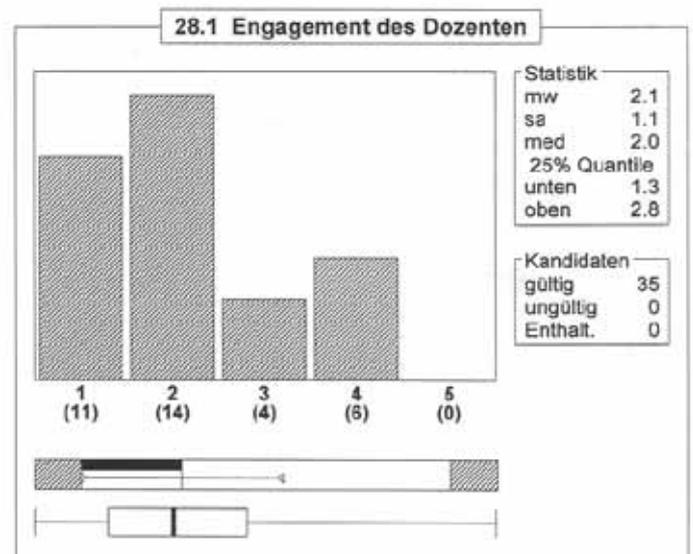
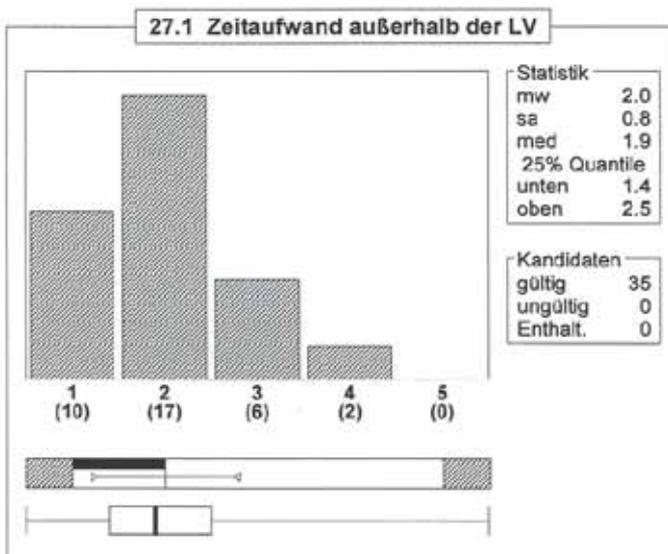
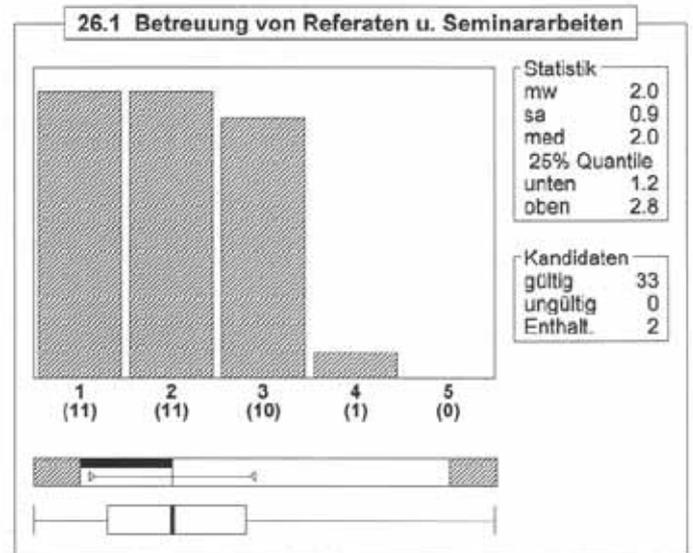
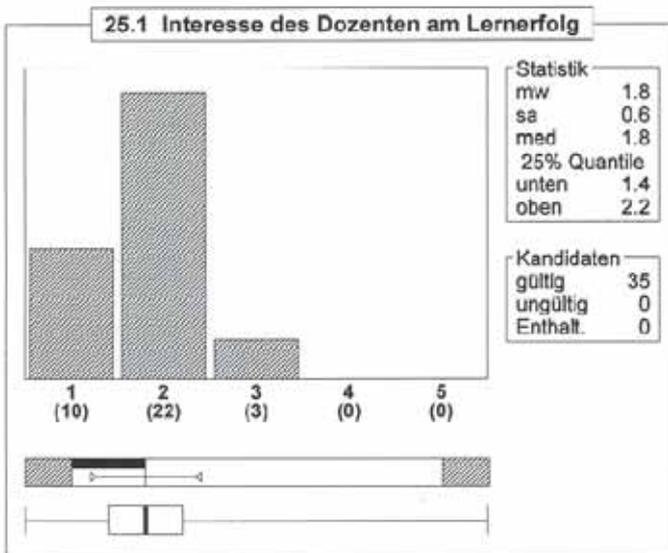
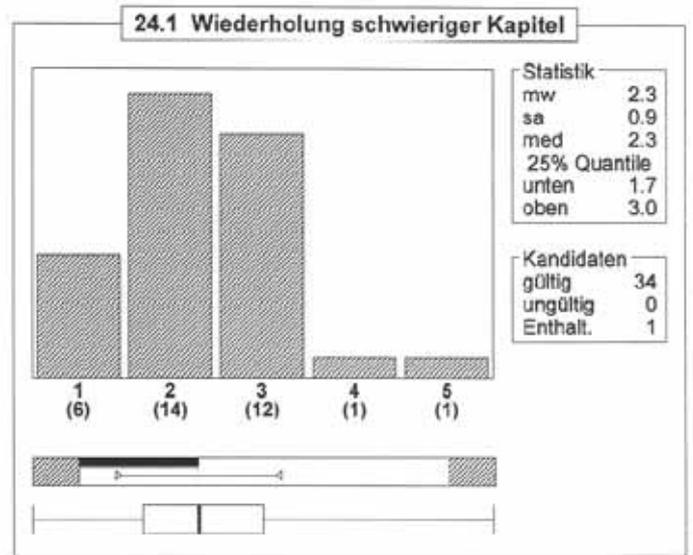
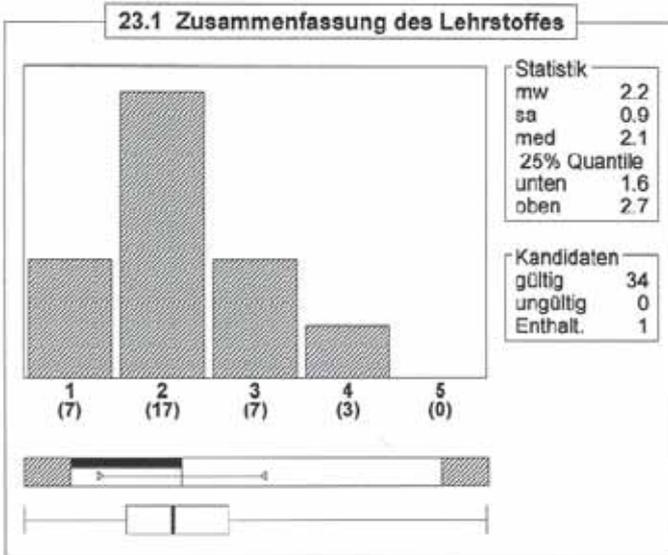
Einleitung Fragestellungen



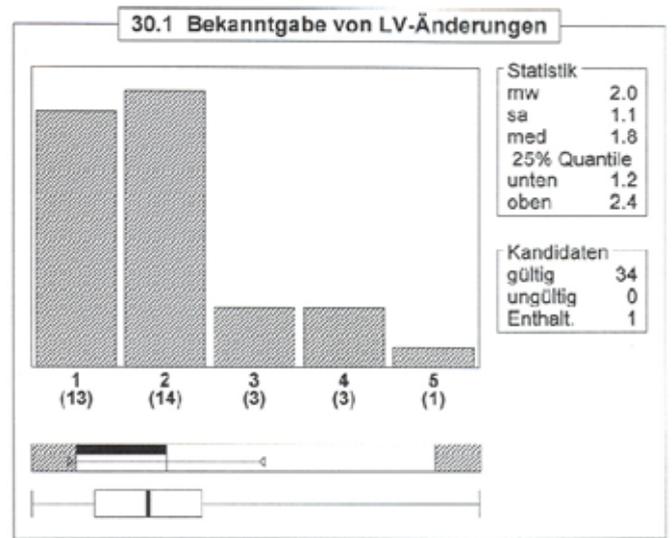
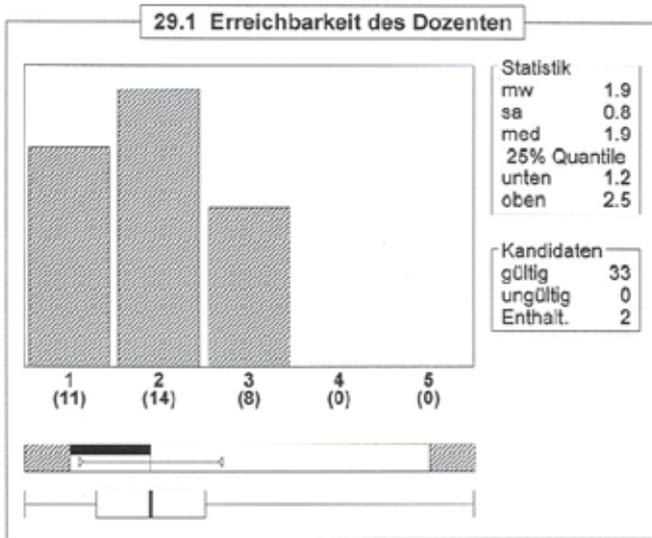
Einleitung Fragestellungen



Einleitung Fragestellungen



Einleitung Fragestellungen



Die offenen Fragen lieferten hier folgende Angaben.

1. Was mir besonders positiv aufgefallen ist:

- Auflockerung der Lehrveranstaltung
- motivierend, selten mal langweilig
- Erfahrung des Dozenten aus seiner praktischen Tätigkeit
- Praxisbezug
- multidimensionale Betrachtungsweise
- gute Praxisbeispiele
- übersichtliche Vorlesungsinhalte, gut gegliedert
- lockere Vorlesungen
- interessante Inhaltsvermittlung
- die Einstellung des Dozenten zu seiner Arbeit und seine grundlegende Lebenseinstellung
- Filmmaterial
- persönliches Engagement des Dozenten
- Anwendung vieler Medien
- Filme verdeutlichen sehr gut die theoretische Grundlage
- Gruppenarbeit
- Besprechung der Arbeitsgruppen
- Hinweise auf Verbesserungen wurden zurückgegeben
- Förderung eigener Gedanken
- auch auf unliebsame Ansichten eingehen

2. Was mir besonders negativ aufgefallen ist:

- Termine
- 4 Stunden hintereinander
- Fernsehen ist langweilig
- unleserliche Bewertung
- Folien schlecht lesbar
- Prüfungsbewertungskriterien

Einleitung
Fragestellungen

- veraltete Filme, die kaum noch Relevanz für die Praxis haben
 - sehr viele Filme
 - Arbeitsgruppen
 - nicht nur Reproduktion
 - viel Zeit
 - Arbeitsgruppen als reines Abschreiben
3. Verbesserungsvorschläge für die Lehre:
- Beispiele aktualisieren
 - aktuelle Filmbeiträge
 - langsames Vorgehen
 - Anwesenheit des Dozenten bei Gruppenarbeiten
 - Anreiz für gute Gruppenarbeiten
 - Gratiskaffee für die Studierenden für besondere Arbeitsgruppenleistungen

Auswertung einer vergleichenden Bewertung von Lehrveranstaltungen

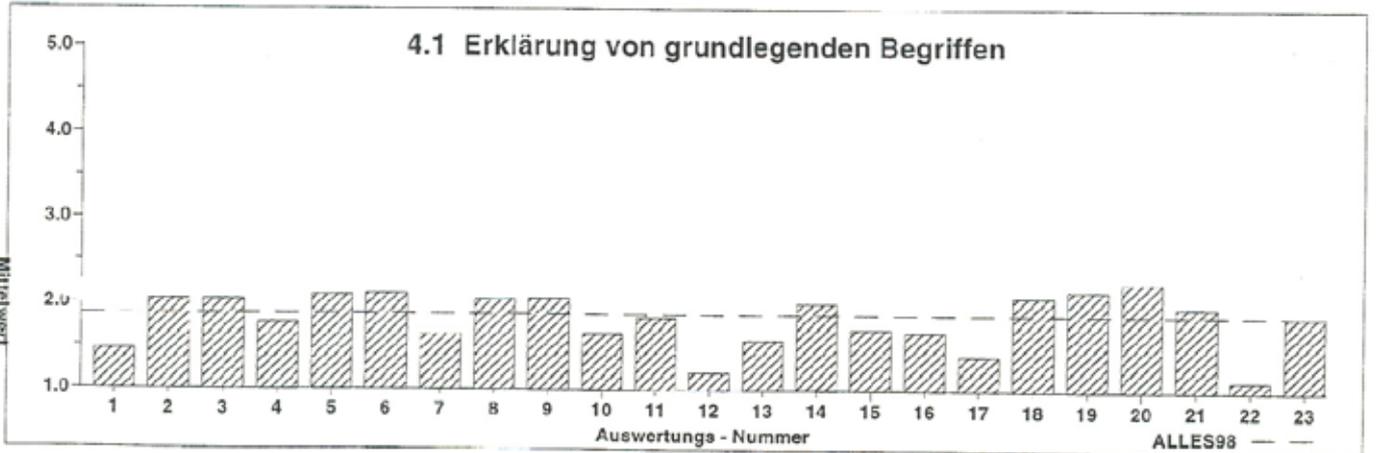
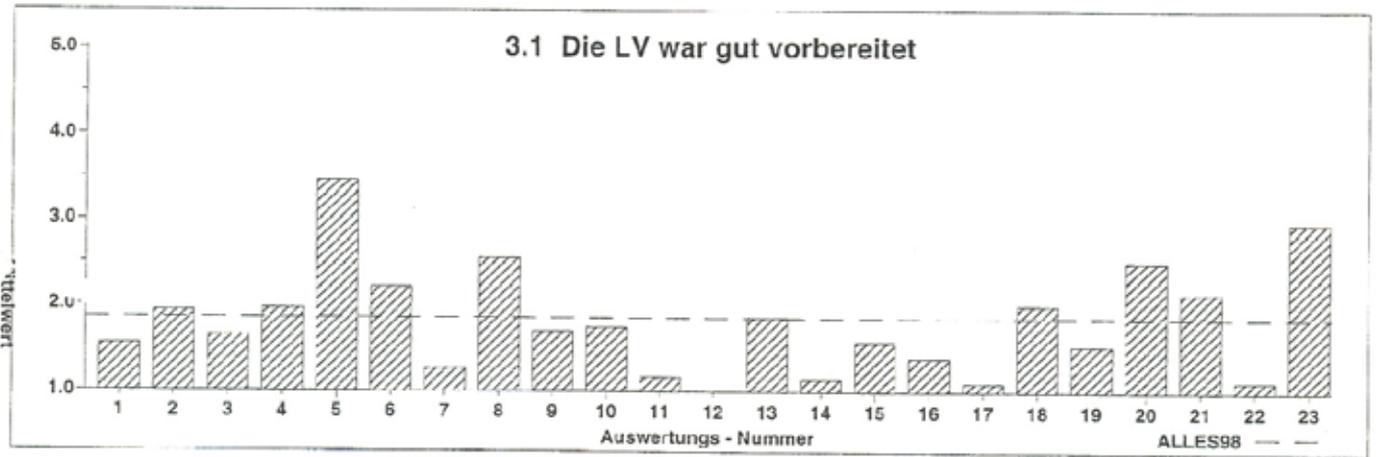
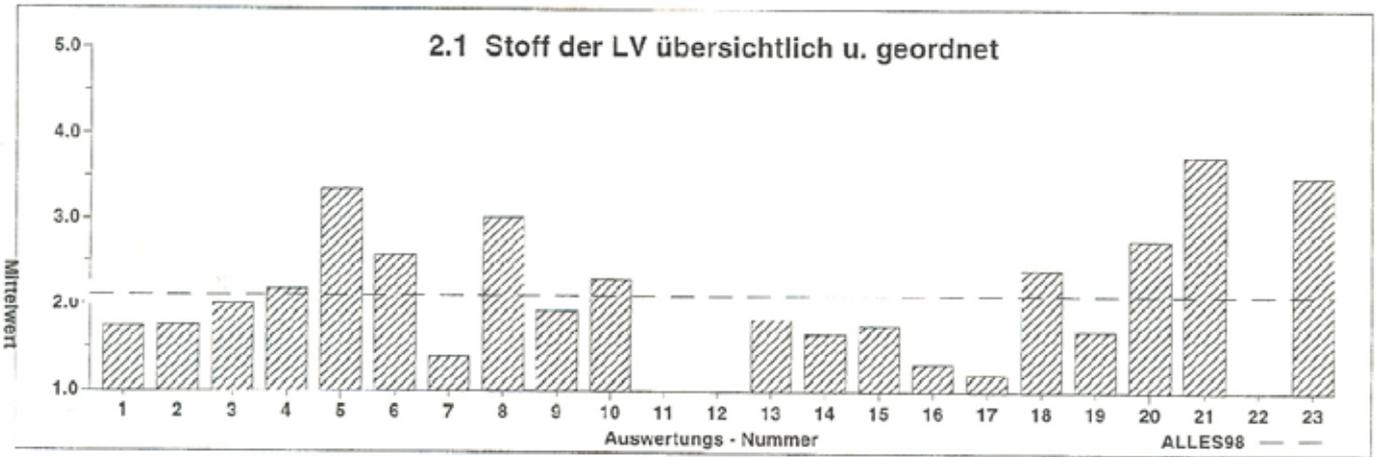
Dabei bedeutet 1 = trifft immer zu und
 5 = trifft nie zu

Die Tabellen vergleichen 23 Lehrveranstaltungen aus den Bereichen Technik, Sozialwesen, Wirtschaft und Gestaltung.

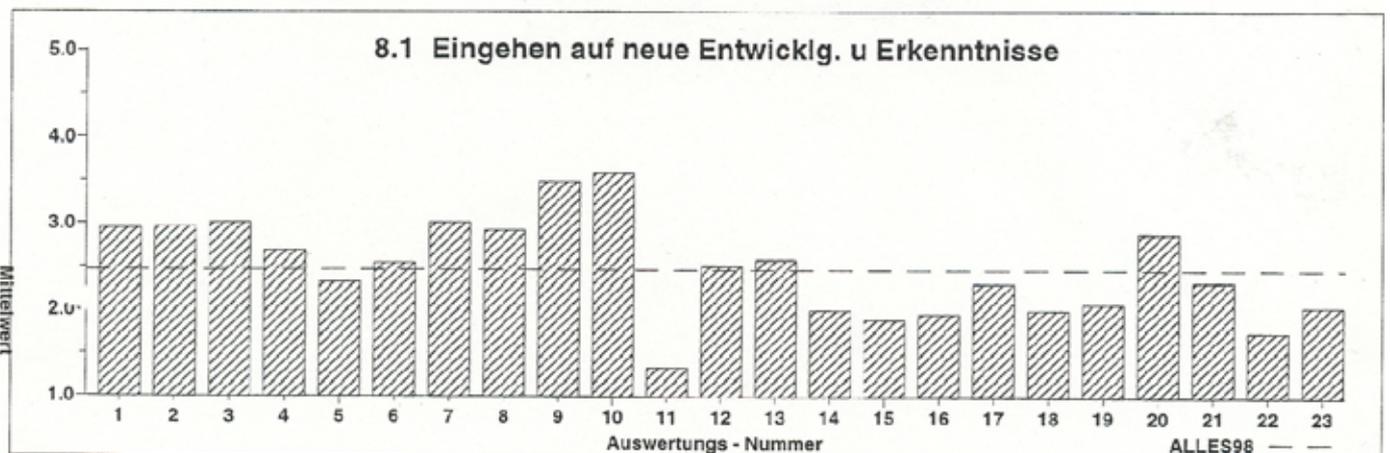
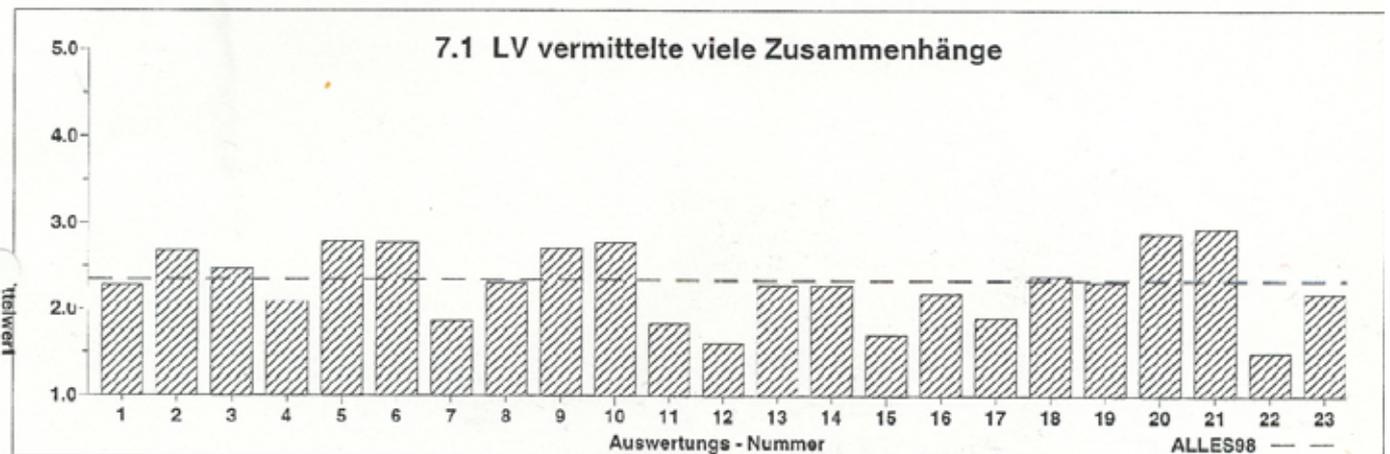
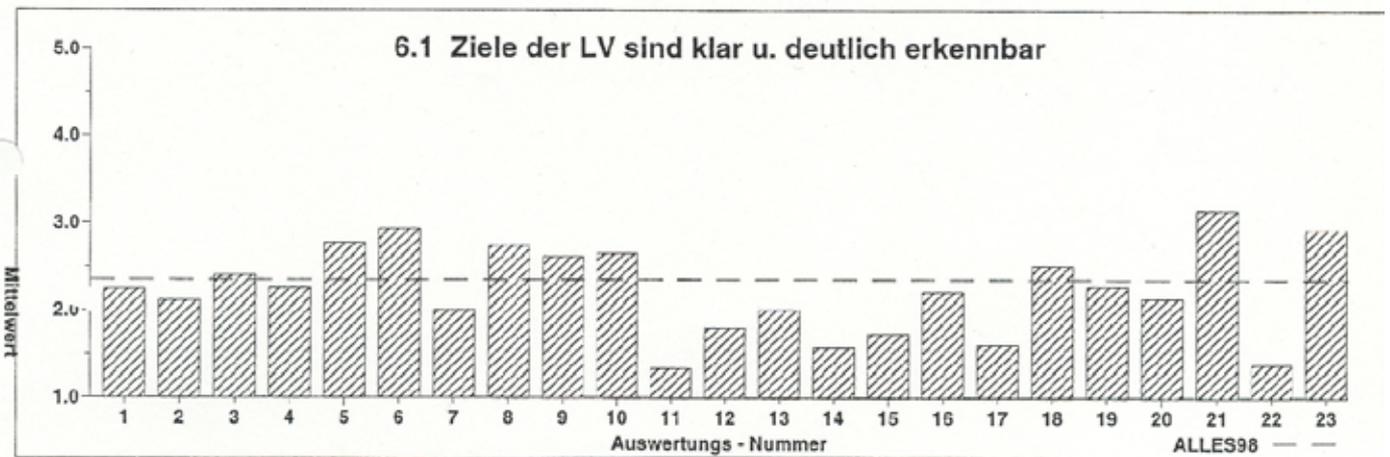
Dargestellt ist das Wintersemester 1994.

Die Lehrveranstaltung zum Thema "Sucht" (Kinder aus suchtkranken Familien) ist unter Ziffer 15 erfasst.

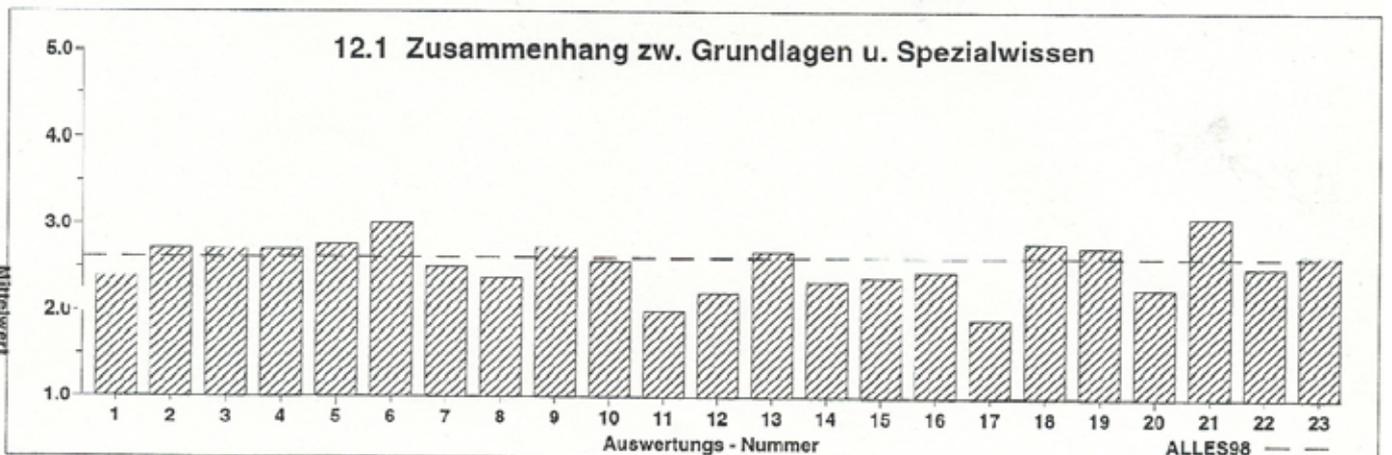
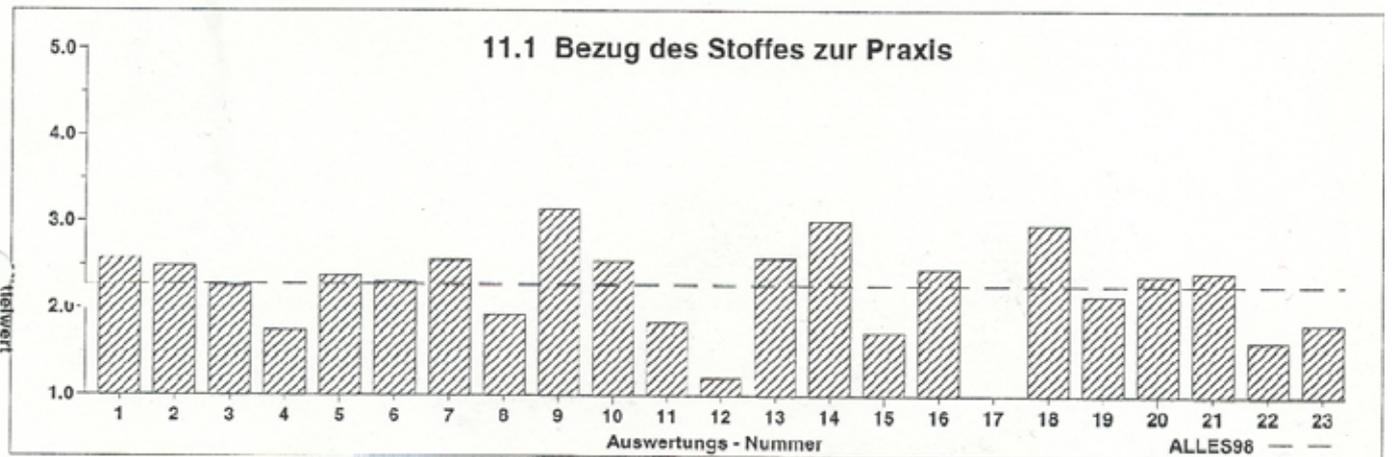
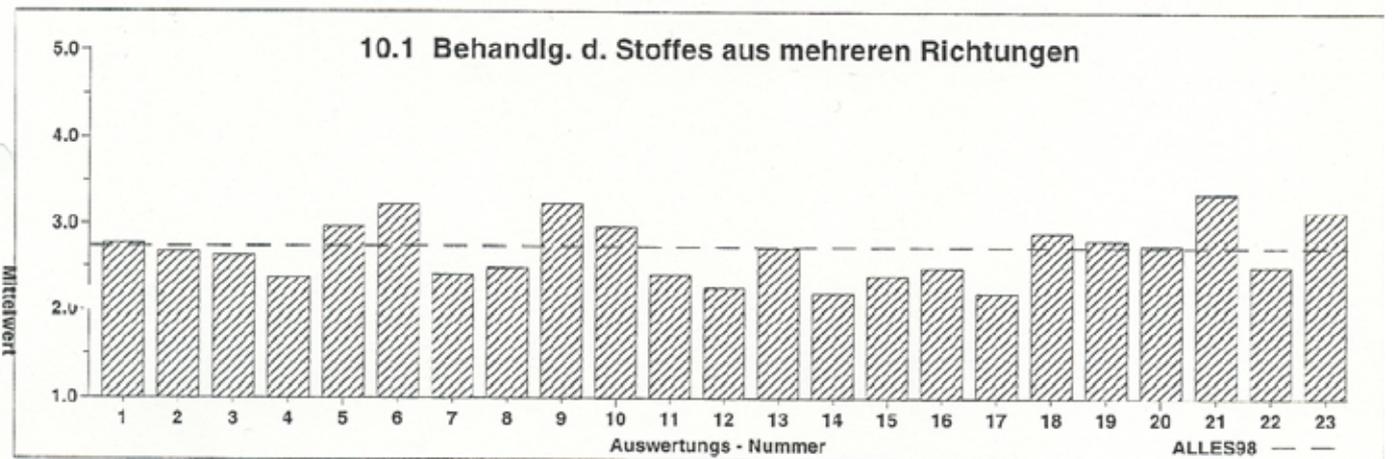
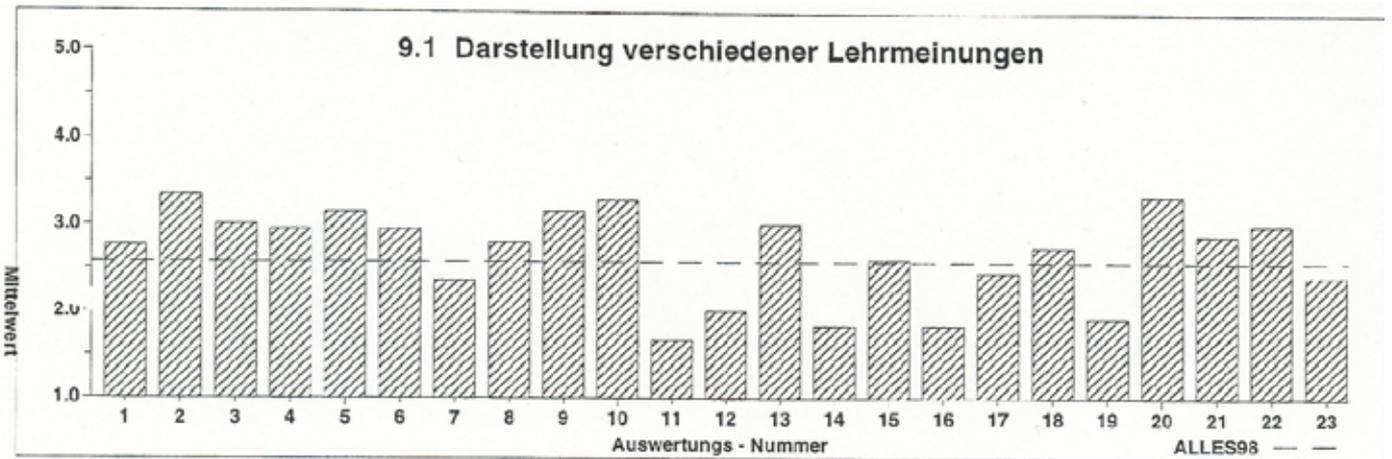
Einleitung
Fragestellungen



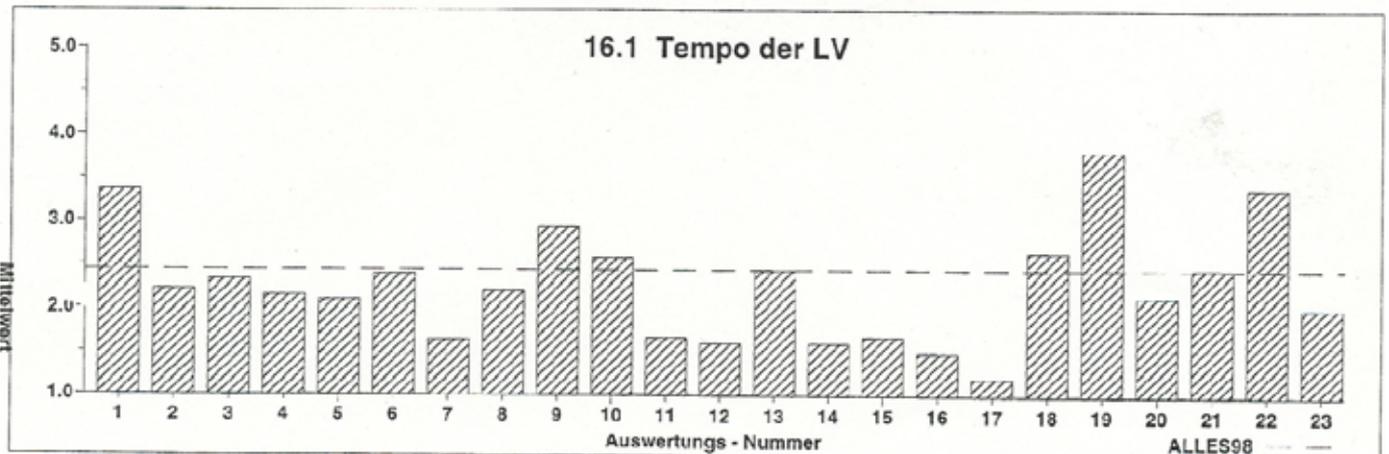
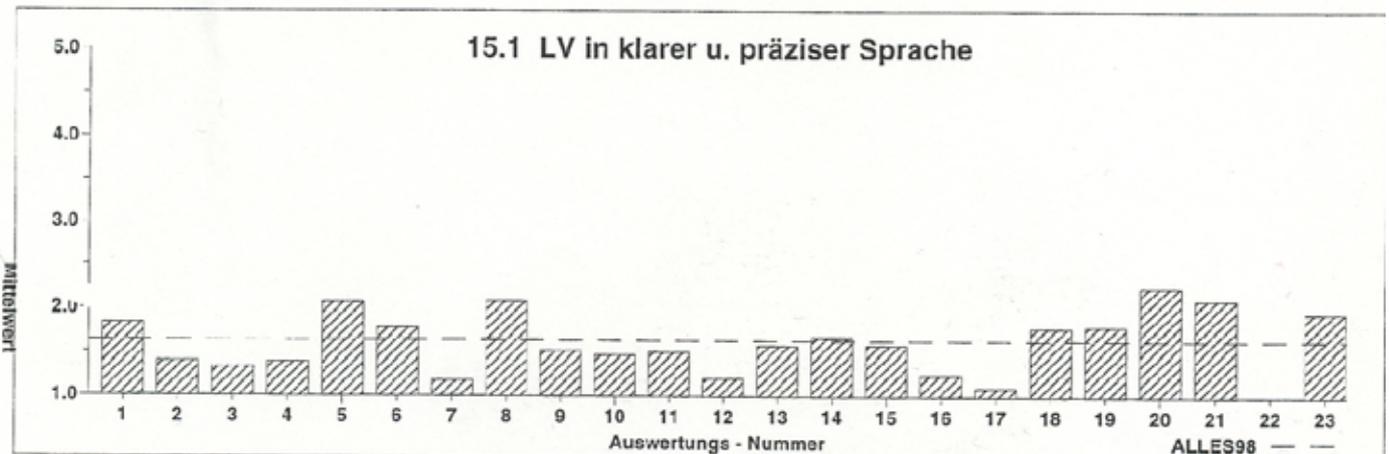
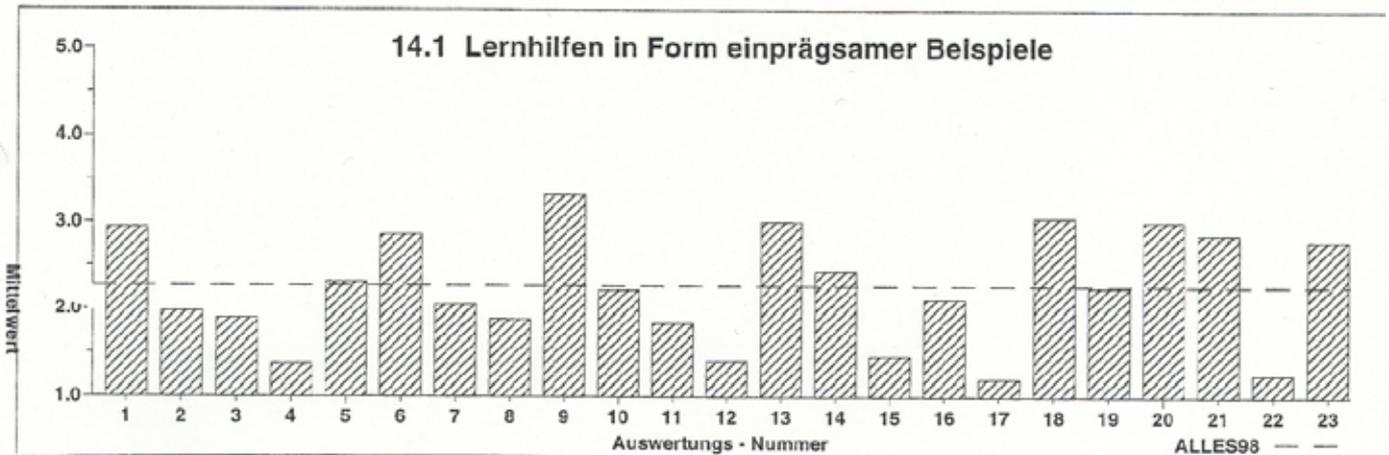
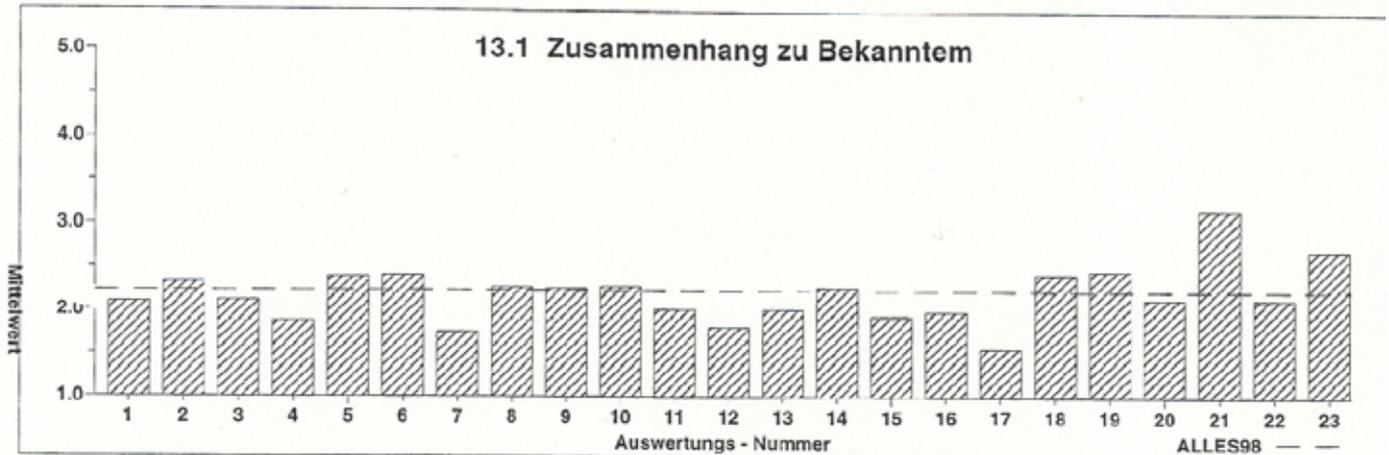
Einleitung
Fragestellungen



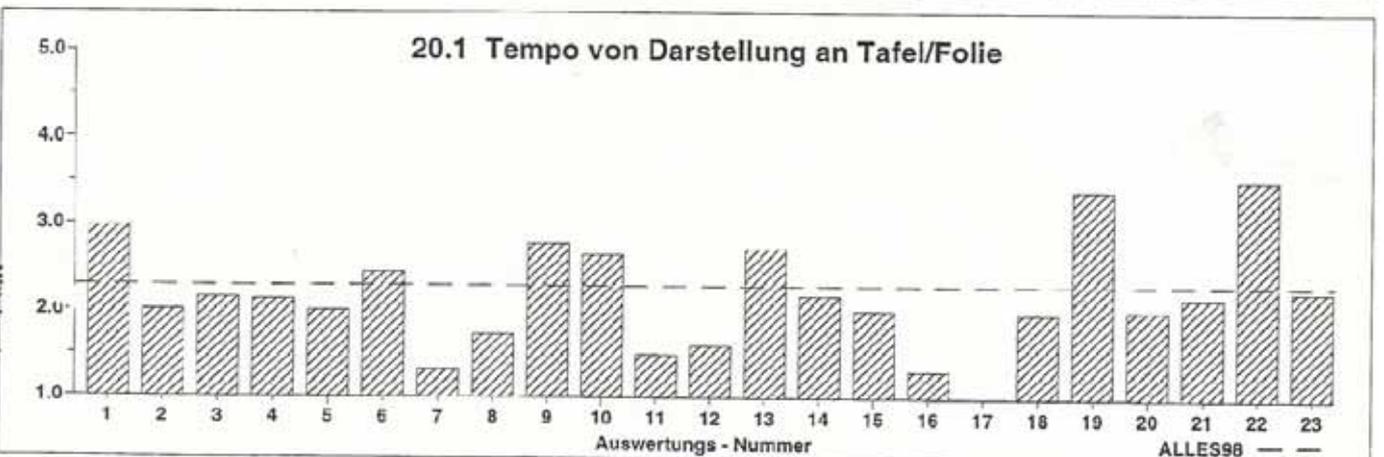
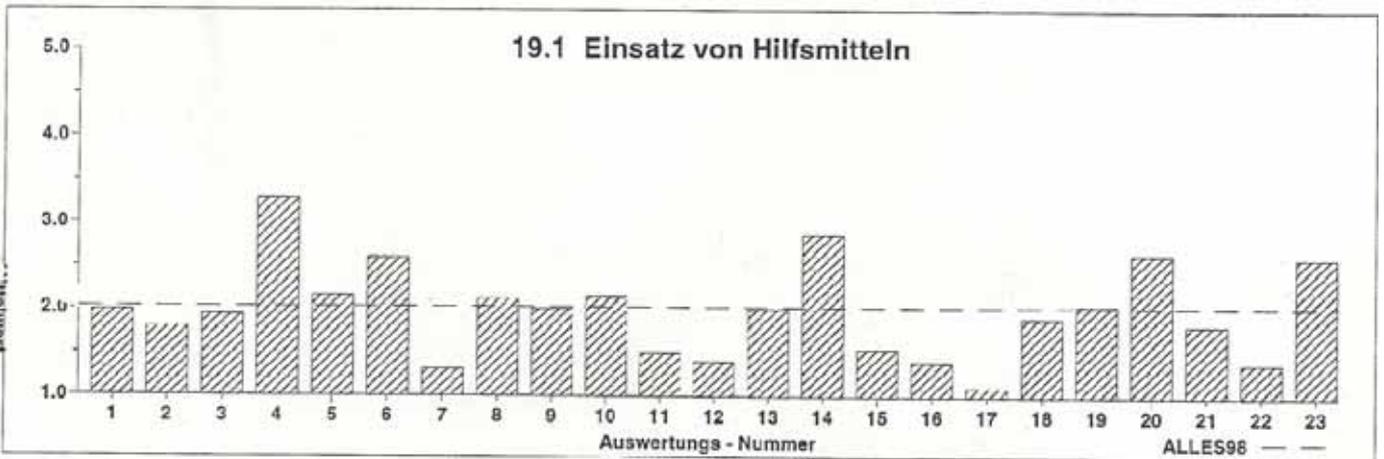
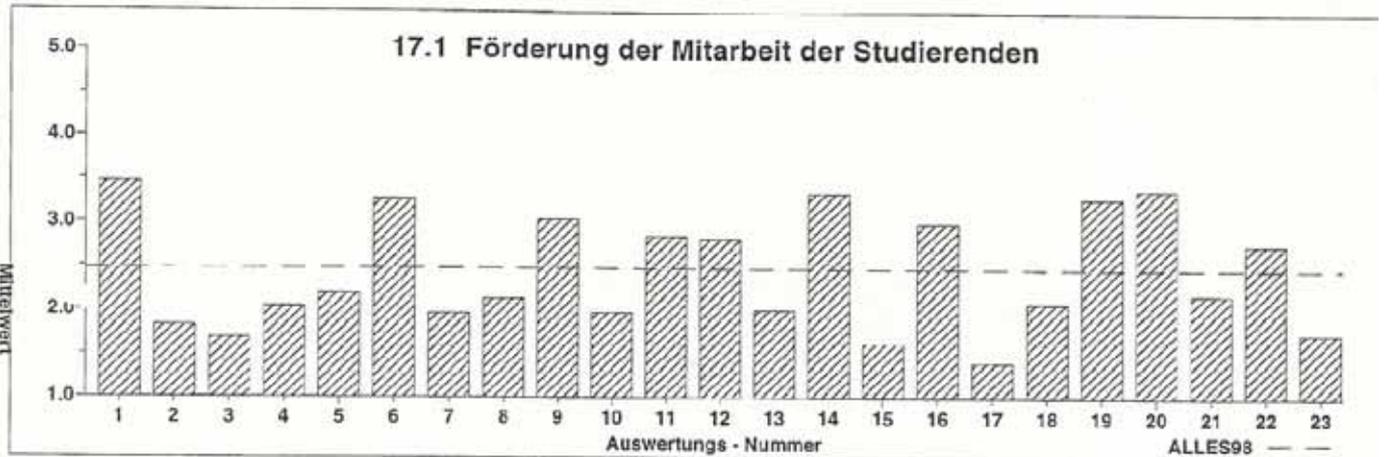
Einleitung
Fragestellungen



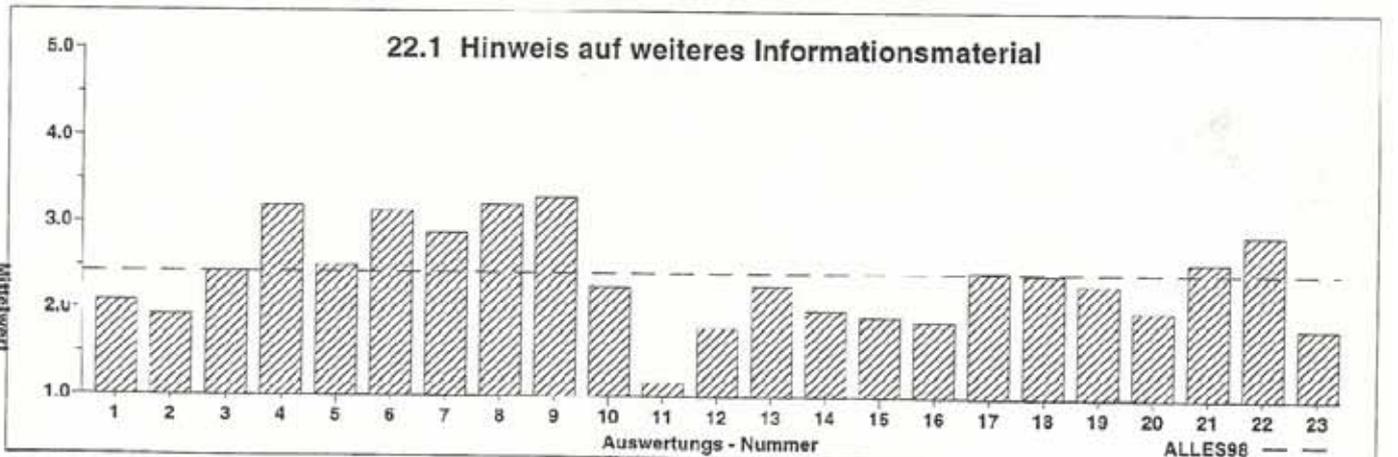
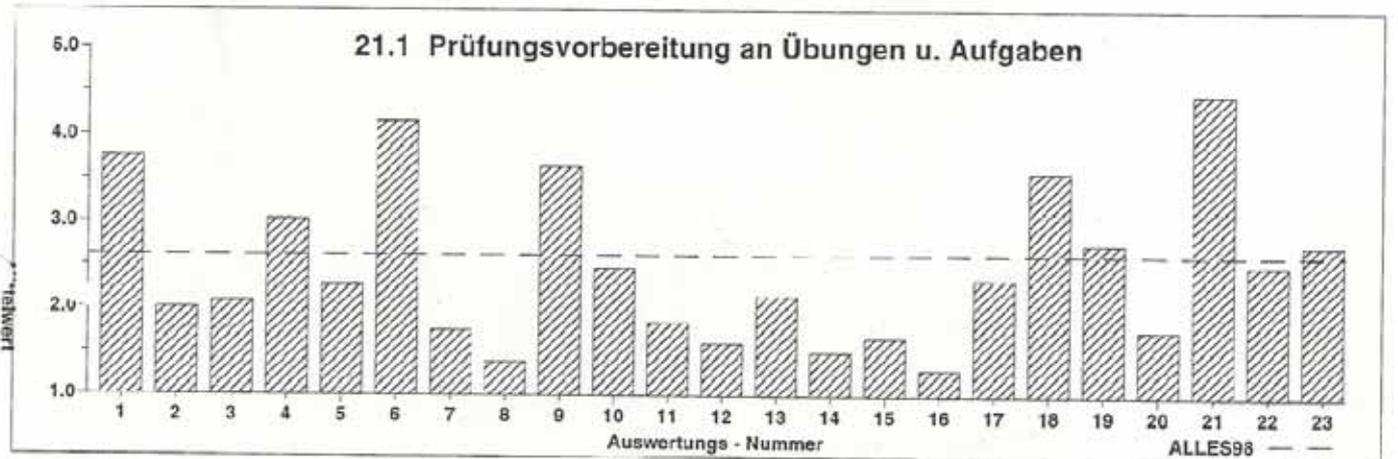
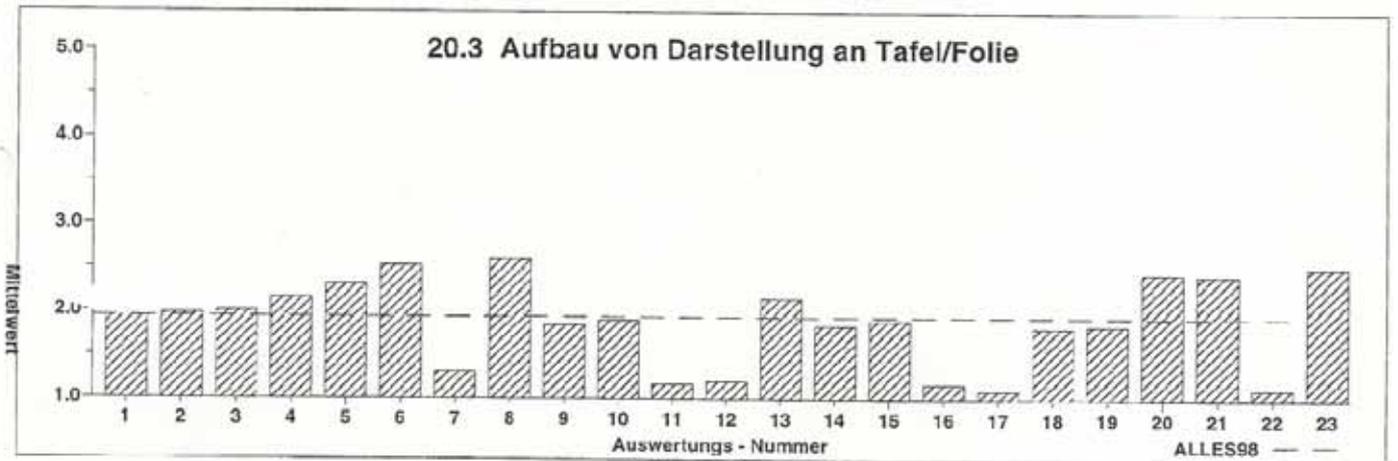
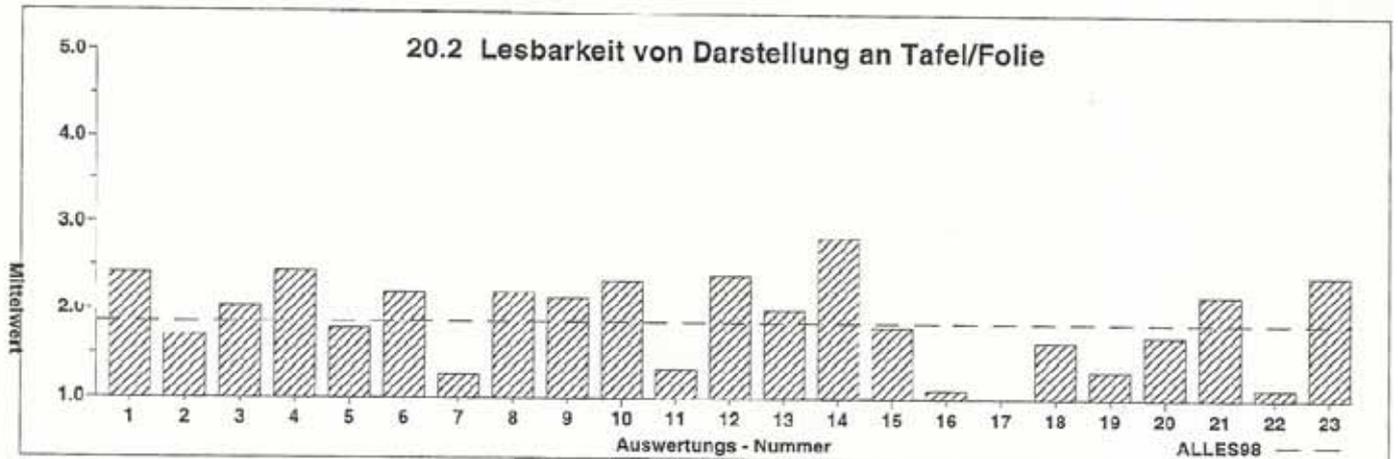
Einleitung
Fragestellungen



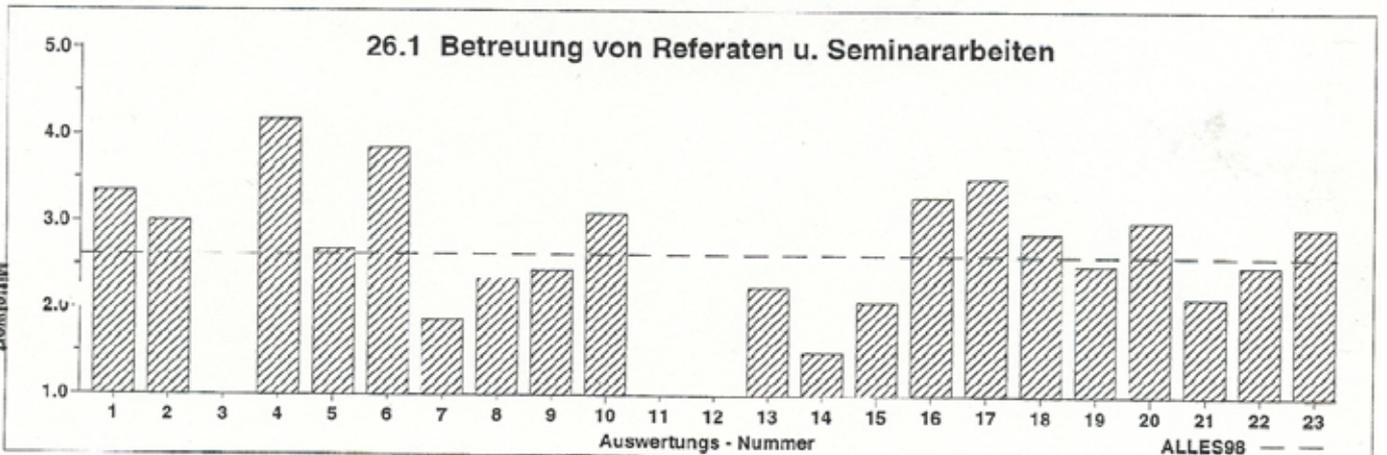
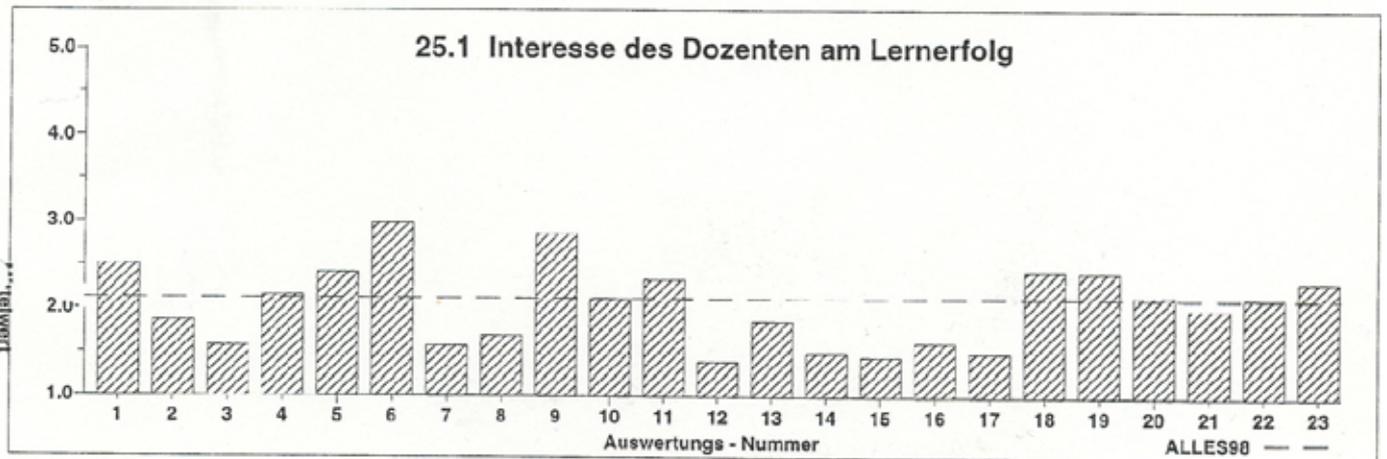
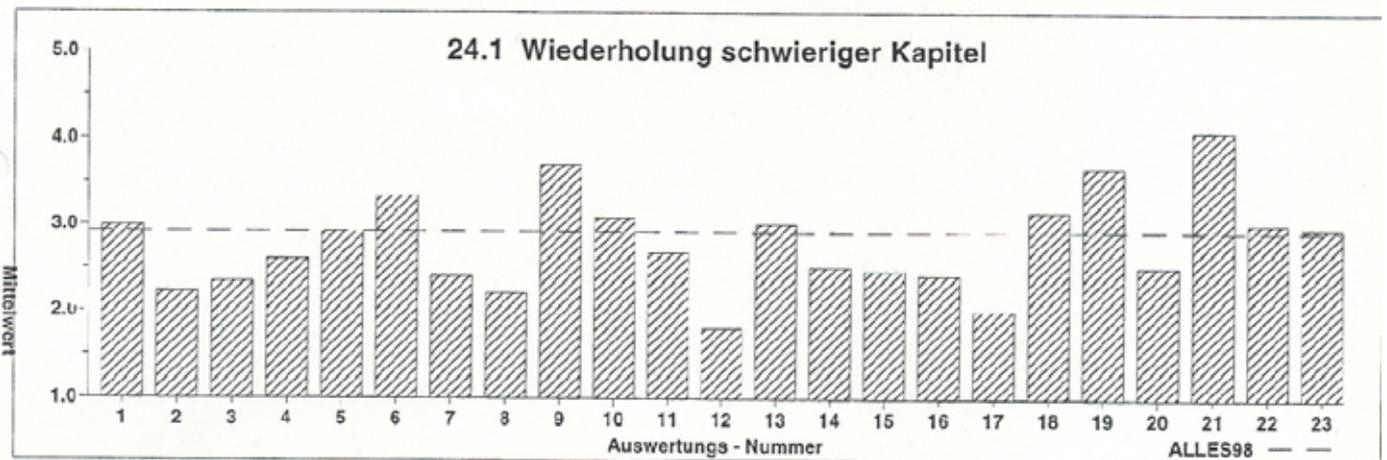
Einleitung
Fragestellungen



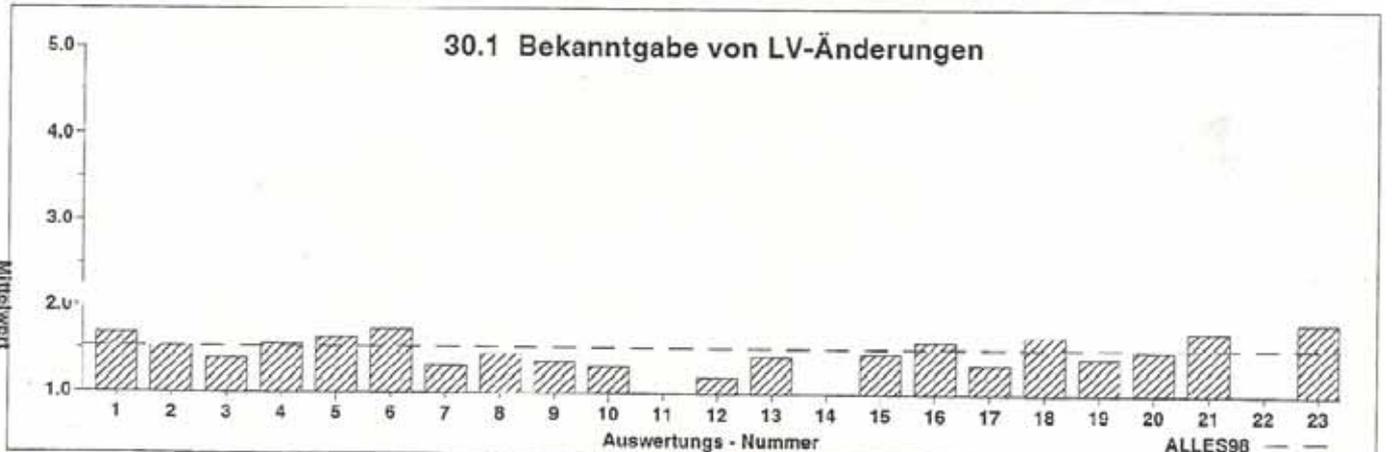
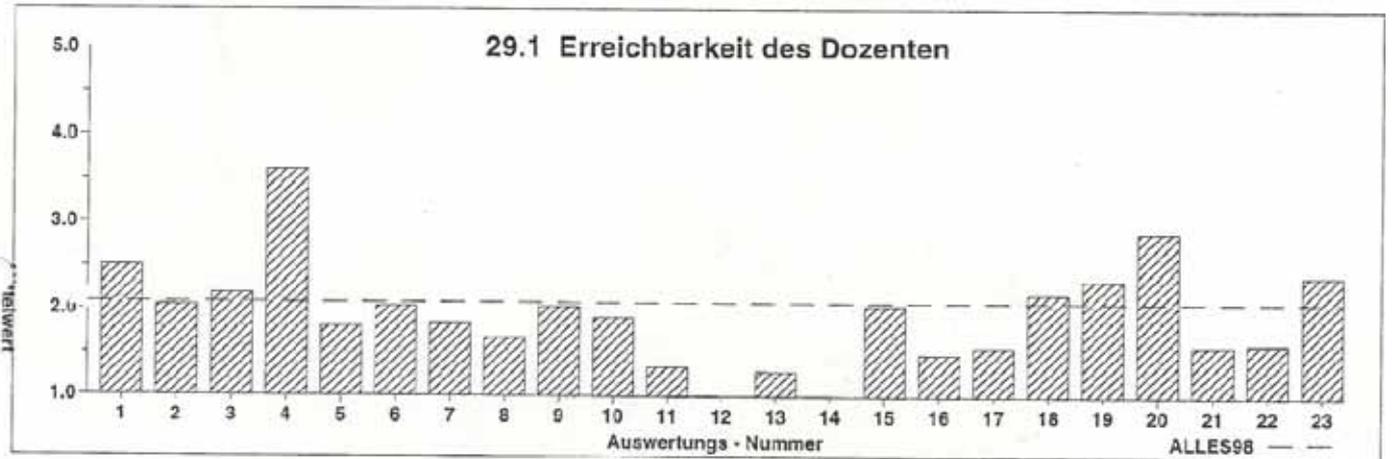
Einleitung
Fragestellungen



Einleitung
Fragestellungen



Einleitung
Fragestellungen



1.1.2 Zur Thematik

Die Fülle medizinischer, psychoanalytischer, verhaltenstherapeutischer u.a. Abhandlungen zum Thema Sucht ist in den letzten Jahren aus dem Blickwinkel systemischer Familientherapie³ bereichert worden. Je nach Betrachtungskontext wurden die unterschiedlichsten Bezugsebenen und die typischen Beziehungsmuster ausführlich beschrieben.

Ich will mit dieser Arbeit keine neuen Erklärungsansätze für Sucht und Suchtverhalten geben noch deskriptive Situationsanalysen vorlegen, sondern es sollen im umfassenden Sinne menschliche Lebenswelten beleuchtet werden, um zu Aussagen über Möglichkeiten der Hilfe und Prävention für Kinder von Suchtkranken zu kommen.

Ich richtete mein Augenmerk deshalb auf diese Kinder, da ihnen aufgrund von Bewertung der Umwelt die Eigenschaft "auffällig" zugeschrieben wird. Durch die Stigmatisierung, die nicht nur bei Alkoholkonsum der Kinder, sondern auch bei einer fortgesetzten Alkoholvermeidung erfolgt, erhalten sie einen Sonderstatus, der erheblich negativ besetzt ist. Diese "non-konformen" Kinder zeigen nicht die gewünschten Verhaltensweisen der Umgebung, sondern heben sich vielmehr dadurch negativ ab, dass sie unangepasst oder über angepasst (z. B. durch das Bemühen um konsequente Alkoholvermeidung) und somit "schwierig" sind.

Ein weiteres Problem ist, dass sich Kinder aus suchtkranken Familien durch die Dynamik der bürgerlichen Kleinfamilie immer wieder gefühlsmäßig schuldig fühlen. Erst später und mit entsprechender einsichtiger Hilfe sind sie in der Lage zu begreifen, dass sie an den Entwicklungen in der Familie keine Schuld tragen. Erst dann ist eine Entwicklung möglich, die sie von dem Stigma eines Alkoholikerkindes befreit.

³ Siehe dazu auch das umfassende Literaturverzeichnis am Ende dieser Arbeit.

Ich will erreichen, dass Lernende diese Kinder aus ihrer Perspektive betrachten und vor dem Hintergrund verschiedener Ursachen(theorien) Verständnis für sie entwickeln und ihr Verhalten in einem neuen Zusammenhang sehen.

Dabei ging es mir auch darum, Erklärungen im familiären Bereich zu finden, so dass die Verhaltensbesonderheiten der Kinder aufgrund bestimmter Sozialisationsbedingungen und nicht als individuelles Versagen interpretiert werden.⁴

Aus diesen beiden Anliegen heraus ist dann für mich folgende Überlegung entstanden: Was geschieht denn überhaupt mit den Kindern, die in einer Familie aufwachsen, in der eine Alkoholproblematik besteht? Was passiert hinter den verschlossenen Haustüren dieser Alkoholikerfamilien? Dies scheint mir ein Weg zu sein, die notwendige Betroffenheit bei den Lernenden aufzubauen.

Alkoholikerfamilien und ihre Kinder leben in einem Zustand des permanenten Erschreckens. Dieser Zustand ist auch auf die Lernenden zu übertragen, allerdings so, dass er seine Selbstwirksamkeit nicht durch eine Einschränkung der Selbstwirklichkeit der Studierenden verliert. Zu starke Betroffenheit, zu starkes Erschrecken und schmerzhaftes Erleben würden nur zu einer Abwehr der Gefühle und der Informationen führen. So müssen Lehrangebote auch Distanz ermöglichen und vor allen Dingen, insbesondere an einer Fachhochschule, auch Handlungsauswege aufzeigen.

⁴ Ich konnte in langjähriger Arbeit in der Heimerziehung immer wieder feststellen, dass oft die Eltern "Verhaltensauffälligkeiten" zeigten, die sich auf die Kinder auswirkten und diesen dann auch (leider) angelastet wurden.

Daher müssen meine Lehrangebote deutlich machen, dass verschiedene Formen der Hilfen für die Betroffenen notwendig und hilfreich sind, damit die Familie dem Suchtproblem entgegentreten kann. So benötigen insbesondere die Kinder Unterstützung, um die Lebensbedingungen bewältigen und später ein Leben ohne Rauschmittel führen zu können. Dabei ist es nach meiner Überzeugung wichtig, therapeutische Interventionen von sozialpädagogischen zu trennen. Die Sozialpädagogik/-arbeit kann im Zuge ihrer Professionalisierung⁵ sehr wohl auf ein eigenständiges Handlungsinstrumentarium zurückgreifen. Grundlegungen der sozialpädagogischen Arbeit aus therapeutischen Verfahren sind sicher anzutreffen und notwendig, aber ein Sozialpädagoge wird nicht schon allein deshalb zum Therapeut, wenn er Teile eines Therapieverfahrens in seiner Arbeit anwendet. Professionalisierung bedeutet also auch, nicht nur Handlungsinstrumente unverändert zu übernehmen, sondern auf der Grundlage von vorhandenem Wissen ein eigenes Handlungsinstrumentarium zu entwickeln.

Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit ist also nicht therapeutisches Handeln, sondern es bewegt sich in einem Überschneidungsbereich von Beratung und Therapie. Es bedeutet nach meiner Einsicht auch, im Sinne eines case-management-Prozesses, die Vielfalt der Möglichkeiten und Bedingungen in einer betroffenen Familie auch als Stärken und nicht nur als Mangel zu begreifen, um so durch vernetzte Unterstützungsleistungen zu einer Veränderung beizutragen (vgl. Lüssi, 1995).

Zusätzlich will ich auch die Bedeutung von präventiven Angeboten hervorheben, die den Kindern eine kindgerechte Entwicklung gewährleisten sollen. Dabei ist mir bewusst, dass präventives Handeln der Sozialen Arbeit, das danach fragt, was fehlt, was belastet, was hilft, auch in anderen Bereichen hilfreich wirksam ist, so dass Lernende Ansatzpunkte für einen Transfer erkennen sollten.

Ausgeklammert habe ich in dieser Schrift - und weitgehend auch in der Lehre - das Problem der Alkoholembyopathie, da es kein Phänomen eines Sozialisationsprozesses

⁵ Vgl. zur Professionalisierungsdiskussion u.a. Lüssi, 1995

Einleitung
Zur Thematik

in einer betroffenen Familie darstellt, sondern vorgeburtliche Schädigungen in einem biologischen Reife- und Entwicklungsprozess betrifft und somit nur durch den Alkoholkonsum der Schwangeren zu beeinflussen ist.

Ferner werden die zahlreichen psycho-somato-sozialen Folgen einer Alkoholerkrankung für den einzelnen Betroffenen nicht oder nur unvollständig angesprochen, da es den Rahmen der Lehrmöglichkeiten und dieser Schrift sprengen würde. Insbesondere viele individuelle somatischen Folgen sollten überdies dem fachkundigen Mediziner vorbehalten bleiben.

1.2 Didaktische Grundlegungen

Es ist nicht mein Anliegen in dieser Schrift eine Diskussion über die verschiedenen Positionen der Didaktik zu führen und zu einer Klärung oder Eingrenzung dieses Begriffes beizutragen.

Trotzdem muss eine kurze Auseinandersetzung mit der Didaktik erfolgen, da dieses Buch sich als Lehrbuch für Sozialarbeiter/-pädagogen versteht und daher aufgrund von Überlegungen entstanden ist, was den StudentInnen in die Praxis mitzugeben ist.

Zum Begriff

Die Wurzeln des Begriffes "Didaktik" liegen im altgriechischen "didaskein". Eingebunden in die Vorstellungen von Erziehung und Bildung (Paideia) hatte "didaskein" eine doppelte Bedeutung: Zum einen wurde das Lehren und Unterweisen des Erziehers oder Lehrers erfasst, zum anderen aber auch die Bereitschaft der zu Erziehenden, zu lernen und sich belehren zu lassen.

Im 16. und 17. Jahrhundert wurde der Begriff in Zentraleuropa präzisiert und durch Johann Amos Comenius (1592-1670) sowie Wolfgang Ratke (1571-1635) mit "Lehrkunst" beschrieben (siehe dazu Kron, 1988, S.305). Dabei blieb, auch in späteren Jahren, die Seite des Lernenden weitgehend unbeachtet. In den angloamerikanischen Ländern und in Deutschland wurden erst bei Klafki (1967) die Bedürfnisse der "Schüler" einbezogen.

Eine Begriffsbestimmung von Didaktik kann daher nicht einfach aus der Historie abgeleitet werden und bedarf einer etwas differenzierteren Betrachtung.

So sind auch unterschiedliche Begrifflichkeiten bei den verschiedenen Autoren anzutreffen. Memmert (1977, S.8) liefert folgenden Überblick:

Didaktik als

... Wissenschaft vom Lehren und Lernen (nach Dolch, Hausmann, Heimann, Peterßen)

... Wissenschaft vom Unterricht (nach Huber, Stöcker, Borowski, Jannasch-Joppich, deCorte, Tomaschewsky, Maier/Pfistner)

... Theorie der Bildungsinhalte (nach Weniger, Klafki, Derbolav, Scheuerl)

... Wissenschaft vom Lehrplan

... Wissenschaft von der Verhaltensänderung (nach Frank, von Cube, Möller).

Später wurden diesen Vorstellungen noch weitere Didaktikbegriffe hinzugefügt. So sprechen Bittner (1967) und Klafki (1967) von der

Theorie der Steuerung von Lernprozessen und Kron (2001)

von der Anwendung psychologischer Lehr- und Lerntheorien.

Ergänzend darf auch, insbesondere aufgrund der skizzierten Fragestellungen, die emotionale Didaktik nach Rainer Winkel angeführt werden.

Um aber das Ziel dieser Schrift nicht aus den Augen zu verlieren und die Diskussion um das Verständnis von Didaktik nicht zu sehr zu vertiefen, will ich an dieser Stelle zunächst eine Unterscheidung in einen weiteren Didaktikbegriff (Wissenschaft vom Lehren und Lernen, also das Was und das Wie) und einen engeren Didaktikbegriff (Theorie der Bildungsinhalte, also nur das Was), ohne eine Entscheidung über die Gültigkeit des einen oder anderen Begriffes für meine Arbeit, vornehmen.

In der Literatur wird übereinstimmend festgestellt, dass die Didaktik als Gegenstandsbereich der Pädagogik (Erziehungswissenschaften) anzusehen ist (vgl. Kron, a.a.O., Gudjons, 2002, Adl-Amini, 1981, Gorges, 1996, Klafki, 1970). Ich darf daher an dieser Stelle festlegen, dass Didaktik als Teil der Erziehungswissenschaft (Pädagogik) verstanden werden darf.

Didaktische Richtungen

Um einer Entscheidung für den engeren oder weiteren Didaktikbegriff, den ich für diese Schrift treffen musste, näher zu kommen, ist es erforderlich, die verschiedenen didaktischen Richtungen kurz aufzuzeigen.

Kron listet insgesamt 30 verschiedene Theorien und Modelle didaktischen Handelns auf (Kron, 1993, S.117), die hier, aus den bekannten Gründen, nicht alle reproduziert werden sollen. Peterßen hat den Versuch gemacht, einzelne didaktische Richtungen zu charakterisieren und er kommt zu folgender zusammenfassender Einteilungen, die einen kurzen Überblick liefert und daher für den Sinn und Zweck dieser Ausführungen ausreichend ist:

1. Bildungstheoretische Didaktik

In Verbindung zur Bildungstheorie versucht diese Didaktik die Voraussetzungen für einen bildungswirksamen Unterricht zu beschreiben. Im Mittelpunkt stehen dabei die Inhalte, da die Vertreter annehmen, dass sich nur in der Begegnung mit ausgewählten Inhalten Bildung vollziehen kann. Auswahl und Definition dieser Inhalte sind zentrale Fragestellungen, die bildungstheoretische Didaktik grenzt sich damit ausdrücklich als eine Didaktik im engeren Sinne ein. (nach Peterßen in Kron, 1993, S.309)

2. Lerntheoretische Didaktik

Diese Didaktik entstand aus einer empirisch-analytischen Wissenschaftsauffassung und sieht ihr Gegenstandsfeld im Lehren und Lernen, vornehmlich im Schulbereich, insgesamt. Damit ist sie eine Didaktik im weiteren Sinne. (ebenda)

3. Informationstheoretische Didaktik

Ausgangspunkt ist die Annahme, dass auf Lehr- und Lernvorgänge Informationstheorien übertragen werden können. Eine didaktische Fragestellung wird damit aber auch auf Fragen der optimalen Steuerung und Strategie, wobei Zielvorstellungen als gegeben angenommen und nicht hinterfragt werden, eingeengt. (ebenda)

4. Kommunikative Didaktik

Die kommunikative Didaktik entstand auf dem Hintergrund der angesprochenen drei "traditionellen" Didaktikrichtungen und betont die Notwendigkeit eines emanzipatorisch wirkenden Unterrichts. Eine "didaktische Suche (ist) vor allem auf emanzipatorische Formen der Kommunikation gerichtet." (Kron, 1993, S.309) auch hier tritt die Frage nach den Inhalten in den Hintergrund.

5. Die Curriculare Bewegung

"Die curriculare Bewegung ist als durch und durch pragmatisch im angloamerikanischen Raum entstanden." (Peterßen, 1983, S.54f). In Deutschland wurde dies Verständnis für Ansätze einer Schulreform von innen, also über die Reform der Lehrpläne, verwendet.

Sozialarbeit/-pädagogik und Didaktik

Für die Sozialarbeit/-pädagogik wird in der Literatur als besonders relevant die bildungstheoretische und die lerntheoretische Didaktik angesehen. Ich will aber auch die kommunikative Didaktik, mit ihrem emanzipatorischen Anspruch, der von mir als "Herausführen/Unabhängigmachen" verstanden wird, in ihre Bedeutung beachtet wissen, so dass diese Ansätze sowohl in die bildungstheoretische als auch die lerntheoretische Didaktik einzubringen sind. Dabei habe ich sehr wohl beachtet, dass Lehren an einer Fachhochschule auch Erwachsenenbildung bedeutet und auf eine entsprechende Didaktik nach Siebert nicht verzichtet werden kann.

Bildungstheoretische Didaktik

Als Hauptvertreter der bildungstheoretischen Didaktik können Erich Weniger und Wolfgang Klafki angesehen werden (vgl. Gorges, S 44). Von Klafki wurde der Satz vom "Primat der Didaktik vor der Methodik" formuliert, der besagt, dass über das "Wie" des Unterrichts erst dann sinnvoll nachgedacht werden kann, wenn das "Was" bestimmt ist.

Die Diskussion über das "Was" führte zwangsläufig auch zu einer Diskussion über den Begriff Bildung. Ohne diese Diskussion hier zu vertiefen, soll eine Entscheidung getroffen werden. Ich nehme für diese Arbeit an, dass Aussagen aus dem bildungstheoretischen Objektivismus und der Theorie der funktionalen Bildung zusammengefasst werden können, was nach Klafki bedeutet: "Bildung ist der Prozess, in dem Kulturgüter - ... wissenschaftliche Erkenntnisse usf. - in ihrem objektiven So-Sein in eine menschliche Seele Eingang finden." (Klafki, 1967, S.28). Und: "Das Wesentliche der Bildung ist ... Formung, Entwicklung, Reifung von ... seelischen und geistigen Kräften. Bildung als Werk ist Inbegriff der in einer Person geeinten, bereitstehenden Kräfte des Beobachtens, Denkens und Urteilens, ..." (Klafki, 1967, S.33).

Dabei steht der bildungstheoretische Objektivismus für das "Was" (bildungstheoretische Didaktik) und die Theorie der funktionale Bildung für die Emanzipation des Lernenden.

Lerntheoretische Didaktik

Paul Heimann, als Vertreter des Berliner Modells, betont als Gegenpol zur bildungstheoretischen Didaktik die vielfältigen Bedingungsbeziehungen für das Lernen. Aus seiner Sicht, muss Didaktik "sich direkt auf den Unterricht bzw. Lehr- und Lernprozess beziehen, möglichst alle Faktoren erfassen, die den Unterricht beeinflussen, ideologiefrei sein und sich in erster Linie auf empirische Methoden der Kenntnisgewinnung beziehen." (Gorges, S.57). Das Berliner Modell wurde später von Wolfgang Schulz zum "Hamburger Modell" erweitert. (vgl. Gorges, S.64ff). Aufgrund dieser Aussagen wäre hier eine Diskussion des Lernens und der Lernfortschritte einzuführen. Lernziele stellen eine Voraussetzung für die Überprüfung der Lernfortschritte dar.

Ich halte daher für diese Schrift ferner fest, dass sich Lerninhalte ideologiefrei auf durch empirische Methoden gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse beziehen sollen und Lernziele entsprechend bestimmt werden müssen.

Dabei ist mir deutlich, dass man ideologiefrei immer nur als einen Annäherungswert beschreiben kann, da die reine Ideologiefreiheit wohl als illusionäre Behauptung der Wissenschaft verstanden werden muss. So kann rauschhaftes Erleben sehr wohl als Kulturbestandteil begriffen und damit ganz anders bewertet werden, als wenn davon ausgegangen wird, dass dieses Erleben grundsätzlich abzulehnen ist. Auch die Teilprohibition in der Suchtstoffpolitik der Bundesrepublik Deutschland (siehe dazu Witter/Reiners-Kröncke, 1997) liefert den Beweis dafür, dass objektive Daten und Erkenntnisse zwar vorliegen, also ideologiefrei eingebracht werden könnten, aber nicht ideologiefrei in Theorie und Praxis genutzt werden. So sind Einbindung und Absichten von Theorien eben nicht ideologiefrei, sondern an einer vorausgegangenen Entscheidung orientiert. Diese Entscheidung ist wiederum nicht ideologiefrei getroffen, da

sie auch ethische Auseinandersetzung aus und um einer bestimmten Perspektive willen beinhaltet.

Wissenschaftliche Erkenntnisse als Lerninhalte unterstützen die Frage nach dem "Was", Lernziele unterstützen, sind sie entsprechend ausgewählt, die Emanzipation des Lernenden. Bleibt Ideologiefreiheit aber eine illusionäre Behauptung, dann muss wenigstens durch die Darlegung und die Begründung der Auswahl von Lernzielen verdeutlicht werden, was der Lehrende beabsichtigt. Dies wiederum bedeutet, dass den Studierenden gerade diese Auswahl vorweg zu verdeutlichen ist, da gerade dieser Auswahlprozess nie voraussetzungslos erfolgt.

So versuche ich in meiner Lehre zu verdeutlichen, dass ich bei der Auswahl der Informationen und durch die Form der Lehre moralische Bewertungen des Phänomens vermeide. Allerdings bekenne ich mich aber auch dazu, meine Lehrinhalte mit dem Anspruch zu verbinden, Studierende zu befähigen, das Problem zu erkennen, zu verstehen und Hilfe gewähren zu können. Dabei ist das Ziel der angestrebten Hilfe sicher auch bürgerlich verzerrt, aber es kann nicht Ziel einer Sozialen Arbeit sein, Außenseiter zu erhalten oder gar zu produzieren - egal ob man nun mit den bürgerlichen Wert- und Moralvorstellungen übereinstimmt.

Freiheiten - und damit auch variierende Formen einer persönlich befriedigenden Lebensgestaltung - sind nach meiner Einsicht nur dann realisierbar, wenn die Klienten der Sozialen Arbeit ein Mindestmaß an Anpassung leisten, damit sie einer sozialen Beobachtung und Kontrolle entgehen und Stigmatisierungen nicht, oder nur schwach, erfolgen.

Psycho-somato-soziales Wohlbefinden, definiert durch die betroffene Person selber und nicht durch die Instanzen der sozialen Kontrolle, zu der auch die Soziale Arbeit gehört, ist ein weiterer Punkt, den ich bei einer Auswahl von Lehrinhalten beachtet habe, und den die zukünftigen Sozialarbeiter/-pädagogen zumindest in Ansätzen durch ihre Hilfe gemeinsam mit der Klientel für die Klientel anstreben können sollten.

Ich gehe davon aus, dass die Fragestellung nach der Auswahl und Definition der Inhalte eine zentrale ist (bildungstheoretische Didaktik).

Das Auswählen von Bildungsinhalten, die zu einer Emanzipation des Lernenden führen (kommunikative Didaktik), ist nach meiner Meinung eine zentrale Fragestellung für die Entwicklung von "Lehrbüchern" für den Hochschulbereich, sie hat dabei empirisch begründete, wissenschaftliche Erkenntnisse in den Vordergrund zu stellen und ideologische Verzerrungen und Vorbedingungen nicht zu verheimlichen. Die Auswahl begründet sich und resultiert aus dem Wissensvorsprung des Lehrenden.

Ergänzend sind Lernziele zu formulieren (lerntheoretische Didaktik), die für die Lernenden klar und begründet sind. Sie können dann ihre Bemühungen und Anstrengungen sinnvoll darauf ausrichten, oder mit dem Lehrenden in eine Diskussion über die Neudefinition von Lernzielen eintreten.

Mit diesen Positionen nähere ich mich der auch von Klafki später vertretenen kritisch-konstruktiven Didaktik weitgehend an, da Ziele und Inhalte der Lehr- und Lernprozesse transparent bestimmt werden und damit auch veränderbar sind. Die rationale Diskursfähigkeit sowie die Handlungsfähigkeit der Lernenden wird nach meiner Ansicht dadurch gefördert und gefordert. (vgl. Gorges, S.53ff).

Fragestellungen der informationstheoretischen Didaktik und der curricularen Bewegung habe ich bewusst ausgeklammert, da sie nach meiner Meinung entweder für eine Schrift über Lerninhalte oder für eine Hochschulreform weniger Bedeutung haben.

Ausgeklammert bleibt auch die Darstellung der Methodik im engeren Sinne. Das "Wie" ist sehr stark von der Person des Lehrenden, von den Rahmenbedingungen, der Zuhörerschaft usw. abhängig. Dem Lehrenden sollen daher hier nicht die Details seiner Lehre vorgeschrieben werden, allein schon deshalb, damit der Beziehungs- und Inhaltsaspekt stimmig bleiben können - der Lehrende soll das Wie nach seinen Mög-

lichkeiten und seinen Rahmenbedingungen gestalten, das Was aber beachten, damit seine Studierenden Handlungshinweise für die Praxis bekommen.

Somit entscheide ich mich eher für einen engeren Didaktikbegriff.

Dabei soll das "Was" aufgrund meiner Erfahrungen so aufbereitet sein, dass der schon angesprochene Dreischritt des Erkennens, Verstehens und Handelns für die Lernenden erkennbar und nachvollziehbar wird. Deshalb ist auch diese Schrift systematisch in die Hauptkapitel Erkennen, Verstehen und Handeln gegliedert.

Dieser Dreischritt ist, wie schon ausgeführt, durch die Erfahrungen, die ich in Praxis und Lehre der Sozialen Arbeit sammeln konnte, entstanden. Es ergibt sich für mich immer mehr die Notwendigkeit, professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit klar zu begründen.

Dabei gehe ich davon aus, dass professionell Handelnde in der Lage sein müssen, ein soziales Phänomen überhaupt erst als solches zu erkennen. Ist ein Phänomen aufgrund objektivierbarer Daten und persönlicher Annahmen, die zu verdeutlichen sind, erkannt, beschrieben, und als beachtenswert definiert, ist es auf dem Hintergrund der durch die Grundlagenforschung gelieferten, empirisch abgesicherten wissenschaftlichen Theorien zu analysieren, zu verstehen. Sind in dieser Analyse Ursachen, Bedingungen und Besonderheiten deutlich geworden, ist zielgerichtet an der Beseitigung der Ursachen (Ursachenorientierung) - und damit an der zukünftigen Verhinderung des Problems - oder an der Linderung der "Schmerzen", der negativen Folgen (Symptomorientierung) - zu arbeiten (handeln).

Einleitung
Didaktische Grundlegungen

In dieser Arbeit werde ich, je nach der von mir zugeschriebenen Bedeutung, zu Beginn entsprechender Kapitel Lernziele und am Ende Zusammenfassungen und Kontrollfragen formulieren. Ferner werden am Ende der Kapitel Hinweise auf die Beobachtbarkeit von Phänomenen in der Praxis der Sozialarbeit/-pädagogik gegeben.

1.3 Bewertung/Diskussion der Literatur/-ansätze

Das umfangreiche Literaturverzeichnis am Ende dieser Arbeit zeigt, dass den "vergesenen Kindern" (Köppl/Reiners, 1987, S.7) inzwischen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Umfang der inzwischen vorliegenden Literatur ist sicher der Bedeutung des Themas angemessen.

Die vorhandene Literatur soll in ihrem Wert sicher nicht geschmälert werden, ich darf aber feststellen, dass es sich sowohl bei den vorhandenen Büchern als auch bei den vorliegenden Aufsätzen in Fachzeitschriften nicht um "geschlossene" didaktische Arbeitshilfen handelt. Vielmehr sind Phänomene und Einzelprobleme des Themenkreises ausgearbeitet und mehr oder minder verständlich dargestellt - eine "didaktische Handreichung" zur Befähigung des praktischen Handelns fehlt weitgehend.

So liefert die umfangreiche Schrift von Martin Zobel (Göttingen, 2000) eine Fülle von wissenschaftlichen Daten und Erkenntnisse, reduziert aber Handlungskonzepte auf 31 Seiten, im engeren Sinne sogar auf nur neun Seiten, von 262 Seiten. Praxisorientierte Aussagen fehlen somit weitgehend.

Ferner ist anzumerken, dass einzelne Phänomene und Probleme des Themenkreises aus Büchern entnommen werden müssen, die den Themenkreis der Kinder aus suchtkranken Familien nicht explizit ansprechen, so dass bei einer Bearbeitung des Themas hermeneutische Forschungsarbeit in zahlreichen Quellen betrieben werden muss - eine Arbeit, die dem Lernenden an einer Hochschule im Rahmen von Lehrveranstaltungen kaum oder nur unzureichend zu zumuten ist.

Die erste kleine Schrift von Krämer erschien 1980, blieb aber als kurzer Ratgeber, symptombeschreibend und an der Oberfläche (Krämer, 1980). Trotz dieser einschränkend Beschreibung ist das Buch von Krämer, der als Helfer und Betroffener schreibt, immer noch eines, das genannt werden muss und das auch immer noch benutzt wird.

Ich habe zusammen mit Frau Barbara Köppl (Köppl/Reiners, 1987) einen vertieften Anfang gewagt. Wir beschreiben die Situation des Kindes in der Familie und sprechen auch kurz die Schule und Umwelt an. Ein großer Mangel ist inzwischen, dass wir nicht auf verschiedene Kinderrollen in entsprechend kranken Familien eingehen und auch die Ursachenforschung zu kurz kommt. Was dieses frühe Buch nach meiner Ansicht auch heute noch auszeichnet, ist die Praxisrelevanz. So zeigen wir in einer Literaturliteraturarbeit mit neuen Zuordnungen typische Verhaltensstörungen der betroffenen Kinder auf und erläutern, wie ihnen in der Praxis mit welchen Zielen und Methoden begegnet werden kann.

Im gleichen Jahr erschien auch ein Buch von Brakhoff (Brakhoff (Hrsg.), Kinder von Suchtkranken, 1987), das über Praxisperspektiven berichtet und Tagungsdiskussionen vorstellt. Es wird damit zu einem wichtigen Informationsträger für Praxisorientierung und Hilfen.

Diesen wohl ersten Büchern des deutschen Sprachraumes folgten dann bald erweiternde Werke. So sind die Arbeiten von C. Appel zu nennen (Appel 1987, Appel 1994). Appel greift Diskussionsansätze der Praxis auf, in der das Problem zunehmend diskutiert wurde.

Arenz-Greiving und Dilger gehen das Problem im gleichen Zeitraum ähnlich an (z. B. Arenz-Greiving, 1993 und Arenz-Greiving/Dilger (Hrsg.), 1994).

Diese Werke liefern, anders als Zobel (Göttingen, 2000), keine Studie mit eigener Datenbasis.

Unverzichtbar sind auch die Beiträge von Rennert, die zu einem vertieften Verstehen des Problems beitragen (z. B.: Rennert, 1989, Rennert, 1993).

Die Beiträge von Rennert stellen eine differenzierte und tief gehende Darstellung von amerikanischer Literatur, wobei auch entsprechenden Studien auswählend angespro-

chen werden, dar, die Frau Köppl und ich zwar ansprechen, aber nur unzureichend ausführen (z. B. von Black, 1988 (amerikanisches Original 1981) und Wegscheider, 1987 (amerikanisches Original 1981)).

So bleibt es leider dabei, dass in Deutschland kaum eigene Studien publiziert sind, sieht man von Zobel (Göttingen, 2000) ab, der aber eigene Studien sehr umfassend mit Studien aus dem englischsprachigen Raum ergänzt.

1999 haben Lindemann und Flügel das Thema erneut aufgegriffen und durch eine Überarbeitung der Schriften "Mein Kind hat nix gemerkt" sowie "Nichts für Kinder" dargestellt, dass Kinder sehr wohl die Probleme im Elternhaus wahrnehmen und entsprechend leiden. Bei dieser neuen Schrift handelt es sich um einen Sammelband verschiedener Beiträge (Lindemann und Flügel (Hrsg.), 1999), die aber im Wesentlichen Einzelfalldarstellungen ohne eine umfassende qualitative Aufbereitung bleiben und auch eine konkrete Zureichung für die Praxis weitgehend vermissen lassen.

Um in dieser Schrift, meinem didaktisch Anspruch des Dreischrittes Erkennen - Verstehen - Handeln innerhalb des von mir dargestellten Verständnisses von Didaktik gerecht zu werden, war es notwendig, nicht nur die Fachliteratur im engeren Themenbereich zu beachten, sondern auch Literatur aus angrenzenden Fragestellungen zu berücksichtigen, um das Problem umfassend zu bearbeiten und zu einem geschlossenen wissenschaftlichen Werk zu kommen.

Der Alkoholismus als zentrale Störung war darzustellen. Hier soll nur auf das umfassende und differenzierte Werk von Feuerlein (1989) hingewiesen werden, das fast auf alle Fragen durch die Darstellung von Forschungsergebnissen und anderer Literatur Antworten gibt.

Es war ferner nötig, die Familie als Sozialisationsinstanz anzusprechen. Hier liefern vor allen Dingen familiensoziologische und pädagogische Schriften ihre Beiträge. Besonders zu nennen sind hier Endruweit und Trommesdorff die im "Wörterbuch der

Soziologie" (Stuttgart, 1989) verschiedene Autoren zu Wort kommen lassen und damit umfassende Einstiegshinweise geben. Wallner und Pohle-Funke (1977) vertiefen, neben den "Klassikern" (z. B. Goode, 1967 sowie Claessens und Milhoffer, 1973) das Thema. Dabei handelt es sich ausschließlich um Werke, die keinen direkten Bezug zur Suchtproblematik herstellen. Unter suchtspezifischen Aspekten wurde die Familie dagegen insbesondere von Wegscheider (1981) behandelt, hier werden aber wieder Alkoholprobleme in den Mittelpunkt gestellt und allgemeine Aussagen zum Verständnis der Familie kommen zu kurz.

Störungen in der Familiensozialisation, die auch zu Suchterkrankungen führen können, sind durch zahlreiche Autoren benannt worden. Ein einführendes Werk, das einen guten Überblick liefert, ist von Peter Lindner und mir verfasst worden (Lindner/Reiners-Kröncke, 1993). In dieser Literaturarbeit haben wir auch Praxishilfen differenzierter dargestellt, sie aber im Wesentlichen auf primärpräventive Maßnahmen eingeeengt, so dass die Schrift auch nicht als umfassendes Lehrwerk eingesetzt werden kann.

Zu den Ursachen von Suchterkrankungen seien an dieser Stelle folgende Bücher erwähnt: das schon genannte Buch von Feuerlein, die Bücher von Jessor und Jessor (1983) und auch Lindner und Reiners-Kröncke (1993). Einen neueren, zusammenfassenden Überblick findet man insbesondere bei Tretter (1998).

Ausführungen zur Co-Abhängigkeit werden insbesondere von Rennert (1990) in einer Literaturarbeit umfassend beschrieben.

Für den Bereich der Hilfen ist festzustellen, dass zahlreiche Literaturstellen Antworten geben auf therapeutische und/oder auch sozialpädagogische/-arbeiterische Interventionen. Ausgehend von den frühen Schriften Richters (vgl. Richter, 1994), die sich mit den Themen Eltern- Kind- Neurose und Patient Familie beschäftigen, kann ein neues Verständnis für psychosomatische Erkrankungen angenommen werden, was aber von ihm nicht auf Suchterkrankungen übertragen wurde.

Verschiedene Vertreter familientherapeutischer Interventionen (vgl. z. B.: Kuypers in Schmidtbreick, 1992, Vollmoeller in ebenda, 1986) näherten sich der Suchtkrankenhilfe an. Ackermann, Richter, Sperling, Stierlin und andere (vgl. Vollmoeller in Schmidtbreick, 1992) lieferten psychodynamische, Minuchin (vgl. Kauffman/Kauffmann, 1983) lieferte strukturelle, Watzlawick, Satir und Bateson (vgl. Kauffman/Kauffmann, a.a.O.) kommunikationstheoretische Beiträge zur Familientherapie.

Whitacker, Satir, Perls und andere (vgl. Vollmoeller in Schmidtbreick, 1992) ergänzten die Ansätze um entwicklungsorientierte und Malout, Stuart, Jacobson, Nitz und andere (vgl. Voelmoeller a.a.O.) um lerntheoretische Modelle. Schulen übergreifende Ansätze und eine Übertragung der Familienbehandlung in die Suchtkrankenhilfe sind ab 1960 zu beobachten. Konkrete Ansätze sind aber erst 1980 von Kuypers (Kuypers, 1980) übertragen worden. Kauffmann/Kauffmann (1983), Kriz (1994) und Schmidtbreick (1992) konkretisierten dies.

Es bleibt festzuhalten, dass sehr wohl an verschiedenen Stellen familientherapeutische Interventionen auf die Suchtkrankenhilfe übertragen wurden, eine "Zusammenschau" der verschiedenen Ansätze aber weitgehend fehlte, sieht man von Bemühungen bei Schmidtbreick (1992) einmal ab.

Erst Ende der 80er Jahre wurden die Kinder in der deutschen Literatur mehr in den Hilfsprozess einbezogen. Es sei hier nochmals auf die Schriften von Köppl/Reiners (1987) und Arenz-Greivin (1993), verwiesen.

Hilfen und/oder Beratungsangebote, die auch auf Kinder aus suchtkranken Familien übertragbar sind, lassen sich ableiten aus und gehen u. a. zurück auf Axline, Ginott, und Zulliger (vgl. Atzesberger, 1980). Schmidtchen und Erb (1976) sowie Brakhoff (1987) und auf das Buch von Frau Köppl und mir (Köppl/Reiners 1987). Wir konkretisierten verschiedene Ansätze (z. B.: Spieltherapie, Rollenspiel, Bewegungs- sowie

Musiktherapie u. a.) für die spezielle, hier im Mittelpunkt stehende Zielgruppe. Dilger (1993) und Appel (1994) stellten später kindertherapeutische Ansätze so dar, dass auch "klassische" pädagogische Interventionen einbezogen und möglich wurden.

Für die Prävention soll stellvertretend für zahlreiche Autoren das Buch von Herrn Lindner und mir (Lindner/Reiners-Kröncke 1993) genannt werden, das einen umfassend Überblick und zahlreiche Ansätze der präventiven Arbeit beschreibt. Wir lösen uns damit von therapeutischen Interventionen im engeren Sinne und stellen pädagogische und/oder sozialpädagogische/-arbeiterische Ansätze in den Mittelpunkt unserer primärpräventiv orientierten Ausführungen, wobei wir zahlreiche andere Autoren (Hüsgen/Hüsgen, 1980, Feser, 1978, Carlhoff, 1981, Feuerlein, 1981 und andere) in die Schrift integrieren.

Alle hier oder im Literaturverzeichnis genannten Schriften haben wichtige Beiträge zum Verständnis des Phänomens Sucht und der besonderen Problemlage von Kindern aus suchtkranken Familien geleistet. Immer neue Veröffentlichungen zeigen auch die fortbestehende Aktualität des Themas.

Bei hoher Bedeutung der vorliegenden Schriften muss aber festgestellt werden, dass sie alle nicht das hier zentrale Thema Hilfen für Kinder aus suchtkranken Familien umfassend und aus verschiedenen Perspektiven mit detaillierten Grundlegungen behandeln und somit dem von mir geforderte Drei-Schritt nicht entsprechen. Es werden zwar viele Details und zahlreiche Informationen zu Teilbereichen geliefert, aber eine Zusammenführung im didaktischen Sinne erfolgt nicht, was aber sicher auch nicht Ziel dieser Arbeiten.

Selbst die Fernuniversität Hagen kann in ihrem Studienbrief zum Thema nicht eine Schrift empfehlen, sondern nur auf zahlreiche Literaturstellen an den unterschiedlichsten Stellen verweisen. So ist auch ihr Lehrbrief, der hiermit nicht abgewertet werden soll, nur eine Sammlung und Zusammenstellung verschiedener Beiträge.

Daher nimmt meine Arbeit, die in ihre Gesamtheit das Ergebnis eines forschenden, langwierigen (allein die Literatursichtung hat mehrere Jahre in Anspruch genommen) Prozesses ist, eine weiterentwickelnde Darstellung von alten und neuen Erkenntnissen vor, die durch die fortlaufende Evaluierung in Lehrveranstaltungen nicht nur einen umfassenden sondern erstmals auch einen erprobten Überblick liefert.

Auch Zobel (Zobel, 2000), der unbestreitbar den Verdienst für sich in Anspruch nehmen kann, erstmals in der deutschen Literatur umfassend zu arbeiten und entsprechende Forschungsergebnisse vorzustellen, reiht eher Erkenntnisse aneinander und zieht nur wenig Konsequenzen für die praktische Arbeit. So müssen Handlungskonsequenzen durch den Leser weitgehend aus der Symptomatik selber entwickelt werden. Seine umfassende Darstellung, will und kann ich nicht ergänzen, aber in Bezug auf eine handlungsorientierte Lehre kann ich sie weiterführen, so dass sich seine Ausführungen in meinem Dreischritt an verschiedenen Stellen wiederfinden.

2 Erkennen

In diesem Kapitel soll der Leser befähigt werden, in der Praxis Symptome zu erkennen (beobachtbare Merkmale, Verhaltensweisen usw.) und sie auf eine Suchtproblematik zu beziehen. Damit soll er nicht zum "Suchtexperten" oder gar "Suchttherapeuten" werden, Ziel ist vielmehr, im Alltag der Sozialen Arbeit entsprechende Probleme nicht mehr zu ignorieren und zu einer fachkundigen Hilfe hinzuführen.

2.1 System Familie unter suchtspezifischen Aspekten

Alkoholismus und Familie wird bisher über Symptombeschreibungen erfasst. Diese sind zum "Erkennen" wichtig, müssen aber unter Einbeziehung der Lebens- und Bedeutungswelt des Süchtigen (und seiner Umgebung) entschlüsselt werden. Familienmitglieder und der Betroffene zeigen typische Verhaltensmerkmale und übernehmen (wechselnde) Rollen (Rolle des Opfers, Ausgleichers, Anklägers, Retters). In der Regel macht die Rollenübernahme den Angehörigen zum Verbündeten des Alkoholikers. Daneben durchläuft die Familie Entwicklungsphasen des Krankheitsverlaufes, die von der Verleugnung bis zur (evtl.) Reorganisation (mit oder ohne Symptomträger) verlaufen. "Spielregeln" halten während dieses Verlaufes das System aufrecht, dienen aber (in fast allen Fällen) dem Alkoholiker. Durch Rollenwechsel, Phasenverlauf und "Spielregeln" zeigen Suchtfamilien insgesamt typische Merkmale, die ebenfalls zu erkennen sind.

Betrachten wir Alkoholismus "als bio-psycho-soziale Realität bzw. als Funktion in einem gestörten menschlichen System" (Welter-Enderlin, in: Osterhold u.a., 1992, S.13), so können typische Beziehungsmuster in den Alkoholismusfamilien ausgemacht werden.

Beispielsweise impliziert diese Vorstellung, dass ein Mitglied der Familie abhängig ist und die anderen "brauchen" oder "benutzen" den Süchtigen, um die eigene Sucht nach Liebe, nach Aufopferung, nach Kontrolle oder verdeckte eigener Abhängigkeit leben zu können.⁶

Bei diesem Ansatz liegt die Betonung auf den realen Abläufen und den Beziehungsprozessen. Im Gegensatz dazu können wir den Menschen als aktiven Gestalter seiner eigenen Welt auffassen. Das Subjekt kann nach seinen Fähigkeiten die Lebensbedingungen für seine freie Entfaltung nutzen, auch für die Entwicklung des Alkoholismus.⁷

Beide in der gegenwärtigen Literatur vorfindbaren Modellvorstellungen sind die Pole auf der Bandbreite Alkoholismus. Gemeinsam ist beiden Tendenzen das Bild, dass Alkoholismus ein individueller Versuch ist, einen situativen Zustand zu korrigieren, der im nüchternen Zustand subjektiv unerträglich erscheint. Damit sind Wahrnehmung und Umgang mit dem, was Abhängige wahrnehmen die zentralen Glieder in den unterschiedlichen therapeutischen Strömungen.

Alkoholismus und Familie wird (immer noch) über Symptombeschreibungen erfasst: (wie z.B. bei Brakhoff, 1987; Appel, 1994; Zobel, 2000).

- Während auf der einen Seite der Abhängige seinen Kampf mit dem Suchtmittel austrägt, werden auf der anderen Seite die Angehörigen in die Position des Helfers gedrängt.

⁶ Das System "Familie" erscheint dabei vor allem nach außen als stabil.

⁷ Damit wird das Symptom "Alkoholismus" (auch im Rahmen von Familiebeziehungen) erkenn- und individuell heilbar.

- Für beide Seiten werden Erfahrungen über Abhängigkeit und Erniedrigung, Verantwortungslosigkeit und Überverantwortlichkeit, Abhängigkeit und Autonomie, Veränderung und Zerstörung, Mitleid und Wut problematisiert.
- Der Prozess der Unterwerfung unter die Macht, die stärker ist als das "Ich", desorganisiert die Familie.
- Und am Ende die Flucht aus der Familie, die Auflösung der Familie oder die Hoffnung der Therapie.

Die Entschlüsselung der Symptome der Alkoholkrankheit ist vom Erkennen von Unterschieden in den Lebens- und Bedeutungswelten des Süchtigen abhängig.

Die stigmatisierende Zuschreibung "Alkoholiker" führt in die Sackgasse. Unter Würdigung und respektvoller Anerkennung von Biografie und jeweiligen Lebensumständen können auch andere Sichtweisen vertreten werden. Kontextbezogen kann süchtiges Verhalten als eine mögliche Lösung, als ein Zurechtrücken schwieriger Lebensumstände oder als menschlich mögliche Bewältigungsform in zwischenmenschlichen Beziehungen angesehen werden (vgl. Molter, Osterhold u.a. 1992, S.4).

Ob wir nun Alkoholismus als Produkt eines spezifisch funktionierenden Ökosystems, als Prozess der aktiven Anpassung an existenzielle Bedingungen oder auch als Realisierung eines bestimmten Lebensstrategieniveaus auffassen (vgl. Guntern, in: Osterhold, 1992, S. 36f.), für den Einzelnen ist es eine spezifische normdeviante Auseinandersetzungsstrategie. Eine Strategie, die durch Alter, Geschlecht, Beruf, soziale Schicht oder Kultur überformt ist und die im System Familie eine spezifische Sequenzstruktur aufzeigt.

Von Guntern (1992, S.40ff) wird für diese Strategien ein Phasenverlauf beschrieben, der nachfolgenden, da er sinnvoll und bedeutsam erscheint, dargestellt werden soll.

Phase der maskierten Instabilität

Die Familie zeigt nach außen und innen keinerlei sichtbare Instabilitäten in ihren interpersonalen Beziehungen. Doch gibt es temporäre Phasen der individuellen inadäquaten Stressbewältigung, zeitweilige Disharmonien oder Störungen im familiären Kommunikationssystem, die mit Alkohol überspielt werden. Auch sich entwickelnde Selbstunsicherheit oder sich wiederholende Dysphorien können potenzielle Basis für Alkoholmissbrauch werden. Das Humansystem Familie hat Turbulenzen zu bewältigen, wird aber als normale Familie gesehen.

Phase der manipulierten Ignoranz

In der Regel beginnt ein Familienmitglied immer mehr und regelmäßiger zu viel zu trinken. Das Überschreiten der "akzeptierten" Toleranzgrenzen wird dem Betroffenen bewusst und gleichzeitig verharmlost, runtergespielt, weggeschoben. Der Manipulationsprozess des Ich und der anderen Familienmitglieder wird in Gang gesetzt und verselbstständigt sich als Lebensniveaustrategie.

Die Kontrollfähigkeit über den Alkoholmissbrauch verliert immer mehr ihre Potenz, so dass notwendigerweise, aber häufig zufällig, das Ausmaß des Trinkens in der Familie bekannt wird.

Phase des Alarms

Die Familie entdeckt ihren Alkoholiker. Die Erkenntnis kommt schlagartig, wird verdrängt, heimlich beobachtet und brennt sich doch ins Bewusstsein aller Familienmitglieder. Die Familie hat plötzlich zwei konträre Pole, der Alkoholiker und die Nichtalkoholiker, der Süchtige und die normale Familie, der Kranke und die gesunde Familie usw.

Phase der Alarmbeantwortung

Die Familie hat das Problem "Alkohol" entdeckt (Problemzustand = erwünschter Sollzustand/ harmonischer Familienzusammenhalt und "glückliches" Familienleben - unerwünschter Istzustand/Störungen der Familienharmonie, auch durch Alkohol und drohende Auflösung des Familienverbandes) und muss nun eine Problemlösung finden.⁸

Die grundsätzliche Strategiewahl zur Problemlösung hängt von der Problemdefinition ab. Welche Strategie in Frage kommt, hängt von der Kosten-Nutzen-Analyse bzw. von der bewusst-rational und/oder unbewusst-intuitiv kalkulierten Wahrscheinlichkeit von Erfolg/Misserfolg ab. Die Erfahrungen in der Suchttherapie zeigen, dass vielfach die Familien sich für die Dissimulations-/Annullationsstrategie oder für die Kampf-/Fluchtstrategie entscheiden.

Mit der Dissimulationsstrategie wird das Problem verleugnet, obwohl man es wahrgenommen hat. Die Taktiken bestehen im Vergeben und Vergessen oder in der Erzeugung von Hoffnungen, so beispielsweise:

- "Er/sie trinkt nur sein/ihr Glas!"
- "Er/sie trinkt nicht mehr als andere!"
- "Er/sie gönnt sich doch nur in diesem >Leben< etwas!"
- "Er/sie spült doch nur den Ärger runter!"
- "Aber morgen trinkst du nichts mehr!"
- "Ab morgen rühr` ich kein Glas mehr an!"
- "Wir wollen es doch schaffen!"

Wenn die Wahrnehmung des Problems selbst unterdrückt wird, spricht man von Annullationsstrategie. "Es darf nicht sein, was nicht sein darf!" und damit fegen die star-

⁸ Folgt man Chen (1973) wird diese Zustands-Differenz u. U. damit beantwortet, dass 1. der Sollzustand herabgesetzt wird (indem auf bestimmte Ziele und Vorstellungen verzichtet wird), 2. der Istzustand "verbessert" wird (indem zusätzliche Leistungen von den nichtsüchtigen Familienmitgliedern gefordert werden) oder 3. die Differenz einfach geleugnet wird (siehe auch nachfolgenden Strategien).

ken Familienmitglieder das Problem zur Seite. Die Familie geht einfach zur Tagesordnung über. Die Systemkrise ist damit vorerst schnell vom Tisch. Mit dieser Verschleppungs- und Aufschubtaktik wird die unausweichliche Katastrophe aber umso größer.⁹ Fühlen sich einzelne Familienmitglieder oder die Familie dem Problem Alkoholismus gewachsen, dann nimmt man den Kampf auf. Aber es ist ein Kampf mit vielen unbekanntem Größen, der allein mit Kampfstimmung, Optimismus oder "Alles ist bewältigbar-Haltung" erfahrungsgemäß nur in wenigen Fällen zum Erfolg führt.

Kampf impliziert Gewinner und Verlierer, Triumph des Siegers und Flucht des Ohnmächtigen.

Ein typisches Bild für die Kampf-/Fluchtstrategie stellt sich wie folgt dar:

Sie entdeckt, dass er trinkt und sie stellt ihn zur Rede:

1. Fluchtreaktionen: ausweichen, ausreden, leugnen
2. Kampfreaktionen: drohen, verlassen wollen, aussteigen wollen, beschimpfen, bedrohen, schlagen, zerstören

Die Auseinandersetzungen eskalieren immer häufiger. Sie, die nicht aufgeben will, flüchtet mit den Kindern und setzt ein Zeichen: "Jetzt ist endgültig alles aus!".

Damit ist die Auseinandersetzungsebene vorerst nur gewechselt worden. Per Telefon oder mit Hilfe von Vermittlern wird durch den Betroffenen die Bereitschaft zur Veränderung signalisiert. Je länger die Trennung, desto größer werden die Versprechungen. Sie lässt sich überreden und setzt manchmal auch Bedingungen.

Aber das "Wechselspiel" geht weiter und beide werden rückfällig (er trinkt wieder und sie geht nicht wirklich).

Positiver Ausgang:

⁹ Siehe dazu Chen, 1973, Fußnote 8

1. Aus eigener Kraft aufhören zu trinken.
2. Eine Therapie antreten.

Negativer Ausgang:

1. Das Trinken geht im alten Beziehungssetting weiter.
2. Der Trinker bringt den Nichttrinker zum gemeinsamen Trinken.
3. Der Trinker sucht sich eine(n) neue(n) Partner(in) (und es wiederholt sich Form und Art der Auseinandersetzung oder er findet einen Partner, der auch ein Suchtproblem hat).

Die Phase der Alarmbeantwortung ist ein Wendepunkt in der Entwicklung des Alkoholismus. Entweder der Karriereweg Abhängigkeit wird weiter beschritten oder der therapeutische Weg lässt Hoffnungen keimen. Damit kann die Entwicklung einen retrograden oder anterograden Verlauf nehmen.

In die Suchttherapie sollte die Familie (und im weiten Sinne auch Freunde sowie Bekannte, ggf. auch der Arbeitgeber) einbezogen werden.

Phase der neuen Rollenverteilung:

Da der Alkoholiker immer weniger seinen Verpflichtungen im System Familie nachkommt und auch aufgrund des Krankheitsverlaufs nicht mehr nachkommen kann, müssen die familiären Rollen neu verteilt werden. Der essenzielle Mechanismus dieser Umorganisation der Rollen besteht in der Aufspaltung des Informationssystems in den innerfamiliären und außerfamiliären Kreislauf.

Die Folge für den Trinker ist Informations- und damit auch Machtverlust auf Entscheidungsprozesse innerhalb der Familie. So zentralisieren sich die Nicht-Trinker, der Trinker wird marginalisiert.¹⁰

¹⁰ Häufig werden ähnliche Prozesse auch im Berufsleben in Gang gesetzt, so dass der Alkoholiker Prestige, Status und Lohn verliert. Er versucht sich gegen diese Entwicklung zu stellen, verhält sich dabei sehr ungeschickt bis unmöglich und erntet letztlich nur Abneigung und Hass.

Der Prozess der Reorganisation hat noch weitere Folgen. Die Rolle des Ersatzpartners wird häufig von einem Kind übernommen. Das ist jedoch mit dieser Verantwortung überfordert oder es steht orientierungslos zwischen den Fronten. Ohnmachtsgefühle, Verbitterung, Gekränktsein und hilflose Wut entfachen immer häufiger die intrafamiliären Konflikte. Identitätsprobleme und Ohnmacht für die eigene Zukunft führen über die Zeit zur Erschöpfung und Resignation.

Phase der Resignation

Die Wahrnehmung einer aussichtslosen Lebenssituation verknüpft mit negativ affektiven Erlebnissen führt zum Aufgeben. Die Erwartungen werden herabgesetzt und somit sind die Enttäuschungen geringer. Apathie und Resignation werden als Verhaltensweisen gefördert. Wo vormals Wut und Frustration war, ist jetzt Verbitterung und kalter Hass.

Phase der Morpholyse

Die Folgeerscheinungen des Alkoholmissbrauchs über Jahrzehnte ist der langsame körperliche Verfall oder die Einlieferung in eine Einrichtung oder ein verursachter tödlicher Unfall im Vollrausch.

Mit Gelassenheit und/oder Erleichterung fühlt man sich endlich erlöst von der Krankheit "Alkoholismus in der Familie".

Die bisher stark verallgemeinernden Aussagen machen durch eine systemische Betrachtungsweise das Beziehungsgefüge deutlich. Zum weiteren Verständnis soll nun detaillierter in die Beziehungsmuster und Verläufe der Alkoholikerfamilie eingedrungen werden.

Definition des Begriffs "Problemfamilien"

In der heutigen Zeit, in der die komplexen Lebensverhältnisse einem raschen Wandel unterliegen, ist es für die individuelle Persönlichkeit aber auch für die gesamte Familie in ihren unterschiedlichen Erscheinungsformen (Ehe, Lebensgemeinschaft mit und ohne Kinder, Alleinerziehende etc.) und Lebensstilen immer schwieriger, den Herausforderungen des Alltags und den verschiedenen möglichen Krisen mit dem nötigen Wissen und den Fertigkeiten zu begegnen. Entsprechend wächst, insbesondere in Hinblick auf die so genannten "Problemfamilien", der Bedarf an angemessener und kompetenter Unterstützung bei der Bewältigung dieser Herausforderungen.

Die Herkunft des Begriffs "Problemfamilie" ist bedeutsam für die Klärung des Ausdrucks. Weins schreibt dazu: "Problemfamilie ist weder eine soziologische Kategorie noch ein medizinisches Krankheitsbild, sondern entstammt aus dem Vokabular der praktischen Sozialarbeit" (Goldbrunner 1996, S. 40 zit. n. Weins 1983). Es handelt sich dabei um ein Klientel, die meist über einen längeren Zeitraum von sozialer Unterstützung abhängig ist und eine Anhäufung von sozialen Problemen aufweist, von der nicht nur ein Individuum, sondern die gesamte Familie betroffen ist. Als typisch für diese Sichtweise kann gelten, dass von Beginn an eine Verschränkung ökonomischer und sozialer Probleme mit innerfamiliären Verhaltensweisen und Beziehungen angenommen wurde, und dass Problemlösungen nicht durch die Beseitigung der materiellen Deprivation angestrebt wurden, sondern vor allem durch die Unterstützung der familiären Funktionsfähigkeit.

Eine klare begriffliche Abgrenzung von Problemfamilien ist laut Goldbrunner (1996, S.41f) kaum leistbar. In der Literatur finden sich unterschiedliche Begriffe. Vergleichbare Ausdrücke sind z.B. Randgruppenfamilien, sozial deprivierte Familien, sozial benachteiligte, obdachlose, unterprivilegierte Familien, Unterschichtfamilien und sozial auffällige Familien. All diese Ausdrücke tragen als Mittelpunkt die "Unfähigkeit oder Unwilligkeit" in sich, die eigene Situation zu verändern und Hilfsangebote zu diesem Zweck zu nutzen. Diese These der Behandlungsresistenz von Problemfamilien führte in der Praxis dazu, Hilfen für diese Gruppen einzuschränken.

Weins (1983, S.53) liefert eine pragmatische Definition von Problemfamilien, die eine Summierung von sozialen, psychischen und medizinischen Problemen zum Gegenstand hat. Diese Definition soll hier ausführlicher dargestellt werden, weil sie die wichtigsten in der Literatur genannten objektiven Merkmale von Problemfamilien prägnant zusammenfasst.

Weins bezeichnet als Problemfamilie "jene Haushalte, die ein unzureichendes Einkommen beziehen und von sozialer Deprivation, Randständigkeit, strukturellen Problemlagen und problematischen Verhaltensweisen betroffen sein können" (ebd.). "Soziale Deprivation" ist dabei zu verstehen als "Benachteiligung in wichtigen gesellschaftlichen Relevanzbereichen wie Familie, Bildungs- und Berufssystem" (a.a.O., S.52), Randständigkeit ergibt sich wenn eine Familie aufgrund "negativer Bewertung (Stigmatisierung) diskriminiert" wird (ebd.). Strukturelle Problemlagen sind etwa Unvollständigkeit der Familie, Behinderung, Krankheit, Kinderreichtum, Alter. Als problematische Verhaltensweisen lassen sich etwa Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Kriminalität, Gewalttätigkeit und Kindesvernachlässigung anführen.

Die sich an objektiven Bedingungen orientierende Sicht von Weins sollte ergänzt werden durch eine Beschreibung von Randgruppen, die auch psychologische Kriterien berücksichtigt. Neben bereits genannten Merkmalen werden hier erwähnt: "das (stets neu zu verarbeitende) Erlebnis von sozialer Diskriminierung und Stigmatisierung, gesellschaftliche Orientierungsunsicherheit, die durch Isolierungserlebnisse eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, ein vielfach unterentwickeltes rationales Planungsverhalten" (Sprey 1977, S.161). Die marginale Existenz ist geprägt "durch ein negativ geprägtes Lebens- und Selbstwertgefühl, durch Apathie und Resignation ..., die nicht selten in Identifikationsstörungen und psychischen Erkrankungen manifest werden; diese Art psychosozialer Behinderung kann von den Betroffenen kaum als solche erkannt noch aus ihren Bedingungsfaktoren erklärt werden" (ebd.).

Die Kenntnis dieser Phänomene ist bedeutsam, ist für den Praktiker jedoch zu ergänzen durch eine stärkere Anbindung an familiendynamische Überlegungen. Goldbrunner (1996, S.43) schlägt das Hinzuziehen einer weiteren Perspektive vor, die auch die Bearbeitungsmöglichkeit von Problemen einbezieht: "Problemfamilien wären demnach solche Familien, die nicht nur eine Massierung von Problemen aufweisen, sondern darüber hinaus nicht in der Lage sind, angemessene Lösungsstrategien für diese Probleme zu entwickeln" (ebd.). Diese Perspektive wird auch einbezogen und ergänzend wird weiterhin "die Verstrickung im Institutionsdschungel ... der Sozialen Arbeit" (Pfeiffer-Schaupp 1997, S.244) hinzugefügt. Hierzu schreibt Pfeiffer-Schaupp: "Unklare, widersprüchliche und einengende Strukturen stellen nicht nur Belastungen dar, sondern lähmen auch die klientenbezogene Arbeit" (ebd.). D.h., ein nicht unwesentlicher Faktor ist die Unfähigkeit von Hilfsorganisationen, die Familie bei der Problemlösung angemessen zu unterstützen.

Dieses Verständnis von Problemfamilien erlaubt, einerseits die vorhandenen Probleme in ihrer Schärfe zu erfassen, andererseits öffnet sich auch der Blick darauf, welche Probleme von der Familie wahrgenommen werden, wie sie bewertet und was unternommen wird, um sie zu lösen. Das sind Kriterien der interaktionellen Struktur einer Familie sowie der Beziehungen der Familie zu ihrer sozialen Umwelt, die nicht aus der Behandlung ausgeklammert werden dürfen.

Typische Merkmale von Problemfamilien:

Im Folgenden sollen belastende Faktoren in der Lebenssituation der Familien dargestellt werden. Die Daten beziehen sich auf die Ergebnisse der Bestandsaufnahme des Deutschen Jugendinstituts zur Sozialpädagogischen Familienhilfe. Sie sind aus Angaben von FamilienhelferInnen zu 331 Familien zusammengefasst, die zum Zeitpunkt der Untersuchung (Stichtag 30.04.1993) durch Sozialpädagogische Familienhilfen in Bayern betreut wurden.

Andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Nielsen/Nielsen/Müller (1986); Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrgs.) (1985).

Niedrige Bildungsabschlüsse:

Ein Viertel der Erwachsenen hatte keinen oder einen niedrigen Bildungsabschluss, die größte Gruppe der Erwachsenen war die mit Hauptschulabschluss; nur bei knapp 18 % der Erwachsenen wurde der Abschluss einer Lehre angegeben. Die Abschlüsse von Frauen waren erheblich geringer als die der Männer.

Niedriges Einkommensniveau und Verschuldung:

Fast zwei Drittel der Familien waren verschuldet, in etwa einem Fünftel der Familien wurde bereits ein Offenbarungseid geleistet. Bei einem Drittel der Familien bestand das Einkommen aus Sozialhilfe oder hatte Sozialhilfeniveau; zu dieser Gruppe gehörten hoch signifikant Einelternfamilien. Bei weiteren 65% der Familien betrug das Einkommen maximal bis zum 1,5-fachen des Sozialhilfeniveaus. 97% der Familien hatten also insgesamt ein niedriges Einkommen.

Schwierige Wohnsituation:

Dazu kam, dass bei fast der Hälfte der Familien von den Fachkräften die Wohnsituation als problematisch benannt wurde. Vor allem wurden Wohnungen als zu klein und/oder zu teuer angegeben; sie waren oft renovierungsbedürftig; es gab Räumungsklagen oder Streit mit Nachbarn über die Lautstärke der Kinder. Zwischen einer problematischen Wohnsituation und der schlechten Einkommenssituation bestand ein signifikanter Zusammenhang. Ein Drittel der Familien lebte in einem sozialen Brennpunkt.

Sonstige Belastungen:

Bei einem Drittel der Familie hatte mindestens ein Erwachsener Suchtprobleme, vorwiegend durch Alkohol.

Die folgenden Zahlen zeigen die Häufung von Belastungen für drei Problembereiche:

Erkennen
Das System Familie unter suchtspezifischen Aspekten

- Sucht (mindestens eines Erwachsenen),
- Behinderung (mindestens eines Familienmitgliedes – körperlich, geistig, psychisch, psychotisch) und
- problematische wirtschaftliche Situation.

Als weiterer Hinweis auf schon länger bestehende familiäre Schwierigkeiten wurde die Länge der Betreuungsgeschichte der Familien als Variable hinzugenommen.

- bei 28% der Familien wurde eine der angegebenen Variablen genannt;
- bei 32% der Familien wurden zwei der angegebenen Variablen genannt;
- bei 25% der Familien wurden drei der angegebenen Variablen genannt;
- bei 8% der Familien wurden vier der angegebenen Variablen genannt.

(vgl. Helming/Schattner/Blümel 1999, S.73f)

Zusammenfassend kann hier schon festgestellt werden:

Instabilitäten in der Lebensgestaltung des Einzelnen werden durch Alkohol manipuliert, ignoriert und kaschiert. Die Familie reagiert auf den Alkoholkonsum durch verdeckte Instabilität und Ignoranz, bis sie das Problem "Alkohol" entdeckt. Das System Familie reagiert (meist) mit (unzureichenden) Strategien (dissimulieren, annullieren, flüchten, verbunden mit kämpfen) auf das Erscheinungsbild. Neue Rollen werden in der Familie verteilt. Im weiteren Verlauf entwickelt sich aus Frustration, Wut und Furcht bei den Familienmitgliedern Verbitterung und kalter Hass, so dass sich letztendlich die Familie auflöst. Die Familien stellen sich als Problemfamilien dar; Sucht ist dabei ein Merkmal.

Zum Lernerfolg trägt sicher bei, folgende Fragen zu wiederholen und zu beantworten:

Erkennen
Das System Familie unter suchtspezifischen Aspekten

1. Wie gestaltet sich der Phasenverlauf in der Familie unter suchtspezifischen Aspekten.
2. Was meint die Dissimulations- und
3. die Annullationsstrategie?
4. Was bedeuten in diesem Zusammenhang Kampf und Flucht?
5. Was bedeuten in diesem Zusammenhang "beide werden rückfällig"?
6. Welche Situation haben welche Folgen für die Kinder?
7. Welche Merkmale zeigen Problemfamilien?

In der Praxis wird konkret zu beobachten sein:

1. Eine offenbar stabile Familie, in der ein Mitglied zu viel trinkt.
2. Das Trinkverhalten des Familienmitgliedes wird verharmlost oder
3. das Trinkverhalten des Familienmitgliedes wird nicht eingestanden.
4. Versprechungen des Betroffenen nicht mehr oder weniger zu trinken, verbunden mit
5. Drohungen des Partners sich zu trennen (oder andere drastische Konsequenzen zu ziehen), wobei sich
6. beide inkonsequent verhalten und ihre Versprechen und/oder Drohungen nicht einhalten.
7. Der bisher nicht betroffene Partner trinkt plötzlich auch oder
8. der Betroffene wendet sich außerfamiliären (Trink-)Partnern zu.
9. Der Betroffene verliert seine Rollenfunktionen in der Familie und ist nur noch physisch anwesend.
10. Apathie und Resignation machen sich breit, was
11. verbunden ist mit Verbitterung und Hass gegenüber dem Betroffenen (bzw. seinem Verhalten).
12. Die Familie kann auch durch niedriges Bildungsniveau, geringes Einkommen und eine schwierige Wohnsituation zusätzlich belastet sein.

2.1.1 Verhaltensmuster einzelner Familienmitglieder

Sucht bzw. Alkoholismus kann nicht als die Krankheit einer einzelnen Person betrachtet werden, trotzdem zeigen Einzelpersonen im System Familie ganz bestimmte Verhaltensmuster, die nachfolgend erläutert werden.

Die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitglieds ist lediglich ein Symptom für kranke bzw. gestörte Beziehungen innerhalb der Familie, so dass bereits vor der Abhängigkeit innerfamiliäre Konflikte vorhanden waren und durch die Abhängigkeit nur fortgesetzt werden (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.13).

Zum anderen bringt die Alkoholabhängigkeit verschiedene Folgeschwierigkeiten mit sich, wie z.B. Verlust des Arbeitsplatzes, von denen die anderen Familienmitglieder ebenfalls betroffen sind.

Der Alkohol bringt nicht nur körperliche und psychische Folgen mit sich, sondern stellt eine Familienkrankheit dar. Die Familie wird aber häufig nicht als krank angesehen. Vielmehr hält sie, bei dieser Betrachtungsweise, "... krank machende Beziehungen" (Ruthe/Glöckl 1995, S.29) aufrecht.

Die Droge eines Abhängigen bringt für das betroffene Individuum verschiedene Schwierigkeiten mit sich. Dennoch ist von den Folgen nicht nur der Süchtige selbst betroffen, sondern vielmehr auch das engere soziale Umfeld, insbesondere die Familie, die mit ihm zusammenlebt. Bärsch (1990, S.7) macht die Art und das Ausmaß der Auswirkungen "... von der Phase der Sucht und der Persönlichkeit des Süchtigen abhängig."

Ruthe/Glöckl (1995, S.27) sprechen im Zusammenhang mit Sucht von einem "zwischenmenschliche[n] Problem", einem "Familienproblem", da es sich nicht um ein individuelles Problem des Abhängigen handelt.

In zweifacher Hinsicht sind die Familienmitglieder davon betroffen:

Zum einen werden sie mit den Folgen und Auswirkungen konfrontiert und zum anderen tragen sie entschieden zur Aufrechterhaltung der Sucht bei.

In einer alkoholkranken Familie wird das tägliche Leben durch das Suchtmittel bestimmt. Alle Familienmitglieder leiden unter den täglich vorkommenden Geschehnissen, und die familiäre Situation hinterlässt tiefe psychische Wunden (nach Lambrou 1994, S.14-26). Auch Arenz-Greiving (1993, S.7) betont die Tatsache, dass eine Suchterkrankung heute fast ausnahmslos als Familienkrankheit betrachtet wird, da sich die einzelnen Personen innerhalb einer Familie in verschiedenen Beziehungsverhältnissen untereinander befinden, so dass die ganze Familie von der Abhängigkeit betroffen ist.

So missachtet z.B. der alkoholranke Vater vielfach seine Frau und seine Kinder, und es kommt nicht selten zu Gewaltanwendungen. Oft verliert er aufgrund seiner Alkoholprobleme seinen Arbeitsplatz und bringt die ganze Familie in Schwierigkeiten.

Die Ehefrau versucht dann meist die gesamte familiäre Situation zu retten, indem sie sich um den Lebensunterhalt, den Haushalt, den Ehemann und die Kinder kümmert.

Die Situation führt zu einem Rollenwechsel unter den Familienmitgliedern, und die Kinder zeigen Reaktionsweisen, wie z.B. Aggressivität oder völlige Zurückgezogenheit auf ihre familiäre Situation.

In der Literatur (Rennert, 1990; Kuypers, 1992) wird zunehmend die Abhängigkeit eines Familienmitglieds nicht mehr als Ursache für die familiären Probleme betrachtet. Vielmehr geht man davon aus, dass in solchen betroffenen Familien gestörte Interaktionsmechanismen und krankhafte Beziehungen vorhanden sind und die Suchterkrankung die Aufgabe des Symptoms übernimmt.

Innerhalb des gestörten Familiensystems zeigt der Betroffene auffällige Verhaltensweisen, die als Symptome der krankhaften Beziehungen zu werten sind:

Der Alkoholkonsum:

Der Betroffene fällt durch seinen ständigen Alkoholkonsum und das vielfach exzessive Trinken von hohen Alkoholmengen auf. Dieses auffällige Verhalten, und die damit einhergehenden körperlichen und psychischen Folgen, werden von den Kindern und Jugendlichen wahrgenommen. Die Kinder registrieren das Alkoholtrinken des Elternteils, aber auch sein Verhalten und seine psychische Verfassung vor und nach dem Alkoholrausch. Sie hören seine veränderte Sprache und sehen seinen veränderten Gesichtsausdruck (vgl. Teske 1994, S.9-11).

Das aggressive Verhalten des Alkoholabhängigen:

Das aggressive Verhalten des alkoholabhängigen Elternteils wird sehr ungezügelt und unkontrolliert ausgelebt und kann verschiedene Formen annehmen. Die Aggressivität äußert sich in ständig schlechter Laune; führt dann weiter zu Streitereien bis hin zu körperlichen Gewalthandlungen (Teske 1994, S.11f).

In Alkoholikerfamilien kommt es sehr häufig zu Streitereien um "... alles und jedes" (Black 1988, S.169). Der alkoholabhängige Elternteil beschimpft die anderen Familienmitglieder grundlos und diese müssen es über sich ergehen lassen und die damit verbundenen Gefühle ertragen. Eskaliert dieses aggressive Potenzial, kann es zu körperlichem und sexuellem Missbrauch kommen.

Sexueller Missbrauch ist immer auch eine Demonstration von Macht. Alkoholmissbrauch begünstigt diese Bedingungskonstellation, da er innerhalb der Familie für den Betroffenen zu einem massiven Rollenverlust führt und der sexuelle Missbrauch dann als Demonstration der vermeintlichen Überlegenheit gebraucht wird. Ferner ist aus Multiproblemfamilien bekannt, dass unklare Rollenübernahmen Kinder in Erwachsenenrollen drängen, so dass das Einordnen auch in eine sexuelle Rolle (Partnerersatz) begünstigt wird (Zobel, 2000; Ackermann, 1987; Jakob, 1991).

Das regressive Verhalten des Alkoholabhängigen:

Der Alkoholabhängige zieht sich von seiner Familie zurück, um zum einen nicht beim Trinken kontrolliert zu werden, und zum anderen die Folgen des erhöhten Alkoholkonsums auskurieren zu können. In nüchternen Phasen kämpft der Abhängige häufig mit Schuldgefühlen gegenüber der restlichen Familie und macht dann Versprechungen, sich bessern zu wollen.

Die Verantwortungsübernahme für sich und seine Familie wird jedoch immer weniger, da er von Selbstmitleid geplagt ist und verwahrlost. Er steht seiner Situation hilflos gegenüber und kann sein Verhalten vielfach nicht mehr kontrollieren, was für die Familien in der Öffentlichkeit vielfach sehr unangenehm ist.

Das unberechenbare Verhalten des Alkoholabhängigen:

Der Alkoholabhängige zeigt als Folge seines Alkoholkonsums ein unberechenbares und bedrohliches Verhalten. Die Stimmungsschwankungen sind für die Kinder nicht nachvollziehbar. Die vom alkoholabhängigen Elternteil ausgesprochenen Verbote und Beschimpfungen, seine Erlaubnisse und seine Gewaltanwendungen, sind für die Familienmitglieder nicht logisch erklärbar. Die Kinder können keinen Grund für dieses Verhalten sehen, so dass es für sie unerklärbar bleibt. Die Kinder können diesen Elternteil nicht mehr einschätzen, so dass der Aufbau einer Vertrauensbasis unmöglich ist.

Der Alkoholabhängige legt im betrunkenen und nüchternen Zustand völlig konträre Verhaltensweisen an den Tag und vermittelt den Eindruck, als vereine er zwei verschiedene Menschen in sich: Die freundliche und liebenswürdige Seite bekommen in der Regel die anderen gezeigt, während er seine böse Seite nur innerhalb der Familie zeigt (Burr 1991, S.11). Das willkürliche Verhalten, was in seiner Form nicht oder nur begrenzt vorhersehbar ist, löst bei den Kindern Angst aus.

Die meisten Kinder und Jugendlichen sind über die Zusammenhänge der Alkoholkrankheit zu wenig aufgeklärt, so dass sie die Verhaltensweisen des Abhängigen nicht verstehen können. Sie erkennen aber meist eine Verbindung zwischen dem Alkoholkonsum und dem Verhalten (Teske 1994, S.15-18).

Das auffällige Verhalten der anderen Familienmitglieder

Redeverbot in der Familie und Isolation:

Die Alkoholkrankheit des Betroffenen führt innerhalb der Familie zu Problemen, die von den anderen Mitgliedern verdrängt werden. Unter den einzelnen Personen werden unausgesprochene Regeln aufgestellt, die von der ganzen Familie befolgt werden:

- über die Widersprüche in der Familie wird nicht geredet;
- die Schwierigkeiten werden nicht wahrgenommen bzw. umgedeutet
- die damit verbundenen unangenehmen Gefühle werden nicht bewusst (Teske 1994, S.19).

Bei starker Hervorhebung des Familienzusammenhalts findet gleichzeitig eine Abgrenzung von der Außenwelt statt. Diese Isolation wird zusätzlich noch durch die negative gesellschaftliche Bewertung der Alkoholkrankheit bedingt, für die sich die Familie schämt. Durch die Abschottung verliert die Familie auch die Bereitschaft und die Möglichkeit, Hilfe von außen annehmen zu können. Die Kinder spüren, dass über die Alkoholkrankheit nicht gesprochen werden darf, so dass sie nur wenig Gleichaltrige mit nach Hause nehmen. Sie nehmen widersprüchliche Verhaltensweisen in ihr Repertoire auf.¹¹

Da andere "Stabilisatoren" weitgehend fehlen, wird gerade durch diesen Abschottungsvorgang die Rolle des Betroffenen als Stabilisator des Systems besonders wichtig.

Kompensation und Selbstaufgabe:

Die Alkoholkrankheit stellt für die Familie einen Makel dar, wofür sie sich der Außenwelt gegenüber schämt. Die Familienmitglieder ergreifen ausgleichende Maßnahmen, indem sie sich in extremem Ausmaße um die Ordnung und die Sauberkeit ihres

¹¹ So lernen sie z. B. in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit lügen zu dürfen, während in allen anderen Fällen unbedingt die Wahrheit zu sagen ist.

Haushaltes kümmern, sofern die Lebensbedingungen einer Problemfamilie dies nicht verhindern. "Die Versorgung und das Funktionieren der Familie wird zum anstrengenden und oft einzigen Lebenssinn der Familienangehörigen" (Teske 1994, S.21-23).

Die Familie baut eine Fassade auf, hinter der sie die Alkoholabhängigkeit verstecken kann. Besonders die Ehefrau des Alkoholkranken investiert ihre ganze Kraft, um ein Überleben der Familie mit der Alkoholkrankheit zu garantieren. Sie opfert sich auf und vergisst dabei ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse. Die daraus entstehende Unzufriedenheit gibt vielfach Anlass, selbst Tabletten oder Alkohol zu konsumieren. Verschiedene äußere Umstände, wie z.B. die Merkmale der Problemfamilie, die finanzielle Abhängigkeit, der fehlende Arbeitsplatz oder auch das geringe Selbstwertgefühl, hindern die Frau häufig daran, ihren eigenen Lebenswünschen nachzukommen. Häufig befinden sich die Frauen aufgrund der familiären Situationen und der Verletzungen durch den Ehemann in einer psychisch angeschlagenen Verfassung.

Verantwortungsabnahme:

Die Familienmitglieder versuchen mit allen Mitteln und dem Einsatz ihrer Kräfte, den alkoholabhängigen Elternteil zu retten. Häufige Verhaltensweisen sind in diesem Zusammenhang das Verwöhnen, Entmündigen, Kontrollieren und Manipulieren des abhängigen Elternteils. Indem er immer wieder geschützt und ihm Rechtfertigungen angeboten werden, wird er nicht mit seinem negativen Verhalten konfrontiert, und er muss sich nicht mit seinem Verhalten auseinandersetzen.

Manipulationsversuche werden z.B. durch das Wegschütten von Alkohol vorgenommen.

Die Kinder übernehmen auch Aufgaben dieses Elternteils und werden so entsprechend ihres Entwicklungsstandes überfordert.

Die Vermischung der Generationen und ihrer Funktionen, durch unklare Rollen und Rollenerfüllung, führt bei den Kindern zur Verwirrung, die eine Orientierung in Bezug auf Generations- und Geschlechtsrollen nicht mehr erlaubt. (siehe dazu auch Teske 1994, S.24f).

Aggressionen:

Der alkoholabhängige Elternteil wird von den anderen Familienmitgliedern immer an den Rand gedrängt, und von ihnen vielfach beschimpft. Die oft jahrelang andauernden Enttäuschungen und Demütigungen durch den Betroffenen können bei den anderen Familienmitgliedern heftige Aggressionen gegen ihn hervorrufen.

In einigen Fällen kommt es zu einem Bündnis zwischen dem nicht betroffenen Elternteil und den Kindern, die eine Trennung anstreben, was jedoch vielfach nur eine Androhung und keinen festen Entschluss darstellt.

In anderen Familien wenden sich die Kinder vom nichtabhängigen Elternteil ab, da sie seinen negativen Anteil an der familiären Situation als entscheidender ansehen (Teske 1994, S.25f).¹²

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

Alkoholismus stellt ein Symptom für eine Familienkrankheit dar. Das Symptom bringt zusätzliche Probleme mit sich und "verletzt" alle Familienmitglieder. Der Betroffene verhält sich oft aggressiv oder regressiv, er ist unberechenbar. Die anderen Familienmitglieder verheimlichen den Alkoholismus, verringern die Binnendistanzen unter gleichzeitiger Vergrößerung der Außendistanzen. Sie versuchen, die Lücke, die der Betroffene aufreißt, auszufüllen, übernehmen Verantwortlichkeiten seiner Rolle und entwickeln oft selber Aggressionen gegenüber dem Betroffenen.

Der Verfestigung der Inhalte dient eine Reflexion folgender Verhaltensweisen:

1. Wie verhalten sich die Betroffenen und
2. die nicht betroffenen Familienmitglieder?

Der Sozialarbeiter/Sozialpädagoge wird in der Praxis auf Folgendes besonders achten:

1. Der Betroffene verliert häufig seinen Arbeitsplatz und
2. der Nichtbetroffene versucht, die dadurch entstehenden Schwierigkeiten auszugleichen
3. Der nicht betroffene Elternteil übernimmt (fast) alle Aufgaben in der Familie
4. Der Betroffene trinkt ständig und meist exzessiv

¹² An dieser Stelle wird ausschließlich Teske zitiert, da er die angesprochenen Probleme besonders plausibel und umfassend darstellt.

5. Der Betroffene zeigt u. U. aggressives Verhalten gegenüber den anderen Familienmitgliedern, aber auch
6. Rückzugsverhalten, Selbstmitleid und Verwahrlosungstendenzen.
7. Der Betroffene ist in seinem Verhalten nicht vorhersehbar.
8. Die Familie schottet sich nach außen ab und redet nicht über das offensichtliche Problem.
9. Die Familie baut eine Fassade auf, die Normalität signalisieren soll.
10. Die Nichtbetroffenen übernehmen Verantwortungen für den Betroffenen.
11. Die Nichtbetroffenen zeigen (nicht selten) Aggressionen gegenüber dem Betroffenen.
12. Die Kinder wenden sich vom Betroffenen, aber auch
13. vom nicht betroffenen Elternteil ab.

2.1.2 Wie die Familie die Sucht aufrechterhält

Zur Erinnerung:

Die ersten Anzeichen eines Alkoholproblems eines Familienmitgliedes werden von den anderen Familienmitgliedern verharmlost, verdrängt oder verleugnet. Erst wenn das Problem in der Öffentlichkeit nicht mehr zu überspielen ist, beginnt ein Auseinandersetzungsprozess. Das Trinkverhalten des Alkoholikers beeinflusst immer mehr die Gedanken und das Handeln der verschiedenen Familienmitglieder. Die Frustration äußert sich in Vorwürfen. Diese wiederum verstärken die Sucht. Die Familie wird von der Öffentlichkeit etikettiert und begibt sich immer mehr in eine soziale Isolation. Der Süchtige wird nicht mehr in seiner ursprünglichen Familienrolle gesehen. Die Familie isoliert ihn. Familiäre Entscheidungen werden gegen ihn oder ohne ihn getroffen. Dadurch kommt es vermehrt zu Streitereien und teilweise zu nicht gewaltfreien Auseinandersetzungen. In dieser Entwicklungsphase wird die Hilflosigkeit gegenüber dem Alkoholproblem der ganzen Familie bewusst. Durch Umstrukturierung versuchen die Familienmitglieder einen Ausweg zu finden. Die Aufgaben des Abhängigen werden

verteilt und ein Kontrollregime wird angeschoben. Die Emotionalität der Familienmitglieder wechselt vom Mitleid über Scham und Ärger zu Hass.

Die Alkoholikerfamilie lebt in einem kranken und chaotischen System. Die Familienmitglieder, die neben dem Abhängigen in diesem System leben, haben ganz bestimmte Rollen inne.

Wegscheider (1988, S.91ff) ¹³ beschreibt fünf Hauptrollen, die in solchen Familien von den verschiedenen Personen ausgeübt werden: Der "Enabler" (Zuhelfer), der "Held", der "Sündenbock", das "stille Kind" und der "Clown."¹⁴

Diese einzelnen Rollen machen die Familienmitglieder zu Verbündeten des Alkoholikers, da die wenigsten Menschen versuchen, dieses ungesunde System aufzubrechen und ihre wahren Gefühle, ihre Ängste und ihr Leiden klar auszusprechen. Sie selbst verhindern somit, ihr bisheriges gewohntes Leben zu verändern und versuchen so, mit ihrem Verhalten das Familiensystem aufrechtzuerhalten. Damit sie dieses Ziel erreichen, sind sie, genauso wie der Abhängige selbst, dazu gezwungen, ihre echten Gefühle nicht zu offenbaren, sondern sie verbergen sie hinter der gespielten Rolle. Sie bedienen sich den gleichen Abwehrmechanismen wie der Abhängige selbst.

Nach Wegscheider (1988, S.91f) existieren in jeder Alkoholikerfamilie die gesamten fünf Rollen. Es hängt jedoch von der Größe der Familie ab, ob die Familienmitglieder mehrere Rollen spielen. Die Position der Einzelnen in der Familie entscheidet darüber, welche Rolle jedes einzelne Mitglied spielt. Persönliche Eigenschaften haben wenig

¹³ Hier steht Wegscheider im Mittelpunkt der Literaturliste, da er als der "Urvater" dieser Problematiken angesehen werden kann und bei ihm umfassende Zusammenfassungen der Darstellungen zu finden sind.

¹⁴ Auf die Rolle des "enabler" und des Co-Abhängigen wird unter Punkt 2.2 ausführlich eingegangen. Das spezifische Rollenverhalten der Kinder wird unter Punkt 2.3.6 behandelt.

Einfluss auf die Rollenwahl. Die einzelnen Rollenspieler sind sich ihrer Rolle selbst kaum bewusst, sondern bestreiten vielmehr dieses Verhalten.

Die Rollen der einzelnen Familienmitglieder haben die Funktion, das eigentliche Ich zu verdecken und der Umgebung etwas vorzutäuschen.

"Jemand, der eine Rolle spielt, kann weder mit sich selbst noch mit den anderen ehrlich sein." (Wegscheider 1988, S.92).

So sendet er nach Wegscheider (a.a.O.) "doppelte Botschaften": Zum einen eine "vordergründige", die durch seine Rolle bestimmt wird und eine "verdeckte", die von seinem wahren, verletzten aber verdeckten Ich ausgeht.

Die oben geschilderten Rollen können unter besonderen Umständen auch in anderen Familien vorkommen. In Alkoholikerfamilien werden sie aber mit sehr großer Intensität, Zwanghaftigkeit und Selbsttäuschung ausgeführt. In solchen Familien, in denen das "Familien-Mobile" nicht mehr so frei beweglich ist, ist es für den Einzelnen schwierig, sich frei zu bewegen und seine Rolle zu verlassen, so dass sich seine Persönlichkeit seiner Rolle immer mehr angleicht und er allmählich selbst zur Rolle wird. Je länger sie diese Rolle spielen, desto eher können sie nur noch darin in diesem System überleben, so dass sie "... schließlich suchthaft abhängig von ihrer Rolle werden ..." (Wegscheider 1988, S.94).

So wie der Trinker von seinem Alkohol abhängig ist, sind es die Familienmitglieder von ihrer Rolle, die sie "... mit derselben Zwanghaftigkeit, Selbsttäuschung und Verleugnung wie der Abhängige seine Rolle als Trinker spielt ..." (a.a.O.) spielen. So zeigen die Familienmitglieder ähnliche Abhängigkeitsstrukturen von ihrer Rolle wie der Abhängige vom Alkohol.

Unter ganz bestimmten Umständen, wenn sich z.B. irgendwelche äußeren Verhältnisse verändern oder der Einzelne mit seiner Rolle überfordert ist, kann es auch zu einem Rollenwechsel kommen. Nach Wegscheider findet der häufigste Rollenwechsel zwischen dem Helden und dem Sündenbock statt.

Das Retter-Opfer-Ankläger-Spiel in der Familie

In einer Alkoholikerfamilie lassen sich ganz spezifische Interaktionsformen und Kommunikationsstile beobachten. Verschiedene Verhaltensweisen und Haltungen lassen eine besondere Dynamik in dieser Familie entstehen. Die Vorgänge sind so komplex und vielschichtig, dass bereits mehrere Erklärungsmodelle existieren, die versuchen, den inneren Zusammenhängen dieser Familien auf die Spur zu kommen. Teske (1994, S.44-58) bezieht sich auf den Bereich der Transaktionsanalyse, die u.a. das "Spiel nach dem Drama-Dreieck" dazu anbietet, die Vorgänge innerhalb der Familie zu erklären und die Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder einzuordnen. Teske (1994, S.44) weist darauf hin, dass das im folgenden dargestellte Spiel nicht zur vollständigen Erklärung herangezogen werden kann, sondern lediglich einer Veranschaulichung dienen soll.

Die Transaktionsanalyse erklärt das "Spiel" der Alkoholikerfamilie folgendermaßen (vgl. Teske 1994, S.44-58):

Der Mensch unterliegt verschiedenen Bedürfnissen, wie z.B. dem Bedürfnis nach Aufmerksamkeit. In der Alkoholikerfamilie bleiben diese jedoch unbefriedigt, so dass bei den Familienmitgliedern ein "Zuwendungshunger" entsteht.

Um trotzdem Beachtung bekommen zu können, wird in der Familie das "Retter-Opfer-Verfolger-Spiel" gespielt, in dem jedes einzelne Familienmitglied eine Rolle nach dem "Drama-Dreieck" einnimmt.

Nach Berne (in: Teske 1994, S.45) wird dadurch ein reger Kontakt innerhalb der Familie erreicht. Es kommt zu einem Austausch, bei dem die eigentlichen Gefühle der "Mitspieler" weiterhin unter Verschluss bleiben. "Es findet ein Austausch mit verdeckter Motivation und mit einem Gewinn an schlechten Gefühlen statt" (Teske 1994, S.45), was auch die Destruktivität in der Familie weiterhin fortschreiten lässt und die teilweise dramatische Situation der Familie verstärkt.

In den einzelnen Rollen verspüren die Familienmitglieder sog. "Ersatzgefühle" (Teske 1994, S.46) anstelle ihrer wirklichen Gefühle, die weiterhin der Abwehr unterliegen. Von den einzelnen Familienmitgliedern werden folgende Rollen gespielt:

Opfer-Rolle:

Dieses Familienmitglied hat das Gefühl, weniger Wert zu sein als alle anderen und in vielen Bereichen schlechter zu sein. Die Person in dieser Rolle entwickelt Gefühle von Angst und Trauer, die an die Stelle der wahren Gefühle treten.

Retter-Rolle:

Diese Person leidet ebenfalls unter einem geringen Selbstwertgefühl. Sie fühlt sich nur dann wertvoll (und besser als die anderen Familienmitglieder), wenn sie ihnen in ihrer Hilfsbedürftigkeit helfen kann. Sie hat dann das Gefühl, "edel und hilfreich" (Teske 1994, S.46) zu sein.

Ankläger-/Verfolger-Rolle:

Das Familienmitglied, das diese Rolle einnimmt, fühlt sich in der Rangreihe höher gestellt, so hat es auch das Gefühl, wesentlich mehr wert und besser zu sein. Der Ankläger verspürt die Gefühle von Wut und Arroganz, die aber ebenfalls seine abgewehrten wahren Gefühle ersetzen.

Rollenwechsel

In dem angesprochenen Spiel findet immer wieder ein Rollenwechsel statt, der die dramatische Familiensituation verstärkt und die Familie in Aufregung versetzt. Welche Rolle die Familienmitglieder einnehmen, hängt auch stark von der Persönlichkeitsstruktur des Einzelnen ab.

Man kann dennoch verallgemeinernd sagen, dass der Alkoholabhängige meistens die Opfer-Rolle einnimmt, er aber durchaus auch (nicht selten) die Ankläger-Rolle spielt. In der Retter-Rolle findet man ihn jedoch nur sehr selten.

Teske (1994, S.47-51) zeigt am Beispiel des alkoholkranken Vaters in der Opfer-Rolle das Spiel in der Familie und die entsprechenden Verhaltenweisen der einzelnen Familienmitglieder auf:

In der Opfer-Rolle fühlt er sich traurig und niedergeschlagen und besitzt nur ein geringes Selbstwertgefühl, was nicht die echten Gefühle sind. Er glaubt, nur auf diesem Wege Zuwendung und Beachtung von den anderen Familienmitgliedern zu bekommen und versucht, sie mithilfe dieser "Ersatzgefühle" zu beeinflussen. Diese reagieren darauf zum einen mit Anklagen, Vorwürfen und Distanzierung, aber zum anderen mit einer extremen Sorge um ihn. Durch dieses Verhalten wird er in seiner Rolle noch bestärkt, zumal er dies auch erwartet.

Durch diese Haltungen gegenüber dem Alkoholkranken erhält er eine Rechtfertigung dafür, weiterhin Alkohol zu konsumieren.

Die Wut des Alkoholkranken in der Ankläger-Rolle führt dazu, dass sich die anderen in diesem "Drama-Dreieck" (Teske 1994, S.46) verletzt und unterdrückt fühlen, was zu einem eigenen Angriff führt. Dieser bestätigt den Betroffenen aber in seiner Opferrolle, so dass er den Alkoholkonsum fortführen und sogar rechtfertigt kann.

Die Ehefrau des Alkoholkranken nimmt meist die Retter-Rolle ein. Bezeichnend für diese Frauen ist ein geringes Selbstwertgefühl, das sie nur dadurch aufbauen können, dass sie sich, mit dem Ergebnis der Selbstaufgabe, in sehr starkem Maße um den abhängigen Ehepartner kümmern. Sie haben nur dann das Gefühl, wertvoll zu sein, wenn es Menschen gibt, denen sie helfen können. Sie sind überzeugt davon, dass sie ihren Partner mit ausreichender Liebe und Fürsorge "heilen" können (siehe Teske 1994, S.53-56).

Das Spiel in der Familie zeigt auch deutlich in der Beziehung der beiden Eheleute (vgl. Teske 1994, S.57). Bemerkt die Frau, dass der Mann sein Verhalten mithilfe ihrer Zuneigung und Sorge nicht verändert, spielt sie von nun an die Opfer- oder Anklägerrolle. In der Anklägerrolle macht sie dem Abhängigen Vorwürfe und klagt ihn an. Er

reagiert darauf sehr wütend und aggressiv, was zu Beschimpfungen und Schlägen führen kann. Die Folge davon ist, dass die Ehefrau sich nun in der Opfer-Rolle befindet. Die Kinder oder andere Familienangehörige spielen dann die Retter-Rolle, um der Ehefrau zu helfen. Der alkoholabhängige Ehemann verspürt von der Außenwelt in diesem Stadium Sanktionen, und er schämt sich vielfach für sein Verhalten und wird so wieder zum Opfer. Erneut kommt es dann wieder zu einem Rollenwechsel der Ehefrau, die als Retterin erneut ihren Mann in Schutz nimmt und umsorgt.

Teske (1994, S.48f) betont den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Rollen, die die einzelnen Familienmitglieder spielen und ihren individuellen frühkindlichen Erfahrungen. Erfahrungen als Kind in der Herkunftsfamilie führen dazu, dass dementsprechend innerhalb des Drama-Dreiecks bestimmte Rollen gespielt werden.

Das geringe Selbstwertgefühl der Retter-Rolle resultiert z.B. aus der in der Kindheit gemachten Erfahrung, dass man nur dann beachtet wird, wenn man zum einen hilfreich ist und zum anderen gleichzeitig jegliche eigene Wünsche und Bedürfnisse verdrängt (und damit mit der Zeit das Gefühl für Eigenbedürfnisse gänzlich verliert).

Zu diesen Rollentheorien sei an dieser Stelle, ohne in eine breite Diskussion eintreten zu wollen, angemerkt, dass sie ihre Grenzen darin finden, zwar eine Beschreibung der Rollenverschiebungen und -übernahmen zu liefern, aber eine Erklärung für die eigentlichen Rollenübernahmen nicht liefern. Dies findet seine Erklärung nur in einem Zusammenspiel von komplizierten Mechanismen, die nur aus dem Zusammenhang dieser gesamten Schrift gefunden werden kann.

Wieder zusammenfassend kann festgestellt werden:

In den betroffenen Familien werden verschiedene Rollen gespielt. Es sind u. a. die Opfer-, die Retter- und die Ankläger-Rolle. In der Opferrolle zeigt der Rolleninhaber Angst und Trauer, die Retterrolle ist verbunden mit der Tatsache, dass sich der Rolleninhaber nur dann "gut fühlt", wenn er helfen kann, der Ankläger fühlt sich als etwas "besseres" (über die anderen erhaben) und zeigt neben Arroganz auch Wut.

Die Rollen werden gewechselt, aber meist ist der Betroffene das Opfer, der Partner und die Kinder sind Retter und/oder Ankläger.

Wenn sich der Leser vergegenwärtigt, wie sich

1. die verschiedenen Rolleninhalte darstellen und
2. die Rollenwechsel erfolgen sowie die sich daraus resultierende Dynamik ergibt,

dient dies der Vertiefung der Inhalte dieses Abschnittes.

In der Praxis wird man besonders auf folgende Punkte achten, da sie sich beobachtbar darstellen:

1. Der Betroffene sucht Mitleid und erkennt "Schuld" an seiner Situation nur bei anderen.
2. Der helfende, besorgte Partner hat selber wenig Selbstvertrauen und definiert sich oft nur durch die Sorge für (oder die Anklage gegen) den Betroffenen.
3. Es existiert ein "anklagendes", arrogant erscheinendes Familienmitglied, welches sich als etwas besseres fühlt und sich auch verbal von der Familie distanziert. Es hat oft was "großes" vor, realisiert aber wenig.

Familiendynamik bei Alkoholproblemen – eine systemische Sichtweise

Süchtiges Verhalten wird allgemein als eine Form abweichenden Verhaltens gesehen, das auf dem Hintergrund besonderer Konfliktsituationen und einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung entstehen kann. Die DHS definiert Sucht nach Wanke (1985) als "ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums" (Grigoleit/Wenig/Hüllinghorst 1991, S.21).

Mit dieser Definition wird deutlich, dass die Suchtproblematik nicht ausschließlich in den Bereich der körperlich-pharmakologischen Wirkungen gehört, sondern tief in menschliche Grundhaltungen und Formen des Zusammenlebens eingreift und damit nicht auf den Abhängigen selbst beschränkt bleibt. So gesehen muss das Hilfsangebot das soziale Umfeld des/der Abhängigen mit einbeziehen, da dieses ebenfalls beteiligt bzw. betroffen ist.

Das Trinken von Alkohol wird aus systemischer Sicht weniger als eine Krankheit denn als symptomatisches Verhalten betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass es eine (z.T. unbewusste) Lösungsstrategie bzw. einen Lösungsversuch für ein Dilemma darstellt. Wie bei anderen Symptomen auch stellt das Trinken den Versuch dar, mit einer problematischen Situation umzugehen, für die der Betroffene oder das System z. Zt. keine andere, gangbare Lösungsstrategie zur Verfügung hat. Durch das symptomatische Verhalten entsteht sowohl ein Nutzen (Erleichterung, kurzfristige Lösung oder Ausweg), als auch neue Komplikationen. Eine Veränderungsmotivation entsteht in der Regel erst dann, wenn die negativen Auswirkungen gegenüber den positiven spürbar überwiegen. Das Trinken wird wie andere Symptome auch als kontextabhängig betrachtet. Systemisch Arbeitende gehen davon aus, dass ein Symptom in dem Kontext, in dem es entstanden ist, Sinn macht bzw. eine bestimmte Funktion erfüllt. Gerade bei Alkoholproblemen lässt sich diese Funktion übrigens sehr häufig als eine wirksame Nähe-Distanz-Regulation verstehen.

Die Entwicklung einer Suchterkrankung dauert einige Jahre. Der/die Betroffene will die eigene Erkrankung lange nicht wahrhaben, verleugnet und bagatellisiert die Situation. Das bedeutet, dass auch die Familie über Jahre hinweg den schleichenden Prozess der Erkrankung erlebt und verschiedene Phasen des Nicht-Wahrhaben-Wollens, Verleugnens und Bagatellisierens durchläuft, bis das Problem offen wird.

Allgemein lässt sich nach von Schlippe (2000, S.58ff zit.n. Minuchin 1977) sagen, dass die Frage von Grenzsetzungen ein Problemkomplex von großer Bedeutung in den betreffenden Familien ist. Während die Grenzen nach außen oft starr sind und das Bild von einer "Familienfestung" entstehen lassen, sind sie innerhalb des Systems meist diffus und ungenügend definiert. "Einmischungen" seitens der Großeltern, Geschwister oder anderer Verwandter legen den Gedanken einer nur ungenügender Ablösung nahe. Gegenüber den Kindern kommt es häufig zu Grenzverschiebungen und Parentifizierungen, angefangen vom Übertragen der Verantwortung bis hin zum sexuellen Missbrauch. Verhaltens- und Erziehungsregeln für die Kinder werden von den Eltern oft sehr wechselhaft gehandhabt.

Familien mit Suchtstrukturen lassen sich nach Stierlin (1980) als "Bindungsfamilien" bezeichnen. Der nach außen dargestellte Zusammenhalt der Familie ist groß, und Veränderungen und Individuationsprozesse werden als potenzielle Bedrohung für das äußere Erscheinungsbild sowie für die individuelle Rolle im System erlebt. In suchtbelasteten Familien lassen sich eine Reihe von z.T. sehr starren Familienregeln feststellen, die oftmals nicht offen ausgesprochen werden, aber das familiäre Klima stark bestimmen. Hierbei handelt es sich nicht um konkrete Erziehungsregeln, sondern um übergeordnete Mechanismen, die das Miteinander prägen. So gibt es z.B. oft die Regel, Konflikte zu vermeiden bzw. nicht offen auszutragen. Dazu ist es notwendig, individuelle Unterschiede zu reduzieren oder aber nicht deutlich werden zu lassen.

Wenn einem diese Mechanismen oder "Familienregeln" begegnen, ist es wichtig, sie immer auf dem Hintergrund des latenten Grundgefühls der Familie zu verstehen. Dieses Grundgefühl ist das des bedrohten Familienzusammenhalts, häufig bedingt durch

unverarbeitete Verluste oder Traumatisierungen, die z.T. schon Generationen zurückliegen können. Alle Regeln stehen deshalb im Dienste der Loyalität bzw. des Familienzusammenhalts und sind als solche auch zu würdigen - um dann aber die Familie dabei zu unterstützen, funktionalere Muster zu entwickeln.

Viele Familienmitglieder sind auch schon zuvor in ihrer Biografie mit Abhängigkeit konfrontiert worden: Etwa 70% aller Alkoholiker hatten innerhalb der letzten drei Generationen einen Suchtkranken in der Familie; 52% der befragten Alkoholiker waren laut Pierce (1976) selbst Kinder von Alkoholikern, und nach Forster (1976) hatten 60% der nicht trinkenden Ehefrauen von Alkoholikern einen abhängigen Vater (vgl. Wegscheider 1988).

Aus systemischer Sicht ist es meist wichtig, für ein umfassenderes Verständnis des Symptoms auch die Großelterngeneration mit einzubeziehen (Mehrgenerationenperspektive; vgl. Boszormenyi-Nagy & Spark 1981), da es eher selten ist, dass im erweiterten Familiensystem tatsächlich nur einer in süchtiger Weise trinkt – ein Hinweis darauf, dass das Trinken ein familiäres Problemlösungsmuster darstellt.

In der Suchtfamilie kommt es häufig aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils, Partners oder Kindes zu massiven Problemen. Im Handbuch für Sozialpädagogische Familienhilfe (1999, S.431) wird Sucht verkürzend "als ein fast ausschließliches Problem der Erwachsenen angesehen, das Suchtmittel ist vor allem Alkohol, und es sind vorwiegend Männer, die davon betroffen sind". Ist der Vater Alkoholiker, so verliert er vielleicht seine Arbeitsstelle. Die Familie leidet früher oder später unter finanziellen Problemen. Sozialkontakte werden erschwert, da die Suchterkrankung immer noch eine stigmatisierende Krankheit ist und das "Familiengeheimnis Sucht" gewahrt werden muss. Die Kinder lernen früh, das Geheimnis zu wahren und mit niemandem darüber zu sprechen. Die einzelnen Familienmitglieder erleben hautnah, wie sich der Suchtkranke seelisch und körperlich verändert.

"Zudem gibt es,

- Enttäuschung darüber, dass der Abhängige Versprechen nicht einhält;

Erkennen
Das System Familie unter suchtspezifischen Aspekten

- Verwirrung und Verunsicherung durch widersprüchliches Verhalten;
- Verletzung und Schmerz durch Anschuldigungen, Verdächtigungen und Verletzungen des Abhängigen;
- Schuldgefühle, da Familienmitglieder sich fragen, was sie falsch gemacht haben;
- Soziale Ängste davor, was Nachbarn, Verwandte, Kollegen etc. sagen und denken, verbunden mit Isolation;
- Verzweiflung, wie das alles enden soll;
- Einen „Gefühlsknoten“, da man glaubt, mit niemandem darüber reden zu können, um die Schande nicht noch größer zu machen"

(Quelle: Textor 1998, S.150f, zit.n. Arenz-Greiving 1995).

Harsch (1979) schreibt, dass "so die negativen Gefühle eingeschlossen werden und mit einem Abwehrring von Verleugnung, Verharmlosung, Projektion und Rationalisierung umgeben werden". Wenn man über Gefühle überhaupt spricht, dann höchstens in Form von gegenseitigen Anklagen und Vorwürfen. Angstgefühle werden eher unterdrückt und treten in verzerrter Weise durch Äußerung von Aggression und abwertendem Ärger zutage. Gefühle von Hilflosigkeit werden kompensiert durch den Versuch, andere in der Familie zu kontrollieren. Die Abwehr der Gefühle führt dazu, dass die Beteiligten sich selbst immer fremder werden, nicht mehr wissen, was sie fühlen und denken. Die Familie beherrscht die Kunst, ein gutes Bild von sich abzugeben, während sie sich gleichzeitig schlecht fühlt (vgl. Harsch 1979). So sucht das am Mangel an emotionaler Zuwendung und Wertschätzung leidende Familienmitglied fortwährend den Schmerz der Realität zu lindern, indem es in alle möglichen Formen von Verhaltensweisen aus

weicht. Eine dieser Formen ist der Griff zum Alkohol, um Gefühle unter Verschluss zu halten.

2.1.3 Entwicklungsphasen der Familie unter Suchtbedingungen

Die Familie eines Alkoholkranken durchläuft innerhalb des Krankheitsverlaufs verschiedene Entwicklungsphasen, vergleichbar mit denen des Alkoholikers. Köppl/ Reiners (1987, S.13) sprechen davon, dass es auch innerhalb der Familie Verlaufsphasen gibt.

Nach Jackson (in: Harsch 1980, S.45) gibt es im "... Krankheitsverlauf der Familie ..." sieben unterschiedliche Entwicklungsstufen:

1. Familie und Kranker verleugnen das Problem.
2. Problem wird offensichtlich; es werden Anstrengungen zur Problembeseitigung unternommen.
3. Stadium der familiären Desorganisation
4. Versuche der familiären Reorganisation
5. Versuch der Problementrinnung
6. Stadium der familiären Reorganisation ohne den Kranken
7. Phase der Genesung des Kranken.

Bärsch (in: Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle 1990, S.11) beschreibt das Verhalten der Familie gegenüber dem Suchtkranken während des Verlaufs seiner Abhängigkeit:

Mit dem Fortschreiten der Sucht verändert sich das Verhalten der Familie. In der Familie wird anfangs zunächst mit allen Mitteln versucht, das Problem zu verleugnen,

während die Familie gleichzeitig den Abhängigen kritisiert und aufgrund seines Verhaltens nörgelt; später versucht man dann, die Sucht zu überwinden.

Nicht nur der Alkoholiker selbst, sondern auch die ganze Familie macht parallel zu seinem Verhalten eine Entwicklung durch, die durch sein Verhalten in Gang gesetzt wird.

Zu Beginn der Problematik ist die Ehefrau bzw. die ganze Familie noch nicht in der Lage, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen, da sie sich zu sehr schämt. Es existieren in der Familie positive als auch negative Gefühle gegenüber dem Abhängigen. Ist die Abhängigkeit so weit fortgeschritten, dass er seine Autorität nicht mehr wahrnehmen kann, kommt es zu einem völligen Rollenwechsel (siehe Köppl/Reiners 1987, S.14). Die bisher von ihm erfüllten Aufgaben müssen nun von den anderen Familienmitgliedern übernommen werden. Je mehr der Süchtige von seiner Droge eingenommen wird, um so weniger ist er in der Lage, seine Rolle innerhalb der Familie auszufüllen und Verantwortung zu übernehmen, so dass es innerhalb der Familie zu einem "Rollenwandel" kommt.

Aufgrund des Verhaltens des Alkoholikers nimmt die emotionale Zuwendung der übrigen Familienmitglieder immer mehr ab, und es kommt nach Bärsch "... zu Desintegrationserscheinungen in der Familie" (a.a.O.). So wird die Ehefrau zum "Haushaltsvorstand" (a.a.O.), und in einer sehr großen Anzahl von Fällen müssen sie wieder berufstätig werden.

Auch die Kinder müssen Funktionen erfüllen, mit denen sie teilweise oder ganz überfordert sind. Aufgaben und Verantwortung die einer "kindgerechten" - altersadäquaten Anforderungen - Entwicklung entgegenstehen.

Im weiteren Verlauf wird der Alkoholiker meist nicht mehr als Familienmitglied betrachtet, und es entsteht eine immer größere emotionale Distanz zu ihm. In dieser Phase werden häufig auch Scheidungsabsichten angesprochen, wenn und weil es nicht möglich ist, die Sucht zu überwinden. Die Ehefrau bemüht sich, ein geordnetes Fami-

lienleben wieder herzustellen; dies geschieht jedoch allerdings unter Ausschluss des Abhängigen.

Köppl/Reiners (1987, S.14) betonen auch, dass eine Genesung des Alkoholkranken mit Schwierigkeiten in der Familie verbunden ist, zumal die Familie erneut mit einer Umstellung konfrontiert ist. Zahlreiche Untersuchungen belegen die hohe Scheidungsrate von Alkoholikerfamilien (vgl. Feuerlein 1979, S.123). So verlieren viele Alkoholiker neben ihrem Beruf auch ihre Familie.

Bei den restlichen Familienmitgliedern entwickeln sich im Laufe der Zeit negative Gefühle, da der Kranke immer weniger auf sie reagiert, immer häufiger unzuverlässig wird und Versprechungen nicht mehr einhalten kann.

Rennert (1990, S.49-52) beschreibt vier Phasen in der "... Entwicklung der familiären Abhängigkeit." Während sich der Abhängige "... in der Entwicklungsphase der schädlichen Konsequenzen befindet" (Rennert 1990, S.49), durchläuft die Familie ebenfalls eine ähnliche Entwicklung, bei der die Abwehrmechanismen, je nach Entwicklungsphase, mehr oder weniger stark zum Vorschein kommen.

Lernphase:

In dieser ersten Entwicklungsphase bemerkt die Familie noch nicht, dass eine Droge ein Problem darstellt. Es werden lediglich Veränderungen im Zusammenleben wahrgenommen:

So kommt es zu häufigeren Auseinandersetzungen oder/und die Kommunikation wird insgesamt geringer bzw. wird monologischer.

Das Bestreben der einzelnen Familienmitglieder ist es, Problemen aus dem Weg zu gehen und das bewährte Gleichgewicht wieder herzustellen. Um dies zu erreichen, wird das oben beschriebene Abwehrverhalten an den Tag gelegt, um durch Ausprobieren herauszubekommen, mit welchen Verhaltensformen solche Familienkrisen am besten bewältigt werden können. Dieser Vorgang geschieht jedoch nicht bewusst. Den-

noch können die Erfahrungen mit den Abwehrmechanismen "... sehr intensiv und gewohnheitsbildend sein" (Rennert 1990, S.49).

Suchtphase:

Die Familienmitglieder zeigen ein Verhalten, das als "familiäre Verdrängung und Verleugnung" (Rennert, 1990, S.49) bezeichnet wird.

Jegliche Anzeichen von Suchtverhalten werden von der Familie ignoriert oder uminterpretiert. Die Familie ist davon überzeugt: "In unserer Familie gibt es so etwas nicht" (Rennert, 1990, S.49).

Der Zusammenhang zwischen auftretenden Problemen und der Droge wird jedoch immer deutlicher, so dass die Familie dies zur Kenntnis nehmen muss. In diesem Augenblick wird zu Abwehrmechanismen gegriffen, um sich vor allzu starken Störungen des familiären Gleichgewichts und schmerzvollen Erfahrungen zu schützen.

Durch die Verdrängung der Familienmitglieder kann "... das abhängige Familienmitglied immer weiter in die Sucht abgleiten ..." (a.a.O.).

"Langfristig werden sie sich jedoch zu wütenden, vorwurfsvollen und emotional verstrickten Personen entwickeln" (Rennert 1990, S.50f). Auch dieses Verhalten bewirkt bei der abhängigen Person, dass sie weiterhin süchtig bleiben kann.

Schädliche Phase:

Während die Abwehrmechanismen der Familienmitglieder in der ersten Phase eher zufällig eingesetzt wurden, nimmt dieses Verhalten hier bereits zwanghaften Charakter an. In dieser Phase reagieren sie "... vorhersagbar und automatisch ..." (Rennert 1990, S.51), und sie befinden sich nur noch in ihrer Abwehrhaltung.

Jedes Familienmitglied ist auf die jeweiligen Verhaltensweisen so fixiert, dass es ganz rigide Rollen einnimmt. So wird das Familienmitglied, das sich bisher zugewandt ver-

halten hat, zum "Familienhelden". Die apathische Person nimmt z.B. die Rolle des "passiven Erwachsenen" oder des "zurückgezogenen Kindes" ein. Der sich rebellisch verhalten hat, wird zum "Familienrebell".

Charakteristisch für diese Phase ist die Beschuldigung der abhängigen Person wegen ihres Drogenkonsums. Auch hier geht die Familie nicht den sinnvolleren Weg, die süchtige Person mit ihrem Drogenkonsum zu konfrontieren und sich nicht primär für die Sucht verantwortlich zu fühlen. Hier spielen Gefühle von Schuld, Scham und Selbstzweifel eine große Rolle, was zur Folge hat, dass sie sich immer mehr isolieren und abkapseln. Da der Schmerz immer größer wird, wächst auch die Abwehr.

Von den Angehörigen wird erst dann ein anderer Weg eingeschlagen, wenn die schmerzlichen Erfahrungen nicht mehr verdrängt werden können und ins Bewusstsein gelangen.

Fluchtphase:

Diese Phase bezeichnet Rennert als "... die letzte Phase in der Entwicklung der familiären Abhängigkeit" (a.a.O.). Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass es zu einigen schwerwiegenden Problemen in den verschiedenen Lebensbereichen kommt. Es kommt zu finanziellen, sozialen und auch beruflichen Schwierigkeiten der Angehörigen. In dieser Phase wird ihnen bewusst, dass sie mit den Gefühlen von Wut, Schuld und auch Illoyalität gegenüber dem Abhängigen nicht mehr fertig werden und diese Situation so unerträglich erleben, dass sie unterschiedliche Arten von Auswegen suchen: Rennert (1990, S.52) erwähnt in diesem Zusammenhang Trennungen und Scheidungen aber auch Selbstmordversuche und psycho-somatische Beschwerden.

Die Angehörigen sind an einem Punkt angelangt, an dem sie die gegebene Situation nicht länger ertragen können. Sie fühlen sich dafür völlig kraftlos, und aufgrund der starken emotionalen Betroffenheit fühlen sie sich "... psychisch erschöpft" (a.a.O.), und sie haben nicht mehr die notwendige Energie, dies weiterhin zu meistern.

Die Angehörigen werden hier von dem starken, jedoch unberechtigten Gefühl eingenommen, dass die alleinige Schuld bei ihnen zu suchen ist. Für ihren eigenen Schutz sehen sie keine andere Möglichkeit, als sich von dem Abhängigen zu trennen, um selbst weiterleben zu können. Für den Einzelnen, der den Schritt aus der Familie wagt, sind hiermit jedoch nicht alle Probleme beseitigt. Vielmehr wird er merken, dass bestimmte Gefühle und Formen der Lebensführung, die sich während der Phasen herausgebildet haben, zu einem Teil der Persönlichkeit geworden sind. So laufen die Familienmitglieder Gefahr, selbst ein abhängiges oder co-abhängiges Verhalten zu entwickeln, das sie außerhalb der Familie fortsetzen.

Krisen in Familien (Krisensituationen)

Der Fachliteratur zufolge (Aguilera 2000, S.48f) wird die Krise als Phase des Übergangs beschrieben, die in der Regel eine Dauer von 4-6 Wochen hat. Die Krise als solche bietet zum einen die Chance zur Veränderung, zum anderen ergibt sich aus ihr die Schwierigkeit einer hohen psychischen Verletzbarkeit der Betroffenen. Nach Aguilera (2000, S.61) sieht sich der Mensch im Laufe seines Lebens immer wieder Unzulänglichkeiten gegenübergestellt. Daraus folgt, dass die Familie als Beziehungsgefüge mehrerer Menschen stetig mit Problemen und Veränderungen konfrontiert wird. Für deren Bewältigung nutzen die Beteiligten die ihnen eigenen Lösungsmechanismen. Wenn die vorhandenen Strategien nicht ausreichen, um das Problem zu bewältigen, kann sich daraus eine Krise entwickeln. Das daraus entstehende Defizit an psychischem Gleichklang äußert sich infolgedessen in einer angespannten Lage, dem Gefühl der Hilflosigkeit und kann bis hin zu Gewissensängsten und Selbstvorwürfen gehen.

Häufen sich die Probleme und werden über längere Zeiträume zur Dauerbelastung, steht die Familie fortwährend nahe einer Krise und damit nahe an der Eskalation der Situation. Das Ausbrechen der Krise ist dann oft nur noch eine Frage der Zeit oder des Auslösers.

Vor diesem Hintergrund entwickelten Nielsen/Nielsen/Müller folgende Typologie von Familien (1986, S.101f):

- a) Familien mit Einzelkrisen, d.h. Familien, die auf "normale" Belastungen weitgehend noch mit wirksamen Bewältigungsstrategien reagieren können aber mit dem plötzlichen Eintreten einer schweren Krisensituation nicht mehr fertig werden.
- b) Familien in Strukturkrisen. Diese Familien sind Dauerbelastungen ausgesetzt. Seit Jahren bestehen Probleme auf verschiedenen Gebieten: schwierige Partnerschaft der Eltern, Sucht, Gewalt, finanzielle Mangelsituation, schlechte Wohnverhältnisse. Strukturelle Defizite nehmen Einfluss auf die familiäre Organisation im Sinne einer sozioökonomischen Benachteiligung. Einzelne Ereignisse sind Auslöser für eine Intervention durch Institutionen. Aber auch diese Familien haben in gewissen Bereichen noch Problemlösungskompetenzen, die Dauerbelastungen äußern sich fortwährend krisenhaft.
- c) Familien in chronischen Strukturkrisen. Hier weisen die Eltern bereits gravierende Defizite in ihrer Sozialisation und Bildungserfahrung auf, es bestehen existenzielle Probleme in allen Lebensbereichen, die Familie lebt in einer dauernden Krise.

Für die o.g. Kategorie "Familien mit Einzelkrisen" benennen Gehrman et al. (1998a, S.55) auslösende Faktoren für ereignisbedingte Krisen, wie folgt:

- "Konflikte mit Partnern oder Kindern
- Alkohol
- Probleme mit Arbeit und Einkommen
- Tod oder Trauer
- Pubertätsprobleme
- Schulprobleme"

"Akute krisenhafte Situationen bieten", nach Conen (1999, S.37), "häufig den Zugang zu Klienten in der familienorientierten Sozialarbeit". Akute Krisen können ein schnell-

les Handeln zur Abwendung der Gefahr erforderlich machen – was eine darauf folgende längerfristige Arbeit nicht ausschließt. Der Begriff Krise wird in diesem Zusammenhang nicht unter einem negativen Blickwinkel betrachtet, sondern als "normaler" Bestandteil des jeweiligen Entwicklungsverlaufes der Familie. Die Krisensituationen sind nicht nur auf individuelle Probleme zurück zu führen, auch schlechte Bedingungen aus dem Umfeld nehmen ursächlich Einfluss (Helming et al. 1999, S.136). "So genannte Multiproblemfamilien leben in einer desolaten wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Konstellation. Dementsprechend treten häufig Überanstrengungen, Überforderungen und negativer Stress auf" (Conen 1999, S.37).

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Nicht nur der Kranke durchläuft Phasen der Krankheit, sondern auch die Familie. Sie reichen von Verleugnen über Anstrengungen zur Problembewältigung, zur Desorganisation bis zur Reorganisation (evtl. auch ohne den Kranken) und zur evtl. Genesung des Kranken. Diese Genesung belastet die Familie erneut schwer, so dass es in dieser Phase häufig noch zu Trennungen kommt. Im Verlaufe der Erkrankung zeigt sich zunehmend ein Rollenwechsel der Familienmitglieder, der ebenfalls belastend ist, da er "fremde" und ggf. überfordernde Leistungsanforderungen mit sich bringt.

Zu beantworten wären an dieser Stelle folgende Fragen:

1. Welche Phasen benennt Monika Rennert?
2. Wie sind die Phasen "inhaltlich" zu füllen?

Was kann konkret in der Sozialen Arbeit beobachtet werden:

1. Es kommt in den Familien vermehrt zu Auseinandersetzungen, die nicht unbedingt um das Suchtmittel "kreisen" müssen.
2. Das Suchtverhalten wird ignoriert und/oder uminterpretiert.
3. Gegenseitige Vorwürfe sind an der Tagesordnung.

4. Familienmitglieder wechseln innerhalb der Familie wiederholt ihre Rolle, eine eingenommene Rolle wird rigide "besetzt".
5. Auswege aus der Familiensituation und der Suchterkrankungen werden gesucht, selten aber ernsthaft verfolgt.
6. Trennung und Scheidung wird vom nicht betroffenen Partner geplant.
7. Familienmitglieder entwickeln psycho-somatische Beschwerden, Suicide kommen vor.

2.1.4 Die Regeln zum Funktionieren der Alkoholikerfamilie

In einer Familie mit einem alkoholkranken Mitglied haben die Spielregeln spezifische Funktionen zu erfüllen, und sie stehen im Dienste des Alkoholkranken. Das alkoholkranken Familienmitglied kann sich durch seine Abhängigkeit nicht mehr frei bewegen und stört so das Gleichgewicht des Systems. Auf diese Bewegung müssen die übrigen Mitglieder reagieren und sich unter großer Anstrengung daran anpassen.

Der Alkoholiker hat eine feste Position innerhalb der Familie und übt auf die übrigen Familienmitglieder immer mehr Macht und Druck aus, zumal sich diese an ihn anpassen müssen, um das Gleichgewicht wieder herstellen zu können.

Wegscheider (1988, S.87) ist davon überzeugt, dass der Betroffene die mächtigste Familienposition innehat, die mit einer ganz bestimmte Vorstellung von der Welt verbunden ist. Familienregeln werden in seinem Sinne aufstellt. Die Familie legt ein Verhalten an den Tag, das im Dienste des Alkoholikers steht. Dadurch gelingt es ihm, weiterhin Alkohol zu konsumieren, ohne dabei als Alkoholiker ertappt zu werden. Diese starren und unmenschlichen Regeln sollen nach Wegscheider (1988, S.88) dazu dienen, das geschlossene System aufrechtzuerhalten.

Bei ihrer Arbeit mit den betroffenen Familien wurde Wegscheider (1988, S.88ff) mit den folgenden Regeln immer wieder konfrontiert:

"Das wichtigste im Familienleben ist der Alkohol."

In einer Familie mit einem alkoholabhängigen Mitglied dreht sich alles um das Thema Alkohol. Der Alkoholiker selbst versucht so viel wie möglich Alkohol zu beschaffen, während der Rest der Familie ihn vernichten möchte. Innerhalb der Familie werden diesbezüglich unterschiedliche Ziele verfolgt.

"Der Alkohol ist nicht die Ursache des Problems."

Bezeichnend für den Trinker und seine Familie ist die Leugnung der Alkoholprobleme. Ist der Alkoholkonsum so weit fortgeschritten, dass man es nicht mehr abstreiten kann, besteht die Familie darauf, dass der Alkohol nicht das Hauptproblem ihrer Schwierigkeiten ist.

"Der Alkoholiker ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich- schuld sind die anderen, sind die Umstände."

Der Alkoholiker entwickelt aufgrund seiner Abhängigkeit immer mehr Schuldgefühle, die er aber mehr und mehr von sich weist und auf andere überträgt, sich z.B. einen Sündenbock sucht, der diese oft auch annimmt.

"Der Status quo muss erhalten bleiben, koste es, was es wolle."

Die Mitglieder einer Alkoholikerfamilie lassen Veränderungen nur sehr schwer zu. Stellt man sich die Familie als Mobile vor, so spannt sich der Faden des Alkoholikers besonders fest, so dass auch die anderen fest mit angespannt werden. Der Betroffene bleibt am Alkohol hängen und will gleichzeitig davon aber nicht mehr loskommen, da er glaubt, ohne Alkohol nicht leben zu können. Charakteristisch für den Betroffenen in

der Familie ist, dass er die internen Familienregeln festsetzt und die Fäden des Mobiles so fest hält, dass sich in dem mit dem Alkohol erreichten Zustand nichts verändert.

"Jeder in der Familie ist ein 'Enabler', sozusagen ein Zuhelfer."

Die Mitglieder einer Alkoholikerfamilie legen unbewusst ein Verhalten an den Tag, das den Alkoholiker in seiner Abhängigkeit unterstützt, anstatt ihm so zu helfen, davon loszukommen.

Wegscheider geht davon aus, dass es in der Familie einen "Hauptzuhelfer" gibt; alle übrigen Mitglieder legen ebenfalls ein suchtförderndes Verhalten an den Tag, das ihnen selbst nicht bewusst ist. Sie übernehmen seine Aufgaben und Pflichten mit, sie rechtfertigen sein Verhalten, sie decken ihn und kommen den von ihm gesetzten Regeln nach. Diese Verhaltensweisen erfüllen die Funktion, den gewohnten Zustand aufrechtzuerhalten. Für sie selbst geschieht dies unbewusst, und ihr Verhalten stellt für sie einen Liebesdienst dar bzw. steht im Dienste der Familienehre.

"Niemand darf darüber reden, was in der Familie wirklich los ist, weder untereinander noch mit sonst jemandem."

Wegscheider (1988, S.89f) bezeichnet das Familiensystem einer Alkoholikerfamilie als ungesund und abgeschottet. Der Alkoholiker fühlt sich selbst als sehr bedroht. Aufgrund dessen versucht er zum einen, dass keinerlei Informationen aus der Familie nach außen gelangen. Niemand soll von seiner Abhängigkeit erfahren und den damit verbundenen Problemen für die ganze Familie. Zum anderen versucht er jegliche Unterstützung von außen zu unterbinden, zumal er befürchtet, dass die übrigen Familienmitglieder die von ihm gesetzten Regeln nicht mehr befolgen und das System zusammenbricht.

"Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt."

Der Alkoholiker ist der Regelmacher in der Familie. Er selbst leidet sehr unter seiner Situation, so dass ihn das Leiden seiner Familie noch mehr belastet und er damit nicht angemessen umgehen kann. Er verlangt deshalb von den restlichen Familienmitgliedern, dass sie ihre echten Gefühle unterdrücken, so dass man nur selten untereinander wahre Gefühle und Botschaften austauscht. Die Kommunikation ist wesentlich beeinträchtigt und unvollständig.

Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit hat der Alkoholiker oft keinerlei Zugang mehr zu seinen Gefühlen, und er ersetzt sie durch andere Gefühle, die für ihn weniger schmerzlich sind. Die Ersatzgefühle stellen oft das Gegenteil seiner eigentlichen Gefühle dar. So verdeckt er seine Furcht durch Aggressivität und seine Schuldgefühle durch Beschuldigungen. Sein Verhalten gegenüber seinen Angehörigen weckt bei ihnen die Gefühle, die der Alkoholiker bei sich selbst zu unterdrücken versucht. Dadurch zeigen diese dieselben psychischen Symptome wie der Alkoholiker selbst.

Zusammenfassend wird an dieser Stelle festgestellt:

Spielregeln in einer betroffenen Familie dienen dazu, den Alkoholkonsum aufrechtzuerhalten. Der Betroffene hat eine "starke" Position im System und hält "die Fäden" zusammen, die anderen Familienmitglieder müssen sich nach ihm richten. Alkohol ist das wichtigste im Familienleben, aber nicht das Problem. Schuld an der Misere sind immer andere Menschen und/oder äußere Umstände, Veränderungen und Gefühle werden nicht zugelassen, über das Problem darf nicht geredet werden.

Wenn Sie sich die Spielregeln in einer Suchtfamilie, die von Wegscheider benannt werden, vergegenwärtigen, dient dies der Verfestigung der Inhalte aus diesem Abschnitt.

In der Sozialen Arbeit ist beobachtbar:

1. Alkohol wird zum zentralen Mittelpunkt der Familie, aber nicht thematisiert. Die Familienmitglieder sprechen nicht darüber, auch nicht gegenüber vertrauten Helfern.
2. Über Gefühle und die wirklich Situation in der Familie, die dem Außenstehenden sehr wohl auffällt, wird nicht geredet.
3. Alkohol ist nicht die Ursache von Problemen, Ursachen werden in äußeren Umständen oder bei anderen Menschen (auch in der Familie) gesucht.
4. Die Familie versucht, ihren Status quo mit allen Mitteln aufrecht zu erhalten, dies betrifft die internen Beziehungen als auch die Außenkontakte. Diese Versuche sind auf Dauer nicht erfolgreich.

2.1.5 Die Merkmale der Suchtfamilie

Eine suchtkranke Familie zeichnet sich durch bestimmte Merkmale aus, die nachfolgend benannt und erläutert werden sollen.

Zur Erinnerung soll nochmals ausgeführt und zusammengefasst werden:

Suchtkrankheit stellt in der heutigen Gesellschaft eine Krankheit dar, die von der Umwelt eine stark ausgeprägte und negative Bewertung erfährt. Arenz-Greiving (1993, S.5) spricht sogar von "gesellschaftliche(r) Ächtung", die diese Krankheit zur Folge hat. Die Ursache dieser Stigmatisierung liegt ihrer Meinung nach in der häufig vertretenen Ansicht, dass der Abhängige an seiner Situation selbst schuld ist, dafür Verantwortung trägt und dass seine Suchtkrankheit seinem eigenen Versagen zuzuschreiben ist.

Abhängige werden in der öffentlichen Meinung oft als fehlerhaft angesehen. Die weit verbreitete Haltung der Öffentlichkeit gegenüber dem Suchtkranken bringt es mit sich, dass die Familie sich aufgrund der Abhängigkeit eines ihrer Mitglieder schämt. Die Stigmatisierung hat zur Folge, dass mit allen Mitteln versucht wird, die Abhängigkeit als Familiengeheimnis zu erklären.

Sowohl der Abhängige, als auch die anderen Familienmitglieder versuchen lange Zeit, z.B. durch Bagatellisieren und Rechtfertigen, die Krankheit zu ignorieren. Im Kampf gegen die Krankheit lösen sich Hoffnung und Enttäuschung immer wieder ab.

"Niemand soll es merken" (Arenz-Greiving, 1993, S.11) wird innerhalb der Familie jedoch zum obersten Gebot.

Um dies zu erreichen, isolieren sich die Betroffenen immer mehr von der Außenwelt und kapseln sich ab. Die Isolation wird gleichzeitig noch durch die Rückzugstendenzen der Umgebung verstärkt, sobald diese die Krankheit bemerken.

Die "Suchtfamilie" kann auch "Problemfamilie" mit ihren Merkmalen sein.¹⁵

Aufgrund ihrer langjährigen Arbeit und Erfahrung mit Alkoholikerfamilien ist Wegscheider zu der Überzeugung gekommen, dass zwar nicht jede gestörte Familie vom Alkoholproblem betroffen ist, dass aber wiederum jede Alkoholikerfamilie extrem gestört ist. (Wegscheider 1988, S.61). Eine Alkoholikerfamilie weist eine Vielzahl von Eigenschaften einer kranken Familienstruktur auf.

Nach Wegscheider zeichnet sich diese Familie durch typische Merkmale aus, die nachfolgend angeführt werden (Wegscheider 1988, S.61f):

Ihr Umgang mit dem Problem Alkohol:

Die Alkoholikerfamilie verleugnet ihr Problem und den Zusammenhang ihrer Schwierigkeiten mit dem Alkohol. Die gesamte Familie macht sich so etwas vor und unterliegt so einer starken Selbsttäuschung.

Der Zugang zu ihren Gefühlen:

Die Situation in der Familie lässt sehr unangenehme Gefühle entstehen, die jedoch so stark in Schach gehalten werden, dass sie überhaupt nicht mehr wahrgenommen werden. Sie werden verleugnet und ignoriert, so dass sie sich auch im Gefühlsbereich selbst etwas vorspielen.

Vorhandensein von Abwehrmechanismen:

Diese sind in einem so starken Ausmaß entwickelt, dass sie zwanghaften Charakter annehmen und aufgrund ihrer Starrheit unveränderbar und verfestigt sind. Die perma-

¹⁵ Vgl. Seite 69 ff dieser Arbeit

nente Unterdrückung der Gefühle führt zu verhärteten Haltungen, so dass z.B. aus Wut Ablehnung wird und aus Schuldgefühlen Isolation.

Ausmaß des Selbstwertgefühls:

In diesen Familien ist es nur sehr gering ausgeprägt, weil es eine große Anzahl von Faktoren gibt, die dieses Gefühl zerstören.

Verhaltensweisen der Familienmitglieder:

Ihr Verhalten ist starr und fest. Sie haben Verteidigungsmuster entwickelt und verinnerlicht, die sich durch Zwanghaftigkeit und Verleugnung auszeichnen und denen sie sich nicht entziehen können.

Kommunikationsstil:

In der Familie bestehen Regeln, die die Kommunikation erschweren. Durch ihre fortwährende Verleugnung und ihre Selbsttäuschung ist die Kommunikation noch stärker eingeschränkt.

Behandlungsmöglichkeit der Familie:

Ihre ständige Verleugnung und Verdrängung, ihr starker Widerstand nach außen und ihre Blockade erfordern eine intensivere Behandlung. Informationen und Aufklärung genügen nicht, zumal die Abwehr sie daran hindert, ins Bewusstsein der Familie zu dringen und etwas zu bewirken (nach Wegscheider 1988, S.61f).

Die Atmosphäre in der Suchtfamilie

"Die Atmosphäre in der Alkoholikerfamilie ist durch eine ängstlich gespannte Erwartungshaltung, Unruhe und Ungeborgenheit gekennzeichnet." (Arenz-Greiving 1993, S.12). Die Kinder erleben den alkoholabhängigen Elternteil im nüchternen und betrunkenen Zustand völlig anders. Erleben sie die abhängige Person im nüchternen Zustand, oft auch aus Schuldgefühlen heraus, eher zärtlich und nachgiebig, so kann sie im alkoholisierten Zustand autoritär und sehr stark bestrafend sein. Das Verhalten der suchtkranken Person ist für das Kind nicht einzuschätzen oder vorherzusehen, zumal dies vom Alkoholkonsum abhängig ist. Da das Verhalten des alkoholabhängigen Elternteils nicht berechenbar ist, ist es für das Kind wichtig, die jeweilige familiäre Situation genau zu beobachten "... und sein Verhalten auf die Stimmungsschwankungen des Alkoholikers abzustimmen." (Arenz-Greiving 1993, S.12).

Kinder entwickeln eine Angst und Unsicherheit gegenüber ihrem Zuhause, sie wissen nicht, in welchem Zustand sie den abhängigen Elternteil antreffen.

Das Klima in einer Alkoholikerfamilie ist vielfach durch Enttäuschungen, Streitereien und Schweigen bestimmt. Den Kindern wird es deshalb schwer gemacht, sich zu Hause heimelig zu fühlen, zumal es für die Alkoholikerfamilie oft symptomatisch ist, dass das Gefühl von Zuneigung und des Akzeptiertseins kaum ausgeprägt ist.

Sicher ist es so, dass auch in "normalen" Familien Enttäuschungen, Streit und Schweigen in Konfliktsituationen vorkommt, von daher ist die Alkoholikerfamilie nichts besonderes. Die Quantität solcher Vorfälle ist aber deutlich höher als in "Normalfamilien" und es erfolgt fast nie eine Klärung der Situationen, bestenfalls eine vorübergehende Verzeihung ohne Ursachenklärung. Diese Nichtklärung führt zu einer eigenen Qualität von Konflikten, für die kein Krisenmanagement zur Verfügung steht und die damit langfristig belastend für die Familienmitglieder wird.

Die Kinder in Alkoholikerfamilien wissen kaum, was es heißt, sich zu Hause wohlfühlen, da sie fortwährend von der Angst und Unsicherheit begleitet werden, welche Szenen sie zu Hause erwarten. (nach Brakhoff-Losch 1990, S.8). Sie wissen nie, was der Alkohol angerichtet hat, wenn sie nach Hause kommen und in welchem Zustand sie die Eltern vorfinden. "Die Atmosphäre und Situation verursachen somit ein Wechselbad der Gefühle." (Bertling 1993, S.54). Die Kinder erleben die Eltern sehr unzuverlässig, da viele Versprechungen einfach nicht eingehalten werden.

In einer Alkoholikerfamilie herrschen fortwährend Spannungen. Zwischen den Elternteilen kommt es vielfach zu Auseinandersetzungen, so dass die Kinder ihren Eltern gegenüber immer wieder Gefühlsschwankungen ausgeliefert sind, was auch den Beziehungsaufbau zu ihnen erschwert. Diesen Streitereien fühlen sie sich machtlos ausgeliefert, und sie haben Angst vor einer Trennung der Eltern. Jede Versöhnung erweckt Hoffnung, jeder Streit bewirkt Niedergeschlagenheit, so dass sie mit heftigen Gefühlsschwankungen konfrontiert sind. Für die Kinder ist die zu erwartende Stimmung im Elternhaus nie im Voraus festzustellen. So leben sie bezüglich der Atmosphäre und des Zustandes der Eltern immer in Ungewissheit und sind deshalb fortwährend einem Spannungszustand ausgesetzt. Es bleibt ihnen lediglich die Möglichkeit, entsprechend darauf zu reagieren und sich den Schwankungen anzupassen. (siehe Bertling 1993, S.54).

Der Alkohol bestimmt den Alltag der Familie. Der Abhängige selbst ist mit sich und dem Alkohol beschäftigt. Der Ehepartner ist damit beschäftigt, das Familienleben in Gang zu halten und umsorgt gleichzeitig den Süchtigen.

Beide Elternteile können sich deshalb nicht in ausreichendem Maße um die Kinder kümmern und die vorhandenen Bedürfnisse angemessen befriedigen. "Echte Zuneigung zu erfahren oder das Gefühl zu haben, akzeptiert und geliebt zu werden, fehlen häufig." (Bertling 1993, S.54), oder es kann nur bei Ersatzpartnern (Nachbarschaft, Freundeskreis) eingeholt werden.

Es herrscht im eigentlichen Sinne keine familiäre Atmosphäre, in der sich die Kinder geborgen und sicher fühlen können, in der sie das Gefühl entwickeln können, dass sie geliebt werden und Halt haben. Stattdessen müssen diese Kinder die Erfahrung machen, mit ihren Problemen alleine fertig zu werden.

Die Situation wird oft durch materielle Probleme, schlechte Wohnbedingungen und andere Behinderungen verstärkt.¹⁶

Abwehrverhaltensweisen in der Familie

Die Alkoholkrankheit eines Familienmitglieds bringt nicht nur für denjenigen negative Folgen mit sich, sondern der Alkohol verursacht bei der gesamten Familie oft starken seelischen Schmerz. Die Menschen, die unmittelbar mit dem Abhängigen in Kontakt stehen, erfahren dadurch oft eine starke psychische oder auch physische Belastung, sodass diese selbst Gefahr laufen, krank zu werden.

Das Leben der Familie wird bei einem typischen Verlauf immer stärker vom Alkohol bestimmt. Um jeglicher Krise aus dem Weg gehen zu können und um eine Auseinandersetzung mit der wirklichen Realität verhindern zu können, benutzen der Abhängige als auch die restliche Familie dieselben Abwehrmechanismen. Nur so können sie selbst mit dieser Lebenssituation fertig werden. (nach Teske 1994, S.43f). Es handelt sich hierbei u.a. um "... Rationalisierung, Projektion, Verdrängung und Verharmlosung." (a.a.O.).

Auf diese Art und Weise versuchen sie, einer Konfrontation mit der wirklichen Realität aus dem Wege zu gehen. Negative Gefühle, die tiefe Wunden hinterlassen könnten, dringen so überhaupt nicht ins Bewusstsein. Mithilfe seiner Abwehr erklärt der Alkoholiker der Umwelt gegenüber seinen Alkoholkonsum und weist diesbezüglich jegliche Schuld von sich. (vgl. Teske 1994, S.43). Seine Abwehr lässt ihn fest daran glauben, dass die Ursachen seines Alkoholkonsums außerhalb seiner Person liegen.

¹⁶ Vgl. Seite 64 ff dieser Arbeit

Innerhalb der Familie wird das gemeinsame Ziel verfolgt, die Alkoholkrankheit vor der Außenwelt zu verbergen. (vgl. Teske 1994, S.44).

Mithilfe der Abwehrmechanismen werden beispielsweise die eigenen Gefühle der Trauer, Enttäuschung und Wut verdrängt. Die Abwehr stellt für sie oft der einzige Ausweg dar, um mit der gegebenen Lebenssituation zurechtzukommen; häufig leben diese Familien in Isolation, so dass ihnen der offene zwischenmenschliche Austausch als weiteres Ventil fehlt. Vielfach sind die Familienmitglieder vor den schmerzlichen Erfahrungen und belasteten Gefühlen nur dadurch gefeit, dass sie verschiedene Arten von Drogen konsumieren.

Rennert (1990, S.47f)¹⁷ führt "... drei generalisierte Kategorien von Abwehrverhalten ..." an, mit denen die Angehörigen reagieren. Die Angehörigen legen drei verschiedene Arten von Verhaltensweisen an den Tag, um sich vor den Folgen der Sucht zu schützen. Diese Abwehrmechanismen haben innerhalb einer suchtkranken Familie die Funktion, das Fortschreiten der Abhängigkeit zu unterstützen, da der Süchtige durch das Verhalten der Familienmitglieder nicht mit den Konsequenzen seines Verhaltens konfrontiert wird, sondern durch diese Verhaltensweisen davon abgelenkt wird.

Folgende Abwehrverhaltensweisen werden von den Angehörigen gezeigt (vgl. Rennert 1990, S.47ff):

Die Angehörigen sind "zu gut, um wahr zu sein":

Die Menschen, die dieses Verhalten an den Tag legen, haben das Bestreben, es allen recht zu machen und keine Fehler zu machen, sie wollen möglichst allen Forderungen und Ansprüchen gerecht werden. Sie zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie gerne

¹⁷ Im nachfolgenden Text wird Rennert sehr ihn den Mittelpunkt der Überlegungen gestellt, da sie fast als einzige Autorin diese Themen differenziert aufgreift, eignet sie sich zu Erhellung der Problematiken besonders gut.

Verantwortung für andere übernehmen, wie z.B. ein Kind, das eine Elternrolle übernimmt. Dieses Verhalten "... hilft im immer wieder neu entstehenden Chaos ein wenig Ordnung zu schaffen." (Rennert 1990, S.47).

Durch dieses Verhalten erhält man zwar Anerkennung, das eigentlich schmerzhaft für den Alkoholiker und den Angehörigen bleibt dadurch jedoch im Dunkeln und wird nicht bewusst. Gleichzeitig hat es die Funktion, dass der Süchtige sich mit keinerlei negativen Folgen seines Verhaltens auseinandersetzen muss und es weiterhin praktizieren kann.

Die Angehörigen verhalten sich rebellisch:

Rebellisches Verhalten kann sich ganz unterschiedlich äußern. Dies ist auch davon abhängig, welches Familienmitglied sich so verhält. Es können die Geschwister von Süchtigen sein, die aggressiv sind, lügen und stehlen oder ständig zu spät in die Schule kommen. Dadurch wird die Aufmerksamkeit der Familie auf den Rebellen gerichtet. Zum einen erreicht das rebellische Familienmitglied dadurch, dass ihm überhaupt einmal Beachtung geschenkt wird, dabei spielt es keine Rolle, dass es sich meist um "... negative Aufmerksamkeit ..." (Rennert 1990, S.48) handelt. Zum anderen ist das Augenmerk nicht mehr so sehr auf den Süchtigen gerichtet, der mit seiner Abhängigkeit nun weniger konfrontiert wird, so dass er sein süchtiges Verhalten fortsetzen kann. Auch der Rebell versucht, sich und die anderen zu retten.

Die Angehörigen verhalten sich apathisch:

Die apathische Person zeigt kaum Gefühle und nur dann eine Reaktion, wenn es unbedingt notwendig ist. Monika Rennert (a.a.O.) bezeichnet sie als Menschen, die "... ein rigides und vorsätzlich nicht fühlendes Verhalten" an den Tag legen. Diese Personen weigern sich schlichtweg, die Abhängigkeit eines Familienmitglieds und die damit verbundenen Probleme für die Familie überhaupt wahrzunehmen. So zieht sie sich oft

sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie zurück, verhält sich weitgehend passiv und verfällt oft in Fantasien und Tagträume.

Die Gefühle der Angehörigen

Durch das Verhalten des Abhängigen werden bei den Angehörigen ganz bestimmte Gefühle hervorgerufen. Nach Rennert (1990, S.45) "... durchlaufen die Angehörigen von Suchtkranken einen Veränderungsprozess, dessen Phasen mit denen der Entwicklung der Drogenabhängigkeit vergleichbar sind." Deshalb spricht man auch von abhängigen oder co-abhängigen Familien. Vor allem die Gefühle spielen in der Entwicklung der Angehörigen eine wichtige Rolle.

Rennert (1990, S.45ff) erwähnt in diesem Zusammenhang verschiedene Gefühle:

Angst

Die Mitglieder einer süchtigen Familie sind verschiedenen Ängsten ausgesetzt, die durch den Konsum der Droge ausgelöst werden. So werden sie z.B. von der Angst geplagt, ob der Betroffene wieder betrunken nach Hause kommt und in seinem Zustand sich selbst und der Familie etwas antut.

Schuldgefühle

Im fortschreitenden Stadium der Sucht werden die Familienmitglieder von Schuldgefühlen heimgesucht. Sie fühlen sich oft selbst an der Situation schuldig oder sie schieben sie auf die anderen Mitglieder.

Schmerz

Menschen, die mit einem abhängigen Menschen zusammen sind, müssen vielerlei schmerzhaft Erfahrungen machen. Zum einen ist es oft schmerzhaft mit anzusehen, wie der Abhängige sich durch seine Droge verändert hat. Zum anderen kommt es auch zu gegenseitigen Schuldzuweisungen und Anklagen, die ebenfalls sehr kränkend und schmerzlich sein können. Viele Enttäuschungen und nicht eingehaltene Versprechungen des Abhängigen lösen bei den Angehörigen schmerzhaft Gefühle aus.

Scham

Viele Angehörige schämen sich wegen ihres abhängigen Familienmitglieds, so z.B. wegen des oft peinlichen Verhaltens des Alkoholikers in der Öffentlichkeit.

Wut

Die den Abhängigen umgebenden Personen entwickeln auch Wut und Zorn, hinter denen nach Rennert (1990, S.46) oft Enttäuschung und Verletzung steht. Die Wut richtet sich gegen das Verhalten des Süchtigen und die damit verbundenen, oft schmerzhaften Erfahrungen, nicht so sehr jedoch gegen das Kind selbst. Den Angehörigen fällt es schwer, eine klare Zuordnung dieses Gefühls vorzunehmen.

Einsamkeit

Die Entwicklung innerhalb der Familie schreitet so weit fort, dass eine normale Kommunikation nicht mehr möglich ist. Die Probleme innerhalb der Familie nehmen immer mehr überhand und bestimmen den familiären Alltag, so dass die Gefühle von gegenseitiger Zuneigung immer mehr in den Hintergrund treten und den Krisen Platz machen. Mit dem Mangel an zwischenmenschlicher Kommunikation entwickeln sich die Familienmitglieder zu "vereinsamten Menschen."

Erziehungsverhalten

Das Erziehungsverhalten lässt sich als unbeständig und inkonsequent beschreiben (nach Arenz-Greiving 1993, S.15f). Den Kindern wird, je nach Situation, entweder mit Härte oder Verwöhnung gegenübergetreten. Das Erziehungsverhalten der Eltern ist uneinheitlich, und es ist von der jeweiligen Situation abhängig.

Dieses "Wechselbad" (Arenz-Greiving 1993, S.16) bietet den Kindern keinerlei Boden für Orientierung und Sicherheit, was wiederum als Voraussetzung für den Aufbau von stabilen Beziehungen angesehen wird. Das wechselhafte Verhalten der Eltern wirkt "... desorganisierend und angsterzeugend auf die Kinder ..." (Arenz-Greiving 1993, S.15). Der alkoholranke Vater legt in der Familie oft ein sehr autoritäres Verhalten an den Tag, um seine Rolle behaupten zu können und das Sinken seines Ansehens dadurch auszugleichen. "Häufig herrscht ein knapper bestimmter Ton mit Befehlscharakter, der den Kindern keine Möglichkeit gibt, ihre eigenen Wünsche zu artikulieren." (a.a.O.). Die Erziehungsstile beruhen nicht auf gegenseitiger Absprache beider Elternteile, zumal zwischen den Eltern nur noch eine "verkümmerte Kommunikation" stattfindet. (a.a.O.).

In Alkoholikerfamilien spielt körperliche Gewalt keine unwesentliche Rolle. So wurde in mehr als 50% der Fälle von Kindesmisshandlungen Alkohol als eine Ursache festgestellt. (vgl. Appel in: Arenz-Greiving 1993, S.16). Auf das Verhalten der Kinder wird oft mit heftigen Wutausbrüchen und extremen Formen der körperlichen Gewalt reagiert, zumal der Alkoholkonsum noch zum Hemmungsabbau beiträgt.

Bertling (1993, S.55) bezeichnet das Erziehungsverhalten der Eltern in einer Alkoholikerfamilie als "unbeständig" und wechselhaft. Das Verhalten der Eltern ihren Kindern gegenüber ist für sie nicht kalkulierbar und einschätzbar, zumal das gleiche Verhalten einmal bestraft und ein anderes Mal gelobt werden kann. Auf ein Fehlverhalten der Kinder wird oft unangemessen heftig reagiert. Die Wutausbrüche können sich so stark steigern, dass es auch zu körperlichen Angriffen kommt.

Dieses strenge und überaus autoritäre Verhalten des Alkoholikers erklärt Bertling (1993, S.55) durch den Verlust seines Ansehens außerhalb der Familie, das er dadurch versucht auszugleichen und sich in der Familie besonders zu behaupten versucht.

Die Aussagen der Eltern besitzen keinerlei Gültigkeit, zumal z.B. Versprechungen urplötzlich nicht mehr eingehalten werden oder angeblich nie bestanden haben und sich ihre Meinungen unvorhergesehen ändern. Die Unberechenbarkeit bewirkt bei den Kindern Angst und Unsicherheit, und sie können ihren eigenen Wahrnehmungen und Gefühlen keinen Glauben mehr schenken. Die fehlende Beständigkeit und Klarheit der Erziehung führt zur Desorientierung der Kinder. Dies wirkt sich auch nachteilig auf die Beziehung zu den Eltern aus, der die notwendige Stabilität fehlt; dies wird dadurch verstärkt, dass viele emotionalen Bedürfnisse der Kinder nicht bzw. nur unzureichend befriedigt werden, wie z.B. auch ihr Bedürfnis nach Orientierung, Liebe und Anerkennung. (nach Bertling 1993, S.55). Stattdessen strahlen die Autoritäten eher Kälte und Distanziertheit aus und vermitteln den Kindern durch ihr Verhalten ein fehlendes Selbstwertgefühl.

Interaktions- und Kommunikationsverhalten

In Suchtfamilien bestehen spezifische Interaktionsformen und Kommunikationsmuster. Für den Suchtkranken selbst ist es typisch, dass er nicht mehr die ganze Wahrheit sagt, sondern Notlügen macht oder "Halbwahrheiten" (Arenz-Greiving 1993, S.14) erzählt. Der verbale Austausch zwischen den Eltern, der immer weniger stattfindet, beschränkt sich meist auf Beschimpfungen.

Während der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit verlieren die Ehepartner die Fähigkeit der gegenseitigen Kommunikation. "In der Suchtfamilie sind die Interaktionen nicht durch feste Regeln, sondern durch Versuch und Irrtum bestimmt." (a.a.O.). Nach Hecht (in: Arenz-Greiving 1993, S.14) lernen die Kinder nicht, ihre Gefühle, Gedanken und Probleme zu verbalisieren.

Diese Kommunikationslosigkeit geht auf die Erfahrung zurück, dass dem Gesagten oft keine Bedeutung beigemessen werden kann und sie sich darauf nicht verlassen können. Hinzu kommt noch, dass die Kinder oft mit doppeldeutigen Botschaften konfrontiert werden. So merken sie schnell, dass die Eltern oft etwas anderes meinen als sie sagen oder das Gesagte nicht lange Gültigkeit hat. Verlässlich erscheinen ihnen lediglich noch die Handlungen, nicht jedoch die vieldeutigen Wörter. "Diese verwirrte und unzuverlässige Interaktionsform bezeichnet Krämer als Kommunikationslosigkeit." (in: Arenz-Greiving 1993, S.15).

Die Reaktionen der Eltern bleiben für das Kind unberechenbar, da sie unvorhersehbar wechseln können. Das Kind wird dadurch unsicher und zieht sich ins Schweigen zurück. So wird die Kommunikation in diesen Familien durch den Alkohol stark beeinflusst.

Bertling (1993, S.53) spricht in diesen Familien von einer gestörten Kommunikation. Insbesondere das Thema Alkohol, das in Alkoholikerfamilien eine so immense Rolle spielt, wird von den Mitgliedern völlig ausgeklammert und nicht angesprochen. So wird der Alkohol ohne vorausgehende Vereinbarungen zum Tabuthema, er ist ein Geheimnis, das insbesondere nach außen zu wahren ist. Der mangelnde oder sogar fehlende Austausch ist nicht ausschließlich auf diesen Bereich begrenzt. Vielmehr ist eine gestörte Kommunikation charakteristisch für eine Familie mit Alkoholproblemen. Das Schweigen und das Unausgesprochensein verstärkt die "... Unterdrückung der Gefühle, schürt Ängste und lässt die durch die Alkoholsucht hervorgerufene Familiensituation unverändert bestehen." (Bertling 1993, S.53). Anstelle von Offenheit und Ehrlichkeit treten Lügen, Unehrlichkeit und Unwahrheit. Es kommt zu gegenseitigen Beschimpfungen, Anschuldigungen und Drohungen, und die Familienmitglieder senden "doppeldeutige Aussagen." (a.a.O.).

Diese Situation ist für die Beteiligten keineswegs befriedigend, zumal es für die Kommunikation in der Familie keine Regeln gibt, die übereinstimmend eingehalten werden. Die Kommunikation wird hier durch "... die Macht des Stärkeren" (a.a.O.) be-

stimmt. Die doppelten Botschaften und die Lügen lassen das Gesagte unverlässlich erscheinen, so dass man verbalen Äußerungen misstraut.

Der Alkohol bewirkt, dass die Stimmungen und Reaktionen der Eltern nie im Vorhinein zu berechnen sind, so dass die Kinder aus Angst und Ungewißheit immer mehr verstummen. In einer Alkoholikerfamilie findet keine "nüchterne" Kommunikation mehr statt, und sowohl innerhalb als auch außerhalb des Systems herrscht eine Unoffenheit.

2.1.6 Konfliktmuster in Familien

Die Differenzierung familialer Konfliktbewältigungsmuster von Beier (1990) kann für Multiproblemfamilien übernommen werden, da die von Beier untersuchten Familien sowohl im Bereich sozioökonomischer Benachteiligung wie ihrer Verschränkung mit innerfamiliärer Deprivation dieser Zielgruppe entsprechen.

Die familialen Konfliktmuster werden unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses zu institutionalisierten Kontroll- bzw. Versorgungsinstanzen entworfen und repräsentieren das spezifische Verhältnis von interpersonalen Konflikten und materieller Deprivation. "Dies bedeutet, dass wir die Genese von familialen Konflikten und ihre subjektive Verarbeitung vor dem Hintergrund eines komplexen gesellschaftlichen und institutionellen Strukturzusammenhangs begreifen" (Beier 1996, S.284).

Beier beschreibt die drei verschiedenen Typen ausführlich (a.a.O., S.284-296):

- Familien des Typus I: Tendenz zur chronischen Abhängigkeit
Familien des Typus II: Schwanken zwischen Abhängigkeits- und Autonomiebestreben
Familien des Typus III: Tendenz zur Unabhängigkeit

Muster familialer Konfliktbewältigung, die regelmäßig bei Problemfamilien anzutreffen sind, zeigen die Chancen und Grenzen einer möglichen Intervention bereits grob auf. Diese Konfliktmuster beziehen jeweils drei Sinnebenen in die Strukturierung mit ein, die individuell-lebensgeschichtliche, die familiendynamische und gesellschaftlich-institutionelle. Auf diese Weise stellt die Strukturierung eine gewisse Gewähr für eine angemessene Problemsicht dar, bei der es nicht zu vorschnellen Symptom-Etikettierungen kommt. Insofern liefern diese Konfliktmuster wertvolle Hinweise für die Ausgestaltung der helfenden Beziehung. Ohne eine genaue Analyse des jeweiligen Konfliktmusters kann keine angemessene Unterstützung für Familien entwickelt werden. Aus diesem Grunde nimmt die Konfliktmusteranalyse einen besonderen Stellenwert ein.

2.1.7 Einflussorientierte Betrachtung (Familie in größeren Systemen)

Familien und größere Systeme

SozialarbeiterInnen begegnen selten Multiproblemfamilien, deren Erfahrung nicht durch unzählige Beziehungen zu größeren Systemen entscheidend beeinflusst werden, sei es durch das Schulsystem, das Rechtswesen, den Sozialdienst, die Suchthilfe etc. Entsprechend ist es von Bedeutung das Blickfeld über die Familienebene hinaus auf weitere systemische Ebenen zu erweitern, d.h. Familien in ihrem größeren Kontext zu betrachten.

Imber-Black (1994) vermittelt eine Meta-Perspektive, die die typischen Probleme zwischen Systemen, sowie die Art, wie helfende Systeme häufig genau die Probleme verschärfen, für deren Lösung sie eigentlich gegründet wurden, klar definiert.

Zuvor ein Beispiel, welches gemäß Imber-Black (1994, S. 17f) Einblick in die Komplexität der Interaktion von Problemfamilien und größeren Systemen gibt:

"Mit dem Auftrag, über die unmittelbare Zukunft der 13-jährigen Marla zu entscheiden, versammelten sich ein Kinderpsychiater; ein Erwachsenenpsychiater; ein Psychologe, bei dem die Eltern in Paartherapie waren; je ein Sozialarbeiter der Jugendhilfe und der Jugendhaftanstalt; zwei frühere Pflegeelternpaare, von denen Marla weggelaufen war; ferner ein Lehrer, ein Schulpsychologe und zwei leitende Pädagogen eines Erziehungsheimes sowie ein im Heimbereich beschäftigter Familientherapeut. Auch Marla und ihre Eltern nahmen an der Besprechung teil. Als Marla sich vorstellen sollte, blickte sich grinsend in die Runde und sagte: Und ich bin Marla, der Star der Runde!".

Im Verlauf der Besprechung, an der fünfmal so viele professionelle Helfer wie Familienangehörige teilnahmen, wurden zahlreiche Themen und Probleme angesprochen. Die derzeitige Kernfamilie hatte seit mehr als einem Vierteljahrhundert ... mit helfenden Systemen zu tun ... auch die Interaktion der Herkunftsfamilie beider Elternteile mit professionellen Helfern war konfliktbeladen. Bei den vorgetragenen Problemen handelte es sich um Alkoholmissbrauch der Eltern, Vernachlässigung der Kinder, Eheprobleme und Verhaltensstörungen bei allen drei Kindern, mitunter schulische Probleme, Kriminalität und Drogenmissbrauch. ... Bei dieser Gelegenheit begegneten sich die Helfer zum ersten Mal in ihrer Gesamtheit. Die Haltung schwankte sowohl bei der Familie als auch bei den Helfern zwischen Hoffnung auf Fortschritt und Veränderung auf der einen Seite und tiefem Pessimismus und Verzweiflung auf der anderen Seite. ... Das Lager der Helfer teilte sich in die, die meinten, es handle sich um eine "gute" Familie und jene, die von einer "schlechten" Familie sprachen. Übereinstimmung hatten Familie und Helfer nur in einer Hinsicht erreicht, nämlich bezüglich Marlas Zukunft. Sie waren sich darin einig, dass Marla auch weiterhin ernsthaft Schwierigkeiten

haben werde und folglich eine Betreuung durch professionelle Helfer auch in Zukunft unumgänglich sei.

Familie und Helfer bildeten ein Makrosystem, das durch vorhersagbare Muster, vertraute Prozesse, einen "gemeinsamen Symptomträger" und eine pessimistische Haltung hinsichtlich einer möglichen Änderung gekennzeichnet war. Sowohl Familie als auch Helfer waren also auf eine Weise in diesem Makrosystem gefangen, die es ihnen unmöglich machte, die Beziehungsmuster so zu sehen, dass eine Veränderung möglich würde. Die Verbindung zwischen Familie und größeren Systemen hatte ein Eigenleben entwickelt, das schon über Generationen hinweg bestand, während einzelne Helfer ausgetauscht wurden.

Die scheinbar hartnäckigen Probleme zwischen Problemfamilien und größeren Systemen entsprechen oft einem Muster, das, nie erkannt, für alle Betroffenen rigide Rollen vorschreibt. Über Generationen hinweg zeigt eine Familie vielleicht dieselben Probleme und schlägt sich mit ähnlichen Lösungen herum, die keine sind.

Im Weiteren soll der Teufelskreis verdeutlicht werden, in den Problemfamilien und größere Systeme häufig geraten, und der kreative, wirksame Lösungen behindert. Insbesondere wird auf Muster und Themen der größeren Systeme, die sich auf die Beziehungsaufnahme mit Familien auswirken, eingegangen. Weiterhin wird der Aspekt "Beziehung ohne Ende" beleuchtet und Interventionsmöglichkeiten skizziert.

Muster und Themen größerer Systeme, die sich auf die Beziehungsaufnahme auswirken

Gemäß Imber-Black (1994, S.43f) ist ein Hauptfaktor, der sich auf die Beziehung zwischen Familie und größeren Systemen auswirkt, "in dem größeren Kontext des Hilfeleistens und Hilfeempfangens in unserer Kultur zu finden". Auch in der Arbeit mit Problemfamilien haben die meisten größeren Systeme noch immer den negativen Blickwinkel verinnerlicht, nach dem das Vorhandensein eines Problems auf Schwäche hindeutet. Der negative Blickwinkel bzw. der "Mythos der Unbehandelbarkeit" (Gold-

brunner 1996, S.64ff) prägt die Arbeit und dominiert häufig die Fallbesprechungen, aus denen Sozialarbeiter deprimiert und mitgenommen herauskommen. Eine solche Defizitorientierung verwährt den Blick auf Stärken und Fähigkeiten der Problemfamilien.

Weiterhin, so Imber-Black (a.a.O., S.44), führt der "negative Blickwinkel häufig zu einem Bedürfnis nach Spezialisierung, das für alle möglichen Aspekte einer Problemsituation einen bestimmten Helfertyp verlangt". Das Spezialisierungsphänomen impliziert, dass jeder Spezialbereich seine eigene Sprache spricht, was die Zusammenhänglosigkeit für Familie und Helfer gleichermaßen verstärkt. Grund hierfür ist, dass Helfer häufig nichts über die Arbeitsbereiche ihrer Kollegen wissen und sich nicht dafür interessieren. Oder, so Imber-Black (a.a.O., S.45), "sie arbeiten unangemessenerweise im Zuständigkeitsbereich des anderen, was wiederum die Familie verwirrt, da sie nicht weiß, wen sie eigentlich um Hilfe bitten soll".

Ein weiterer Aspekt des Umgangs von größeren Systemen mit Problemfamilien, der oft übersehen wird, sind die Aufträge der verschiedenen Dienste.

Allgemein gefasst definieren sich größere Systeme – und werden so von der Gesellschaft definiert - "als Fürsorgeanbieter für die Gesamtheit der Gesellschaft" (a.a.O., S.45). Dieser Auftrag bestimmt u.a. die Arbeit mit Problemfamilien.

Ein weiterer allgemein gesellschaftlicher Auftrag an dieselben Systeme besteht in der sozialen Kontrolle. Es wird erwartet, dass diese Systeme ihren - vor allem gesetzlichen- Auftrag, Gefahr oder Schaden für KlientInnen selbst bzw. für andere abzuwenden, erfüllen. Institutionen der sozialen Kontrolle haben gemäß Imber-Black (a.a.O., S.40) vorwiegend mit Menschen Kontakt, die sozial und materiell unterprivilegiert sind. D.h., u.a. haben insbesondere Problemfamilien Kontakt zu Institutionen der sozialen Kontrolle.

Innerhalb des größeren Systems gibt es oft tief greifende Spannungen zwischen dem Auftrag der Fürsorge und dem der sozialen Kontrolle. Für die Beschäftigten und die Problemfamilien entstehen dadurch gleichermaßen Verwirrung und Mystifikation. Pfeiffer-Schaupp (1997, S.190) spricht hier von dem "strukturell bedingten ambivalenten Charakter der Sozialen Arbeit, dem Doppelmandat "Hilfe und Kontrolle", bzw. der

Bestimmung durch Trägerinteressen und der Orientierung an Klientenbedürfnissen". Dieser Ambivalenz entspricht "auf der Klientenseite eine ebenso gelagerte Ambivalenz" (ebd.), d.h., einerseits erwarten Problemfamilien Hilfe, andererseits haben sie das Bedürfnis nach Unabhängigkeit von der Fürsorge.

Problemfamilien werden zudem häufig von mehreren Stellen gleichzeitig betreut, die mit unterschiedlichen Aufträgen arbeiten, verschiedene Ziele verfolgen oder widersprechende Strategien anwenden. Entsprechend "können auch Botschaften an Klienten innerhalb des größeren Systems widersprüchlich sein" (Imber-Black 1994, S.47). Das "Gestrüpp der Institutionen" (Imber-Black 1994) erschwert die Arbeit und lähmt selbst enthusiastische Veränderungs- und Hilfeversuche oft schon nach kurzer Zeit. Institutionelle Rivalitäten, gegenseitige Verärgerungen und Schuldzuweisungen kosten dann manchmal mehr Zeit, als die klientInnenbezogene Arbeit.

Ende der Beziehung bzw. Beziehung ohne Ende

Ein weiteres Muster großer Systeme ist die Überweisung mancher Problemfamilien an ein weiteres großes System, d.h. für manche Problemfamilien endet die Beziehung zu einem großen System durch die Überweisung an ein anderes großes System. Der Überweisungsprozess innerhalb größerer Systeme "übt eine starke Wirkung auf die Entwicklung der Beziehungen zwischen Familien und Außenstehenden aus sowie darauf, ob eine Familie viele Helfer bekommt oder nicht" (a.a.O., S.54). Der "Überweisungsakt ist in die spezifische Art der Beziehung zwischen Familie und Überweisungsstelle eingebettet" (a.a.O., S.55). Besteht eine gute Beziehung zwischen der Familie und dem Helfer, so kann eine Überweisung zu Schwierigkeiten in der neuen Beziehung führen, d.h. aus Loyalität der alten Beziehung gegenüber weigern sich insbesondere Problemfamilien, aktiv mit dem neuen Helfer zusammenzuarbeiten. Ist dagegen die Beziehung zwischen Familie und Helfer mit negativen Erfahrungen besetzt, empfindet die Familie die Überweisung an einen anderen Dienst möglicherweise als Zeichen der Schuld. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Überweisung ohne adäquate Erklärung vorgenommen wird.

Eine Überweisung kann laut Imber-Black bedeuten, "dass ein größeres System aus der Familiensphäre verschwindet und ein anderes an seine Stelle tritt. Sie kann auch bedeuten, dass ein neuer Helfer hinzukommt, während der ehemalige Helfer im Hintergrund bleibt, häufige und detaillierte Berichte erwartet, das Pensum der Arbeit bestimmt und tatsächlich Teil des zu berücksichtigenden Systems ist. Dies passiert am häufigsten, ..., wenn Familien gezwungen werden, Hilfe zu suchen" (a.a.O., S.56).

Als ein weiteres Beispiel beschreibt Imber-Black (ebd.) den Fall, dass Familien ständig Termine nicht einhalten, nicht erschienen bzw. zu Hause nicht erreichbar sind. Da Helfer in diesem Zusammenhang häufig davon ausgehen, dass bei den Familien keine ausreichende Motivation zur Zusammenarbeit besteht und die Familien ihrerseits davon ausgehen, dass die Helfer mangelndes Interesse haben, wird die Beziehung abgebrochen.

Gemäß Imber-Black (a.a.O., S.56ff) leben manche Familien in "scheinbar nie endenden Beziehungen zu größeren Systemen". Hierzu zählen u.U. auch Multiproblemfamilien, welche in einem Beziehungsnetz der größeren Systeme oft wohlbekannt sind, und weder die Familie, noch die Helfer können sich eine Zukunft ohne einander vorstellen. Entweder sie haben sich auf ein scheinbar unlösbares Problem geeinigt, oder aber es werden neue Probleme identifiziert, sobald ein bestimmtes Problem gelöst wurde. "Zum Phänomen 'Beziehung ohne Ende tragen mehrere Faktoren bei: die Interaktion einer Familie mit größeren Systemen, die auf einem Defizit-Modell über das Funktionieren der Familie basieren; divergierende Vorstellungen über Aufträge sowohl zwischen Familie und größeren Systemen als auch zwischen den jeweiligen größeren Systemen; und von einer Generation auf die nächste vererbte Einstellungen gegenüber Helfern" (a.a.O., S.56f).

Die Multiproblemfamilie stellt vielfach nicht das zentrale problemerhaltende System dar. Verschiedene Muster institutioneller Verstrickungen tragen mindestens ebenso zur Problemerhaltung bei. Kennzeichnend für Problemfamilien ist, dass i.d.R. mehrere Institutionen zugleich zuständig sind und oft widersprüchliche Ratschläge geben. Multiproblemfamilien erscheinen bei einer solchen Betrachtungsweise als adäquate Wider-

spiegelung eines "Multi-Problem-Dienstleistungssystems" (Pfeiffer-Schaupp 1997, S.199).

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Betroffene Familien isolieren sich von ihrer sozialen Umwelt, die Probleme durch den Alkohol werden verleugnet und abgewehrt. Die Familienmitglieder zeigen ein geringes Selbstwertgefühl, die Kinder entwickeln Angst und Unsicherheit (sie wissen nicht, auf was sie sich "einlassen" dürfen/können). Spannungen und Auseinandersetzungen sowie der Alkohol bestimmen den Alltag. Wut, Trauer und Enttäuschung werden nicht aktiv bewältigt, sondern verdrängt. Die Familie (die nicht betroffenen Mitglieder) versuchen, allen Anforderungen nachzukommen, sie zeigen gegenüber dem Alkohol (und dem Betroffenen Apathie), eine echte Kommunikation findet nicht mehr statt und die Kinder sind inkonsequentem Erziehungsverhalten ausgesetzt. Makrosysteme verschärfen das Problem durch einen negativen Blick und häufig auch durch Überweisungen.

Und folgende Fragen können den Inhalt dieses Kapitels vertiefen:

1. Welche Merkmale benennt Wegscheider für die alkoholranke Familie?
2. Wie beschreibt Rennert die Abwehrmechanismen und die Gefühlssituation in betroffenen Familien?
3. Vergegenwärtigen Sie sich zusammenfassend die Situation und die Folgen für die Kinder in suchtkranken Familien.
4. Wie verstärken größere Systemzusammenhänge das Problem?

Für den Praktiker in der Sozialen Arbeit ist beobachtbar:

1. Die betroffenen Familien isolieren sich von ihrer sozialen Umwelt.
2. Die Familien(mitglieder) verleugnen die wahrnehmbaren Realitäten.
3. Die Familienmitglieder zeigen ein geringes Selbstwertgefühl, Leistungen werden nicht als solche "angenommen".

Erkennen
Das System Familie unter suchtspezifischen Aspekten

4. In der Familie häufen sich Auseinandersetzungen, es kommt zu Aggressionen (auch Gewalttätigkeiten) untereinander.
5. Die Kinder sind ängstlich und unsicher.
6. Das Alltagsleben ist fest mit Alkohol verbunden bei gleichzeitigen Versuchen, allen Anforderungen zu entsprechen.
7. Alle Familienmitglieder (auch der Betroffene) entwickeln Fantasien und Tagträume.
8. Kinder entwickeln zusätzlich Scham und unspezifische Ängste, die dann durch die genannten Fantasien und Tagträume auch verringert werden können.
9. Die Kinder schweigen über die Situation (der Eltern und der Familie).
10. Die Kinder sind inkonsequentem Erziehungsverhalten ausgesetzt.
11. Viele Hilfsinstitutionen/-personen sind mit der Familie befasst und betrachten die Familie ausschließlich negativ.
12. Die Familie wird im Hilffsystem weiter gereicht (überwiesen).

2.2 CO-Abhängigkeit in der Alkoholikerfamilie

Mit Co-Abhängigkeit ist ein Verhalten der Angehörigen gemeint, dass das Verhalten des Betroffenen unterstützt, damit wird auch eine (rechtzeitige) Behandlung verhindert. Die Erscheinungsform Co-Abhängigkeit erhält damit größte Bedeutung für das Verstehen der Prozesse in einer betroffenen Familie. So wird ihr auch ein eigenes Kapitel gewidmet und Redundanzen werden bewusst in Kauf genommen. Co-abhängiges Verhalten ist ebenfalls durch einen Phasenverlauf gekennzeichnet (sporadisch, gewohnheitsmäßig, zwanghaft, süchtig) und zeigt typische Wesensmerkmale (Außenorientierung, Klammerbeziehung, Fürsorge, Erkrankungen usw.). Im Familiensystem zeigt co-abhängiges Verhalten, das es eine eigenständige Krankheit darstellt, die aber nur im System wirksam wird und einen Phasenverlauf (beschützen und erklären, kontrollieren, anklagen) aufweist. Besondere Bedeutung kommt dem "enabler" in der Familie zu, der durch verschiedene Formen suchtfördernden Verhaltens (Kontrolle, Übernahme von Verantwortung, Rationalisierung, Akzeptanz usw.) zum "Zuhelfer" für den Betroffenen wird.

Die Alkoholabhängigkeit betrifft nicht nur den Süchtigen selbst, auch seine Lebenspartner, seine Kinder und viele andere Personen in seinem nahen Umfeld. Von den negativen Auswirkungen bleiben diese nicht verschont. Rennert (in: DHS(2) 1993, S.27) erwähnt in diesem Zusammenhang eine "... Mit-Betroffenheit der Angehörigen durch die Sucht ...". Diese Mit-Betroffenheit wird als "Co-Abhängigkeit" bezeichnet.

Rennert (a.a.O.) berichtet, dass es bereits seit Ende der siebziger Jahre Veröffentlichungen darüber gibt, welche spezifische Entwicklung Familien durchlaufen. Die Angehörigen im nahen Umfeld nehmen ganz bestimmte Rollen ein, die dazu beitragen, das Suchtverhalten zu unterstützen.

Die Co-Abhängigkeit hat zwei Seiten (Rennert in: DHS(2) 1993, S.28):

1. Das Verhalten der Mit-Betroffenen unterstützt das Verhalten des Abhängigen und ermöglicht dadurch erst eine Weiterentwicklung.
2. Mit-Betroffene leiden aber auch unter dem Verhalten des Suchtkranken und ihrem eigenen. So werden sie in ihrer Lebensführung und ihrer Persönlichkeitsentwicklung erheblich eingeengt.

Die einzelnen Familienmitglieder zeigen unterschiedliche Formen des co-abhängigen Verhaltens und nehmen verschiedene Rollen im Zusammenleben ein. Vielfach versuchen Familienmitglieder, sich an das unvorhersagbare und wechselhafte Verhalten anzupassen, was nach Rennert (in: DHS (2) 1993, S.29) komplementäre Verhaltensweisen zu denen des Süchtigen zur Folge hat.

2.2.1 Der Begriff Co-Abhängigkeit

Die Vorsilbe "co" bringt "... die Mitbeteiligung eines anderen in Form einer gemeinsamen Tätigkeit zum Ausdruck" (Aßfalg 1990, S.7). Der Begriff "Co-Abhängigkeit" deutet auf eine "Krankheitsgemeinschaft" hin, an der mehrere beteiligt sind. So sind sowohl der Abhängige als auch der Co-Abhängige zwanghaft an ihr Verhalten gebunden und somit abhängig (vgl. Aßfalg 1990, S.7-9).

Der Begriff hat sich aus der Suchtkrankenhilfe und insbesondere aus der Arbeit der Selbsthilfegruppen entwickelt. So werden solche Verhaltensweisen als co-abhängig bezeichnet, die "... in der Interaktion mit einer suchtkranken Person auftreten." (Rennert 1990, S. 187). Im Zusammenleben mit dem Abhängigen zeigen die Angehörigen ein ausgeprägt fürsorgliches Verhalten. Sie wollen ihm helfen und ihm etwas Gutes tun, indem sie z.B. einen Großteil seiner Verantwortung übernehmen.

Abfalg (1990, S.7) bezeichnet die Co-Abhängigkeit jedoch als "die heimliche Unterstützung der Sucht", so dass sich die Angehörigen im Suchtprozess als Komplizen entpuppen, die die Abhängigkeit fördern und sich "... hinter einer Fassade scheinbar fürsorglichen Helfen-wollens" (a.a.O.) verstecken. Die Betroffenen entwickeln im Zusammenleben mit dem Suchtkranken ein zwanghaftes Verhalten.

Im Laufe der Zeit wurde der Begriff über den Suchtbereich hinaus ausgedehnt, da einige zwanghafte Verhaltensweisen, wie z.B. Essstörungen oder unkontrolliertes Spielen, zur Sucht erklärt wurden. Vorwiegend in Amerika wird auch dann von Co-Abhängigkeit gesprochen, "... wenn eine zwanghafte und schmerzhaft Reaktion auf irgendein Familiengeheimnis vorliegt" (Rennert 1990, S.187).

Die Begriffe "Co-Alkoholismus" und "Co-Alkoholiker" wurden ursprünglich zunächst in den Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker gebraucht, und sie stellen die Vorläufer des Begriffs "Co-Abhängigkeit" (Abfalg 1990, S.9) dar.

Der Begriff Co-Abhängigkeit bzw. "codependency" (Rennert 1990, S.89) existiert in der amerikanischen Suchtkrankenhilfe bereits seit Mitte der siebziger Jahre. Durch verschiedene Entwicklungen der Suchtarbeit in Amerika und ihre spezifische Arbeitsweise in diesem Bereich kam dieser Begriff auf und konnte im Laufe der Zeit auch mit Inhalt gefüllt werden.

Es wurde bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt erkannt, dass die Angehörigen nicht nur Opfer der Krankheit sind und darunter leiden, sondern dass diese auch Verhaltensweisen zeigen, die den Abhängigkeitsprozess aufrechterhalten.

Ausschlaggebend für das Aufkommen dieses Begriffs waren die Gründungen zahlreicher Selbsthilfegruppen von den Angehörigen der Suchtkranken. Vorbild und Grundlage ihrer Arbeit waren die Anonymen Alkoholiker. Gleichzeitig orientierten sich diese Selbsthilfegruppen auch an der professionellen Suchtkrankenhilfe in den USA, für die charakteristisch ist, dass genesene Betroffene in diesem Bereich tätig sind.

Zum Verständnis des Begriffs der Co-Abhängigkeit hat auch das "Konzept der chemical dependency" (Rennert 1990, S.91) beigetragen, das ebenfalls Mitte der siebziger Jahre zur Behandlung von Abhängigen angewandt wurde, aber auch die stärkere Anwendung der Familientherapie hat dabei ihren Anteil.

Einen weiteren wichtigen Einfluss auf die Verbreitung der Co-Abhängigkeit hatte auch die zunehmende Anzahl der Betroffenen, die sich im sozialen Bereich engagiert haben und ihre eigenen Suchterfahrungen in der helfenden Beziehung einbrachten. So stammt der Begriff von den Betroffenen selbst, und er fand durch die o.g. Entwicklungen in Amerika immer mehr Verbreitung (siehe Rennert 1990, S.91).

In der amerikanischen Suchtkrankenhilfe herrscht eine andere Auffassung über den Inhalt dieses Begriffs. Dort spricht man von einer Krankheit, die die betroffene Person beeinträchtigt und die genauso wie die Sucht behandelt werden muss. Darunter leiden Menschen, die zu dem Abhängigen eine enge Beziehung haben und von der Sucht betroffen sind (vgl. Schmieder 1992, S.18). Es handelt sich, nach der verbreiteten Aussage in den USA um "... Bündel aus typischen Persönlichkeitsmerkmalen, aus Verhaltensweisen, Einstellungen, Gefühlen, die im Zusammenleben mit einer suchtmittelabhängigen Person deren Krankheit unterstützt" (Schmieder 1992, S.18).

Daneben existieren ebenso auch Meinungen, die die Reaktionen der Angehörigen der Situation entsprechend als angemessen erachten und sie als natürliche "Anpassungsprozesse" sehen (Rennert 1990, S.188).

In der amerikanischen Suchtkrankenhilfe schließt dieser Begriff ebenso auch ein weiteres soziales Umfeld neben dem unmittelbaren Familiensystem mit ein, so z.B. der Arbeitskollege. So ist der Begriff "... Co-Abhängigkeit eingebettet in die Anschauungen und Arbeitsweisen der amerikanischen Suchtkrankenhilfe." (Rennert 1990, S.89).

Zahlreiche erwachsene Kinder von Alkoholikern trugen durch eigene Veröffentlichungen ihrer "Alkohol-Erfahrungen" (a.a.O.) dazu bei. Im Laufe dieser Zeit entstand mehr Klarheit darüber, was man darunter zu verstehen hat. Co-Abhängigkeit wird "...

zur Beschreibung von Personen verwandt, die mit einem Süchtigen zusammenleben oder eine enge Beziehung haben, und deren Leben dadurch beeinträchtigt ist." (Rennert 1990, S.89). Es handelt sich hierbei um ein Verhalten, das die Sucht der abhängigen Person unterstützt, was man bei Angehörigen als krankhaft bezeichnet.

In den USA herrscht die Meinung, dass es sich hierbei um eine Familienkrankheit handelt, von der alle Familienmitglieder betroffen werden, wobei die Symptome auch in größeren Systemen zu beobachten sind, wie z.B. am Arbeitsplatz.

In der Bundesrepublik Deutschland schenkte man diesem Begriff erstmals 1986 Beachtung:

Die DHS veröffentlichte damals im Rahmen einer Suchtwoche eine Definition des Begriffs Co-Alkoholismus (Schmieder 1992, S.19):

Co-alkoholische sind "Verhaltensweisen von Bezugspersonen des Alkoholkranken, die geeignet sind, seine süchtige Fehlhaltung zu unterstützen und eine rechtzeitige Behandlung zu verhindern" (Schmieder 1992, S.19).

Im Gegensatz zu den USA, in denen Co-Abhängigkeit einen festen Bestandteil der Suchtkrankenhilfe darstellt, ist er in Deutschland ein noch eher selten gebrauchter Begriff. Der Begriff Co-Alkoholismus kommt hier wesentlich eher zum Gebrauch. Die Tatsache, dass Co-Abhängigkeit eine Krankheit der Angehörigen ist, wird in Deutschland noch keineswegs so selbstverständlich angenommen, und der Gedanke stößt hier eher noch auf Abwehr.

Rennert (1990, S.194) sieht co-abhängiges Verhalten der Angehörigen immer im Zusammenhang mit dem Suchtkranken und seinen spezifischen Verhaltensweisen im Zusammenleben. Sie will dabei nicht grundsätzlich von einer Krankheit sprechen, da die Rollen der Personen durchaus auch positive Anteile haben, wie Wegscheider (1988, S.193) betont.

So definiert Rennert Co-Abhängigkeit folgendermaßen (Rennert 1990, S.194):

"Co-Abhängigkeit ist ein 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 existenzieller 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 Potenziale der Persönlichkeit."

Co-Abhängigkeit durchläuft eine Entwicklung, wobei nach Rennert (1990, S.194) verschiedene "Ausprägungen" zu unterscheiden sind. Co-Abhängigkeit bekommt dadurch mehrere Facetten: Sie kann nur unregelmäßig, aber auch völlig automatisch auftreten und auf die Persönlichkeit unterschiedliche Auswirkungen haben, so dass es auch als Persönlichkeitsstörung zu betrachten ist, mit der sich Cermak auseinander gesetzt hat (vgl. in: Rennert 1990, S.194).

Die Co-Abhängigkeit einer Person durchläuft eine Entwicklung, die "... durch zwei gegenläufige Prozesse" (Rennert 1990, S.195) gekennzeichnet ist:

Der Angehörige kämpft mit allen Mitteln, die Sucht unter Kontrolle zu bringen. Schließlich ist er der festen Überzeugung, dass dies nur von seinem Willen abhängig ist. Gleichzeitig wird der Spielraum für Entscheidungen immer kleiner und ebenso die Auswahl an Verhaltensweisen. Eine Weiterentwicklung wird so allmählich verhindert. Stattdessen ist die co-abhängige Person in einem "Circulus vitiosus" (a.a.O.) gefangen. Unerbittlich versucht sie jedoch, mit ihrer Willensstärke der Sucht entgegenzuwirken.

Die Entwicklung der Co-Abhängigkeit ist für Rennert (1990, S.194) ein Kontinuum. Sie stellt sie spiralförmig dar, um die kontinuierliche und gleichförmige Entwicklung zum Ausdruck zu bringen, wobei die einzelnen Windungen immer größer werden und die Spirale mit einem geschlossenen Kreis endet. Durch die Spiralförmigkeit bringt sie zum einen die Wiederholung bestimmter Verhaltenweisen zum Ausdruck und gleich-

zeitig auch ihre Steigerung. In den einzelnen Abschnitten der Spirale unterscheidet sich die Ausprägung des Verhaltens, wobei die Übergänge fließend sind (a.a.O.).

Rennert (1990, S.195f)¹⁸ unterscheidet vier verschiedene Phasen der Co-Abhängigkeit:

1. Sporadisch co-abhängiges Verhalten,
2. gewohnheitsmäßig co-abhängiges Verhalten,
3. co-abhängiges Verhalten in der Ausprägung eines Persönlichkeitsmerkmals (zwanghaft),
4. Co-Abhängigkeit als Störung der Persönlichkeit (süchtig).

Der "... Kampf um die Kontrolle" (a.a.O.) als Spezifikum des co-abhängigen Verhaltens beschränkt sich anfangs nur auf alltägliche Dinge und auf kleinste Bereiche. Im Laufe der Zeit kann die ganze Person davon eingenommen sein. Sie betont, dass die Spirale nicht zwangsläufig bis zum letzten Kreis durchlaufen wird.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Der Begriff "Co-Abhängigkeit" stammt aus der amerikanischen Suchtkrankenhilfe und hatte als Vorläufer die Begriffe "Co-Alkoholismus" und "Co-Alkoholiker". Er beschreibt ein Verhalten, dass die Sucht unterstützt und wird in Amerika als eigenständige Krankheit gesehen.

In Deutschland werden eher die Begriffe "Co-Alkoholismus" und/oder "Co-Alkoholiker" verwendet. Inzwischen spricht man aber auch von Co-Abhängigkeit und meint damit Verhaltensweisen von und Bezugspersonen selber (auch außerhalb der Familie, z. B. am Arbeitsplatz), die die Sucht unterstützen und eine Behandlung verhindern.

¹⁸ Rennert liefert einen fundierten und umfassenden Überblick, der auch in der Fachwelt entsprechend beachtet wurde. So erscheint es legitim, sich hier fast ausschließlich auf sie zu beziehen.

Auch die Co-Abhängigkeit zeigt einen Phasenverlauf. Dieser reicht von sporadisch gezeigten über gewohnheitsmäßig und zwanghaft gezeigten bis zu süchtigen Verhaltensweisen.

2.2.2 Kernsymptome der Co-Abhängigkeit

Mellody hat sich mit dem Phänomen der Co-Abhängigkeit beschäftigt und verschiedene Charakteristika und Symptome dieser Krankheit beobachtet.

Aufgrund ihrer Arbeit und Auseinandersetzung mit dieser Problematik ist sie zu dem Schluss gekommen, dass es fünf Kernsymptome der Co-Abhängigkeit gibt, mit denen die Betroffenen Schwierigkeiten haben (nach Mellody 1993, S.23f).

Sie ist überzeugt davon, dass Menschen, die co-abhängige Verhaltensweisen zeigen, bei ihrer Lebensführung zu leiden haben, sofern es zu keinerlei Auseinandersetzung mit dieser Krankheit kommt und keine Aufarbeitung und damit einhergehende Veränderung stattfindet.

Mellody beschreibt folgende Symptome (1993, S.27-63):

Schwierigkeiten mit angemessener Selbstachtung:

Co-Abhängige Personen besitzen nur sehr wenig Selbstachtung oder wissen oft gar nicht, was Selbstachtung ist. Sie haben nicht das Gefühl, wertvoll und einzigartig zu sein, vielmehr fehlt ihnen jegliche Wertschätzung für sich selbst. Diese mangelnde Selbstachtung kann sich nach Mellody (1993, S.27) auf zwei verschiedene Arten äußern:

Der eine Teil der Betroffenen ist überzeugt davon, dass sie weniger wert sind als die anderen Menschen, der andere Teil der Co-Abhängigen reagiert arrogant und überheb-

lich, und diese Menschen betrachten sich selbst als besser und wertvoller als alle anderen.

Schwierigkeiten, intakte Grenzen zu setzen:

Der Mensch besitzt verschiedene unsichtbare Grenzen, die für ihn verschiedene Funktionen erfüllen (vgl. Melody 1993, S.31): Das Individuum

1. schützt sich damit vor anderen, dass diese seine Grenzen nicht überschreiten und ihn verletzen.
2. selbst erfährt dadurch einen Schutz, nicht "... in die Sphäre anderer einzudringen und diese zu verletzen ..." (Melody 1993, S.31).
3. wird dadurch in die Lage versetzt, das Gefühl zu verkörpern, wer es ist.

Melody (a.a.O.) unterscheidet die äußere Grenze von der inneren Grenze.

Die Außengrenze des Menschen schützt ihn vor ungewollten körperlichen Berührungen, und gleichzeitig verhindert sie, dass das Individuum anderen ungewollt körperlich zu nahe tritt. Die innere Grenze des Menschen ermöglicht ihm, selbst die Verantwortung für sein Denken, Fühlen und Handeln zu übernehmen und niemand anderen dafür verantwortlich zu machen.

Das Individuum mit einer ausgebildeten Innengrenze übernimmt auch keinerlei Verantwortung für die Gedanken und Gefühle anderer. Es hat auch nicht das Ziel, diese zu kontrollieren und zu manipulieren.

Co-Abhängigen fällt es vielfach schwer, ihre äußere und innere Grenze deutlich zu machen. Diese Menschen bemerken nicht, wann sie selbst verletzt werden und wann sie jemand anderen verletzen.

Es fällt ihnen sehr schwer "... nein zu sagen oder sich zu schützen" (Melody 1993, S.34). Die Folge davon ist, dass sie von anderen ausgenutzt werden, zumal sie sich nicht berechtigt fühlen, dagegen vorzugehen und ihr nein kundzutun.

Einem Co-Abhängigen fehlt der Schutz für sich selbst, und gleichzeitig fehlt ihm das Gefühl für die Grenzen des anderen, die er deshalb unbemerkt überschreitet.

Schwierigkeiten, über die eigene Realität zu verfügen:

Mellody (1993, S.41) beschreibt Co-Abhängige als Menschen, die nicht in der Lage sind, ihre eigene Realität zu erfahren, also das, was jeden Menschen einzigartig macht und ihn von anderen unterscheidet. Co-Abhängige haben Schwierigkeiten damit, "... über die eigene Realität zu verfügen" (Mellody 1993, S.42). So können sie sich selbst nicht erfahren und sind sich ihres Selbst nicht bewusst (nach Mellody 1993, S.41).

Die "Realität" eines Menschen setzt sich nach Mellody (a.a.O.) aus vier Komponenten zusammen: Dem Körper, dem Denken, den Gefühlen und dem Verhalten. "Co-Abhängige haben Schwierigkeiten, über einige oder all diese Bestandteile zu verfügen, und zwar auf folgende Weise" (Mellody 1993, S.42):

- Was ihren Körper anbelangt, so können sie ihr Aussehen nicht im richtigen Licht sehen und sich über ihre Körperfunktionen nicht bewusst sein.
- Ihren Gedanken sind sie sich nur selten bewusst, und gleichzeitig fällt es ihnen auch schwer, diese zu äußern.
- Verschiedene Informationen werden verfärbt.
- Vielfach fällt es ihnen schwer, über ihre Gefühle Klarheit zu bekommen; im Gegensatz dazu können sie genauso gut von Gefühlen überwältigt werden.
- Sie werden sich nur sehr schwer klar darüber, was man tut bzw. vielmehr unterlässt.

Schwierigkeiten, die eigenen Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen und zu erfüllen:

Jeder Mensch hat Grundbedürfnisse, deren Befriedigung sein Überleben sichern. Mellody (1993, S.48) spricht auch von "... Abhängigkeitsbedürfnissen, ... die nur durch

Interaktion mit einer anderen Person befriedigt werden können." (Melody 1993, S.49). Trotz dieses "Abhängigkeitsverhältnisses" ist es jedoch wichtig, dass sich jeder Einzelne über seine Bedürfnisse im Klaren ist und für ihre Befriedigung selbst die Verantwortung übernimmt.

Co-abhängige Personen fehlt der Zugang zu ihren Wünschen und Bedürfnissen, was sich nach Melody (1993, S.49) auf vier verschiedene Arten äußern kann und ihrer Meinung nach von der individuellen Kindheitserfahrung abhängig ist:

1. Sie sind zu abhängig:

Sie sind sich über ihre Bedürfnisse im Klaren; sie erwarten jedoch, dass sie von anderen befriedigt werden. Nicht das Individuum selbst kümmert sich um ihre Bedürfnisse, sondern die anderen sollen dies tun.

2. Sie sind antiabhängig:

Sie wissen, dass sie Bedürfnisse haben und können sich diese auch zugestehen. Sie können jedoch zur Befriedigung keine äußere Hilfe annehmen und verzichten eher auf ihre Wünsche, als Unterstützung anzunehmen und so verletzlich zu wirken.

3. Sie haben weder Bedürfnisse noch Wünsche:

Diesen Menschen werden ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht bewusst.

4. Sie verwechseln ihre Bedürfnisse und Wünsche:

Sie bekommen keinen Zugang zu dem, was sie wirklich brauchen. Sie wissen dennoch, was sie wollen und bekommen es auch. Sie wissen nicht, ob sie ihre eigentlichen Bedürfnisse richtig beantworten.

Bezeichnend für den Co-Abhängigen ist es auch, dass er das Äußern von Bedürfnissen und Wünschen mit Selbstsüchtigkeit gleichsetzt. (Melody, 1993, S.27)

Schwierigkeiten, die Realität angemessen zu erfahren und auszudrücken:

Dieses Kernsymptom bezeichnet Melody (1993, S.55) als das offensichtlichste Symptom: Co-abhängige Personen wissen nicht, was Mäßigung ist. Sie verhalten sich auf irgendeine Art immer extrem. "Sie sind entweder völlig begeistert oder völlig desinteressiert, absolut glücklich oder absolut unglücklich. Der Co-Abhängige glaubt nicht, dass eine gemäßigte Reaktion auf eine Situation genug ist. Nur zu viel ist genug." (Melody 1993, S.55).

In allen vier Bereichen der Realität - im Bereich des Körpers, des Denkens, der Gefühle, des Verhaltens - legen sie extreme Verhaltensweisen an den Tag.

Bezeichnend für den körperlichen Bereich ist oftmals eine unangemessene Kleidung. Das eine Extrem sind Kleidungsstücke, die z.B. durch ihre Weite und Länge den Körper verdecken. Im anderen Extrem ist es auch möglich, dass co-abhängige Personen sehr auffällige Kleider tragen, die den Körper stärker zum Vorschein kommen lassen und ihn betonen. Auch bezüglich der Körperformen bzw. des Körpergewichts kommen zwei Extremformen vor.

Co-abhängige Individuen denken meist nur in zwei Kategorien. Für sie gibt es nur schwarz oder weiß, gut oder böse. Ansonsten gibt es für sie nur sehr wenige Schattierungen und alternative Möglichkeiten. Es fällt ihnen schwer, sich ihren Gefühlen bewusst zu werden und diese auch mitzuteilen.

Was das Erleben ihrer Gefühle angeht, so kennen sie hier auch keine Mäßigkeit, sondern empfinden entweder gar keine Emotionen oder extrem ausgeprägte.

Sie legen ebenfalls sehr extrem ausgeprägte Verhaltensweisen an den Tag; entweder vertrauen sie allen oder niemandem, lassen sich von jedem berühren oder von niemandem.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Co-Abhängige wenig Selbstachtung zeigen, aber auch arrogant auftreten können, sie können sich nicht abgrenzen und verfügen über keine eigene Realität, sie erkennen und realisieren nur wenig eigene Bedürfnisse sowie Wünsche, und sie verhalten sich extrem.

Zur Vertiefung der Ausführungen ist es sinnvoll sich zu vergegenwärtigen, welche Kernsymptome der Co-Abhängigkeit nach Melody zu benennen sind.

In der Praxis wird beobachtbar sein:

1. Co-Abhängige zeigen wenig Selbstachtung, reagieren aber (auch) mit
2. arroganten Verhaltensweisen.
3. Sie können nicht "nein" sagen, aber gleichzeitig (auch)
4. verletzend auftreten.
5. Sie äußern selten Bedürfnisse und Wünsche, wenn dann
6. fordern sie die Hilfe Dritter bei der Realisierung ein - oder sie
7. lehnen Hilfe strikt ab.
8. Co-Abhängige verhalten sich extrem, sie sind entweder
9. völlig und überschäumend begeistert oder
10. völlig und ablehnend desinteressiert, daher zeigen sie
11. ausgeprägte, extreme Emotionen (Lachen, Weinen, Begeisterung) oder
12. keinerlei emotionale Reaktionen.
13. Sie wählen (oft) extreme Kleidung (verhüllend oder betonend).
14. Sie haben die Tendenz zur Dichotomisierung (Schwarz-Weiß-Denken).

2.2.3 Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit

Co-abhängige Menschen gehen Beziehungen mit Süchtigen ein und weisen dieselben Merkmale wie diese auf, so dass Wilson-Schaef einen engen Zusammenhang zur Sucht sieht. "Co-Abhängigkeit ist einfach die Rückseite ein und derselben Medaille" (Wilson-Schaef 1989, S.47).

Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass manche Merkmale des Co-Abhängigen durch das Gesellschaftssystem unseres Kulturkreises geschätzt und auch unterstützt werden. So wird das Verhalten des Co-Abhängigen vielfach gefördert, und damit wird die Behandlung schwieriger als die des Alkoholikers, zumal die "... Krankheit die Kultur stützt und auf der anderen Seite diese die Krankheit fördert." (Wilson-Schaef 1989, S.48). Der Co-Abhängige verdrängt seine Gefühle nicht mit Alkohol, sondern durch zwanghafte Beziehungen, durch übermäßiges Essen oder durch Überfürsorglichkeit. So "... benutzen sie andere Substanzen in zwanghafter und suchterzeugender Weise" (Wilson-Schaef 1989, S.47).

Wilson-Schaef (1989, S.55-79) hat verschiedene Wesensmerkmale der Co-Abhängigkeit beschrieben:

Außenorientierung:

Das herausragendste Merkmal der Co-Abhängigkeit ist die Außenorientierung, also die Art und Weise, wie sich der Co-Abhängige selbst sieht und welches Verhältnis er zu seiner Außenwelt hat. In fünf Bereichen wird die Art und Weise der Außenorientierung deutlich:

- Beziehungssucht

Co-abhängige Menschen sind beziehungsüchtig: Eine Beziehung hat für sie die

gleiche Funktion wie der Alkohol für den Abhängigen. Die Menschen, um die sie sich kümmern, werden von den Co-Abhängigen abhängig (Wilson-Schaef 1989, S.47). Eine Beziehung ist für den Co-Abhängigen lebensnotwendig, da er sich selbst nicht als wichtig und wertvoll empfindet und auf die Bestätigung von anderen angewiesen ist. Er lebt fremdbestimmt und tut nahezu alles, um eine Beziehung aufrechtzuerhalten, da er sich sonst als völlig wertlos und nichtig fühlen. Er kann sich nicht vorstellen, für ein Gegenüber etwas zu bedeuten. So lebt er Beziehungen, in denen er sich selbst fast ganz aufgibt.

- Klammerbeziehungen

Die Beziehungen des Co-Abhängigen sind Klammerbeziehungen. Sie geben den Beteiligten zum einen Sicherheit und zum anderen verlieren diese Beziehungen ihre Fähigkeit zur Veränderung und zum Wachstum.

- Sich nicht abgrenzen können:

Co-abhängige Menschen können sich von anderen nicht abgrenzen, so dass sie ihre eigene Grenze nicht kennen und somit auch nicht wissen, wo die Grenze des Gegenübers ist. Sämtliche Empfindungen seiner Umwelt nimmt der Co-Abhängige als seine eigenen auf, so dass die Außenwelt für sein Fühlen und Denken verantwortlich ist und nicht sein ureigenstes Selbst. Dem Co-Abhängigen fehlt sein Selbst und das Wissen um seine eigene Grenze, so dass er die Gefahr läuft, unaufhaltsam von anderen vollkommen vereinnahmt zu werden. Das Verschwimmen der Grenzen von zwei Menschen verhindert eine wirkliche Begegnung.

- Täuschungsmanöver:

Der Co-Abhängige kann sich selbst nicht so annehmen, wie er ist. So versucht er, die anderen so zu täuschen, dass sie ihn so sehen, wie er gesehen werden möchte. Er ist ständig bemüht, einen guten Eindruck zu hinterlassen, da er nur durch die Bestätigung der anderen ein eigenes Wertgefühl bekommt. Er versucht mit allen Mitteln, den anderen zu gefallen, einen positiven Eindruck zu hinterlassen und er ist ständig

bestrebt, die Erwartungen der anderen zu erfüllen. Der Co-Abhängige entwickelt eine Sensibilität für die Bedürfnisse und Wünsche der anderen, an denen er dann sein Verhalten orientiert. Verhält er sich gemäß den Erwartungen der anderen, fühlt er sich akzeptiert. Stößt er dennoch auf Ablehnung, so wertet er dies als sein eigenes Versagen. Der Co-Abhängige zeigt und verhält sich nach außen anders, wie er sich innerlich fühlt, was eine offene und echte Kommunikation verhindert.

- **Kein Vertrauen in die eigene Wahrnehmung:**

Eine co-abhängige Person kann ihren eigenen Wahrnehmungen nicht trauen, so benötigt sie der Bestätigung von außen.

Übertriebene Fürsorge:

"Der Co-Abhängige ist immer ein 'guter Mensch'." (Wilson-Schaefer 1989, S.46). Da der Co-Abhängige ein sehr geringes Selbstbewusstsein hat, benötigt er die Bestätigung der anderen. So kümmert er sich gerne um andere und will immer helfen.

- **Sich unentbehrlich machen:**

Co-Abhängige tun alles, um von anderen gemocht zu werden, denn sie können sich nicht vorstellen, um ihrer selbst willen geliebt zu werden. Der Co-Abhängige macht sich für andere unentbehrlich, indem er für andere Dinge macht, die der Gegenüber selbst erledigen könnte. Er sorgt für andere, wird dadurch von ihnen gebraucht und macht sie von sich abhängig.

- **Der Märtyrer:**

Co-Abhängige sind Märtyrer, die ganz offensichtlich leiden. Sie gestehen sich ihr Leiden oftmals nicht ein, was wiederum eine Form des Leidens darstellt. Dadurch, dass sie leiden, wird z.B. die Familie zusammengehalten oder die Alkoholsucht des Partners vertuscht. Durch ihre Märtyrerrolle wird die verfahrenere Lebenssituation

der Familie länger aufrechterhalten, so dass es eine längere Zeit dauert, bis der Alkoholiker Hilfe sucht.

Körperliche Erkrankung:

Die Co-Abhängigkeit ist eine Krankheit, die ohne Behandlung bis zum Tode führen kann. Die Fürsorglichkeit für andere kann sich bis zur Arbeitssucht steigern (nach Wilson-Schaef 1989, S.46f). Die Sorge und die Arbeit für andere nimmt die co-abhängige Person so stark in Anspruch, dass sie unter funktionalen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten leidet. Co-Abhängige neigen zu Magen-, Darmbeschwerden, hohem Blutdruck, Rückenschmerzen, und sie haben ein erhöhtes Krebsrisiko. Sie zeigen auch Suchtstrukturen und damit einen zwanghaften Umgang mit Substanzen (z.B. Essstörungen, Arbeitssucht)¹⁹.

Selbstbezogenheit:

Die Selbstbezogenheit des Co-Abhängigen äußert sich auf subtile Art und Weise, während sie beim Alkoholiker sehr deutlich zum Vorschein kommt. In beiden Fällen hinterlässt sie jedoch eine verheerende Wirkung. Selbst bezogene Menschen glauben von sich, der Mittelpunkt der Welt zu sein, so dass ihr Ich im Zentrum steht. Die Co-Abhängigen beziehen all das auf sich, was einer nahe stehenden Person widerfährt. Der Co-Abhängige glaubt, dass alle Geschehnisse seines sozialen Umfeldes etwas mit ihm zu tun haben. "Er nimmt alles persönlich" (Wilson-Schaef 1989, S.68). Aufgrund seiner Selbstbezogenheit will er immer die Probleme der anderen lösen und lässt sie dadurch nicht selbst handeln. Er verspürt einen ständigen Vermittlungsdrang, der die Ordnung herstellen will. Indem der Co-Abhängige in starkem Maße die Verantwortung für andere übernimmt, unterstützt er deren Abhängigkeit von sich selber. Abhängige reagieren oft auf die Kontrolle und Manipulation mit heftiger Abwehr.

¹⁹ Eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen Arbeitssucht findet sich bei Breitsameter/Reiners-Kröncke, 1997.

Das Thema der Kontrolle:

Das Bedürfnis nach Kontrolle nimmt einen sehr wichtigen Platz im Leben eines Co-Abhängigen ein. Er ist davon überzeugt, dass er alles kontrollieren soll und dies auch kann. Er glaubt, dass er mit ausreichendem Engagement und Einsatz alles nach seinen Vorstellungen (zum Guten hin) wenden kann. Da der Co-Abhängige auch versucht, Unkontrollierbares unter seine Kontrolle zu bringen, führen übermäßige Anstrengungen zu körperliche Erkrankungen. Aufgrund fehlgeschlagener (Kontroll-) Versuche fühlt er sich vielfach als Versager, und er hat mit Depressionen zu kämpfen.

Gefühle:

- Nicht in Kontakt mit seinen Gefühlen:

Co-Abhängige sind immer nur für die anderen da und vergessen sich dadurch selbst. Sie sind ständig darauf bedacht, die Bedürfnisse des Gegenübers zu befriedigen und ihre Erwartungen zu erfüllen. Der Co-Abhängige verliert immer mehr den Kontakt und den Zugang zu seinen Gefühlen und seinen eigenen Wünschen. Er kann nie das tun, was er möchte. Er entwickelt nur Verständnis für die Empfindungen der anderen, nicht für die eigenen. Er selbst bezweifelt sein Recht auf eigene Gefühle, da er sonst von anderen nicht gemocht und ausgeschlossen werden könnte. Falls ihm seine Gefühle zugänglich werden, äußern sie sich in einem sehr starken Ausmaß.

- Verzerrte Gefühle:

Co-Abhängige haben gelernt, dass ihnen nur positive Gefühle bewusst werden dürfen, so dass sie andere, aufkommende Gefühle dementsprechend verändern.

Unehrlichkeit:

Der Co-Abhängige befindet sich in einem Netz von Lügen, was ihn krank macht. Er versucht, unangenehme Situationen durch Lügengeschichten zu meistern. Der Co-Abhängige ist unehrlich, wenn er die Umwelt täuscht, seinen eigenen Wahrnehmungen misstraut, seine eigenen Gefühle nicht spürt und wenn er nur die Erwartungen der anderen befriedigt.

Egozentrik:

Co-Abhängige haben das ausgeprägte Bedürfnis, gebraucht zu werden. Sie wünschen sich, mit einem anderen zu verschmelzen und an dessen Leben in vollem Umfang teilzuhaben. Sie wollen das Leben zusammen mit dem geliebten Gegenüber teilen. Co-Abhängige wollen an allem teilhaben, da sie sonst das Gefühl haben, verlassen zu werden, was eine angstausslösende Vorstellung für sie ist. (vgl. Wilson-Schaef 1986, S.73f).

Leichtgläubigkeit:

Ein häufig auftretendes Wesensmerkmal der Co-Abhängigkeit ist ihre Leichtgläubigkeit, was eine Form der Lüge vor sich und den anderen darstellt. Co-Abhängige sehen und hören nur das, was sie sehen und hören wollen. So glaubt der Co-Alkoholiker lange Zeit daran, dass der Alkoholiker mit dem Trinken aufhört und sich alles zum Positiven wendet. Da er seiner eigenen Wahrnehmung misstraut, keinen echten Kontakt zu seinen eigenen Gefühlen hat, ist er für Lügen von anderen sehr aufgeschlossen. (siehe Wilson-Schaef 1986, S.74f).

Verlust der eigenen inneren Moral:

Der Co-Abhängige verstrickt sich immer mehr in Unehrllichkeiten gegenüber sich selbst und seiner Umwelt. Dadurch zerstört er seine innere Moral, und er bekommt immer weniger Zugang zu seiner Spiritualität. Im Laufe des Krankheitsprozesses werden die Verstrickungen in Lügen immer stärker und somit selbstzerstörerischer. "Lügen ist eine schleichende Zerstörung unserer Spiritualität" (Wilson-Schaef 1986, S.75). Eine weitere Form der Selbstzerstörung stellt die stressbedingte Vernachlässigung des Körpers dar. Das kontrollierende Verhalten von Co-Abhängigen führt ferner auch zu seelischen Verletzungen der Beteiligten (nach Wilson-Schaef 1986, S.75f).

Angst, Starrheit, Rechthaberei:

Das Gefühl der Angst ist ein häufiger Lebensbegleiter von Co-Abhängigen. Die Ängste lassen den Körper, den Geist und die Seele des Co-Abhängigen immer starrer werden, so dass sie mit einer immensen Beharrlichkeit an dem errichteten Weltbild festgehalten wird. Die Folge von Angst und Starrheit ist Rechthaberei des Co-Abhängigen, die dadurch verstärkt wird, dass er immer wieder als bedrohlich wahrgenommene Erfahrungen macht (nach Wilson-Schaef 1986, S.76f).

Zusammenfassend wird festgestellt:

Co-Abhängige zeigen Merkmale wie Abhängige, ihr Verhalten wird aber gesellschaftlich unterstützt. Sie sind geprägt durch Außenorientierung, Beziehungssucht, Klammerbeziehungen und die Unfähigkeit, sich abgrenzen zu können. Mit Täuschungsmännern werden Beziehungen erhalten. Übertrieben Fürsorge und ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis macht Co-Abhängige unentbehrlich, befriedigt ihre egozentristischen Persönlichkeitsmerkmale, ruft durch Überbelastungen aber auch Krankheiten hervor. Unehrllichkeit einerseits und Leichtgläubigkeit andererseits halten Beziehungen aufrecht, die aber durch Starrheit und Rechthaberei des Betroffenen belastet werden.

Zwei Fragen dienen der Vertiefung des Verständnisses:

1. Welche Persönlichkeitsmerkmale sind bei Co-Abhängigen festzustellen?
2. Wie gestaltet der Co-Abhängige seine Beziehungen?

In der Sozialen Arbeit ist zu beobachten:

1. Co-Abhängige sind stark außen orientiert, sie erwarten Zuspruch und Anerkennung von Dritten (auch vom professionellen Helfer).
2. Sie versuchen, den Dritten zu vereinnahmen, dies geschieht auch durch Täuschungsmanöver und Lügen.
3. Co-Abhängige zeigen (oft) distanzloses Verhalten, sie vereinnahmen den Gegenüber.
4. Co-Abhängige sind "leidende Unentbehrliche" (ohne sie ginge in der Familie nichts mehr, die Belastung drückt sie [auch tatsächlich] zu Boden [Erkrankungen]).
5. Alle Vorkommnisse in der Familie und der Familienumwelt bezieht der Co-Abhängige auf sich.
6. Co-Abhängige zeigen ein hohes Kontrollbedürfnis und
7. Rechthaberei (auch gegenüber Dritten und damit auch gegenüber dem Sozialarbeiter/ -pädagogen).
8. Dies dient auch dazu, auch in Zukunft unentbehrlich zu bleiben.

2.2.4 Die co-alkoholischen Phasen

Parallel zum Krankheitsverlauf der Alkoholabhängigkeit durchläuft auch das co-alkoholische Verhalten einen Entwicklungsprozess. Hallmeier (in: Schmieder 1992, S.41f) beschreibt drei Phasen des co-alkoholischen Verhaltens:

Die Beschützer- oder Erklärungsphase:

In dieser Phase sucht der Co-Alkoholiker nach Erklärungen und Ursachen für den Alkoholkonsum des Abhängigen. Er versucht, das Verhalten des Betroffenen zu erklären. Sowohl unter den Familienmitgliedern selbst als auch mit Außenstehenden findet bezüglich der Lebenssituation keinerlei Austausch statt.

Der Alkoholiker spürt das Unausgesprochene in der Familie und fühlt sich für das Schweigen verantwortlich und schuldig. Sein dadurch sinkendes Selbstwertgefühl stellt für ihn einen weiteren Grund für den fortgesetzten Alkoholkonsum dar.

Die Kontrollphase:

In der Anfangsphase suchte der Co-Alkoholiker nach Begründungen für den Alkoholkonsum, um den Abhängigen zu schützen. Das Selbstwertgefühl des Betroffenen wurde immer geringer, und gleichzeitig wurde dadurch der Drang zur Alkoholabhängigkeit verstärkt. Die Beschützerfunktion des Co-Alkoholikers war für den Alkoholiker und seine Abhängigkeit kontraindiziert, so dass der Co-Alkoholiker das Gefühl hat, versagt zu haben.

Jetzt brechen die Erklärungen zusammen, so dass der Co-Alkoholiker in der Kontrollphase dazu übergeht, den Alkoholkonsum zu überwachen. Der Co-Alkoholiker übernimmt die Aufgaben für den Alkoholiker, die er im Normalfall selbst erfüllen müsste. So wird dem Betroffenen seine Unfähigkeit und seine Unkontrollierbarkeit demonstriert. Der Alkohol ist erneut für ihn das einzige Mittel, um gegen die Demonstrationen

ankämpfen zu können. Der Co-Alkoholiker dagegen ist verzweifelt, da seine Anstrengungen nicht das von ihm angestrebte Ziel erreichen.

Die Anklagephase:

Die misslungenen Bemühungen machen den Co-Alkoholiker immer enttäuschter und verzweifelter. Während der Co-Alkoholiker den Alkoholkonsum kontrollieren will, indem er ihm z.B. Alkoholflaschen ausgießt, entwickelt der Betroffene immer mehr Ideen, wo er seinen Alkohol verstecken kann.

Der Co-Abhängige versucht, dem Alkoholkranken Schwierigkeiten in den verschiedenen Lebensbereichen aus dem Weg zu räumen, indem er z.B. seine Trinkschulden bezahlt oder ihn beim Arbeitgeber entschuldigt. Da der Abhängige weiterhin Alkohol trinkt und es durch die Verhaltensweisen des Co-Abhängigen noch mehr Trinkanlässe gibt und/oder keine Gründe aufzuhören vorgefunden werden, wird der Co-Abhängige immer unzufriedener. Seine Unzufriedenheit macht sich in der Anklagephase durch Vorwürfe und Schuldzuweisungen gegenüber dem Abhängigen bemerkbar. So gelingt es dem Co-Abhängigen, sein Selbstwertgefühl, das durch die misslungenen Versuche stark gelitten hat, zu stabilisieren.

Schmieder (1992, S.42) spricht von einem "co-alkoholischen Passionsweg", den der Co-Alkoholiker im Zusammenleben mit dem Abhängigen geht. So sind die Verhaltensweisen und die Bemühungen, die der Co-Alkoholiker unternimmt immer suchtfördernd, "... die gut gemeinte Tat, welche die bösen Geister wachhält" (a.a.O.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Co-Abhängigkeit zeigt, ähnlich wie die Erkrankung selber, einen Phasenverlauf. Der Co-Abhängige erklärt zunächst das Verhalten des Betroffenen. Ein Austausch über die Probleme findet dabei aber nicht statt. Gleichzeitig wird der Abhängige "beschützt, Probleme werden "beseitigt". Der Abhängige fühlt sich dabei immer wertloser, was ein erneuter Grund zum Trinken ist. Der Co-Alkoholiker geht nun dazu über, das

Trinken zu kontrollieren, was aber auf Grund des "Geschickes" des Abhängigen nur unzureichend gelingt. Da dem Abhängigen demonstriert wird, dass er sich nicht kontrolliert verhalten kann, leidet sein Selbstwertgefühl weiter, was wieder ein Grund ist, weiter (oder noch mehr) zu trinken. Die Bemühungen des Co-Abhängigen, den Abhängigen vom Suchtmittel weg zu bringen, scheitern und der Co-Abhängige geht von einer beschützenden Haltung in eine Anklagephase über. Der Co-Abhängige kann mit diesen Anklagen sein Selbstwertgefühl stabilisieren, das Selbstwertgefühl des Abhängigen wird weiter reduziert.

Wieder können zwei Fragen der Vertiefung dienen:

1. Der Phasenverlauf der Alkoholkrankheit und der Co-Abhängigkeit sind wichtig, um Verhalten verstehen zu können. Verdeutlichen Sie sich daher die Phasen (beim Abhängigen und beim Co-Abhängigen).
2. Bringen Sie ihr bisher vorhandenes Wissen über Co-Abhängigkeit in einen Zusammenhang mit den Phasen!

Die Praxis der Sozialen Arbeit erlaubt folgende Beobachtungen:

1. Co-Abhängige übernehmen Erklärungen für das Trinkverhalten und entschuldigen den Betroffenen.
2. Co-Abhängige nehmen dem Abhängigen Probleme ab, "meistern" durch die Sucht entstandene Probleme.
3. Der Abhängige "leidet" unter dieser falschen Hilfe und trinkt mehr, um sein Schuldgefühl zu ertrinken.
4. Co-Abhängige kontrollieren den Alkoholkonsum und/oder versuchen, ihn zu verhindern (es kann vorkommen, dass der Co-Abhängige selber mit dem Trinken beginnt [was ich trinke, kann er nicht trinken]).
5. Der Abhängige sieht keinen Grund, mit dem Trinken aufzuhören, da der Alltag durch die Hilfe des Co-Abhängigen trotz Alkoholkonsum bewältigbar erscheint.

6. Der Co-Abhängige geht zu Anklagen und Schuldgefühlen über, damit kann er sich "rechtfertigen" und sein Selbstwertgefühl stabilisieren.
7. Der Abhängige verliert im Laufe des Prozesses immer mehr ein positives Selbstwertgefühl - was auch verbalisiert wird (ich bin nichts wert, wenn meine Frau nicht alles schaffen würde usw.).

2.2.5 Das suchtfördernde Verhalten und die Rolle des "enabler"

Zuhelfer haben für die Aufrechterhaltung der Krankheit eine besondere Bedeutung, daher wird hier genauer und intensiver auf sie eingegangen. Es ist zu klären, wie sie sich verhalten und wie sie ihre Rolle ausfüllen. Auch sind Eigenschädigungen der Zuhelfer aufzuzeigen.

Der Alkoholiker legt bereits zu Beginn seiner Sucht ein Verhalten an den Tag, das in den verschiedenen Lebensbereichen negative Folgen für ihn hat. Sein "... ungesundes, verantwortungsloses und unsoziales Verhalten ..." (Wegscheider 1988, S.96) würde ihn bereits sehr früh zwingen, seiner Sucht bzw. den unangenehmen Begleiterscheinungen ins Auge zu schauen.

Im Leben eines Suchtkranken bzw. Alkoholikers spielen die Angehörigen bzw. engere Bezugspersonen eine nicht unbedeutende Rolle. Von Anfang an unterstützen sie ihn in seiner Krankheit, indem sie für ihn z.B. Entschuldigungen und Rechtfertigungen suchen oder Fehler vertuschen. Wegscheider bezeichnet das Verhalten als "Zuhelfen" (a.a.O.). Rennert spricht von "suchtfördernde(m) Verhalten" (1990, S.53), das sie im Umgang mit dem Abhängigen an den Tag legen.

Diese spezifischen Verhaltensweisen bewirken eine Fortführung und Stabilisierung der Sucht. Die Personen im nahen Umfeld des Abhängigen verfolgen damit das Ziel, den Alkoholiker vor den Folgen seiner Sucht zu bewahren und versuchen alles, um eine Auseinandersetzung mit der Sucht und ihren Folgen zu verhindern. Sie wollen die

Schwierigkeiten, die auf den Süchtigen und sie selbst zukommen von sich fernhalten und das "böse Ende" (Wegscheider 1988, S.96) so weit es geht, hinauszögern.

Personen, die dem Abhängigen emotional besonders nahe stehen, z.B. die Ehefrau, aber auch das älteste Kind, haben die "Enabler Rolle" (Rennert 1990, S.53) inne, die Wegscheider auch als "chief enabler" (Wegscheider 1987 in: DHS(2) 1993, S.29) bezeichnet und die in der amerikanischen Literatur "primary enabler" genannt werden.

Für Wegscheider (1988, S.96) gibt es viele Personen, die durch ihr Verhalten eine Konfrontation des Süchtigen mit seinem Verhalten verhindern wollen, aber dennoch nur einen "eigentliche(n) Zuhelfer" darstellen. "In der Regel ist dies der Mensch, der dem Süchtigen am nächsten steht, d.h., meistens der Ehepartner" (Wegscheider 1988, S.96). Dennoch kann diese Rolle, entsprechend der Familienverhältnisse, auch von anderen Personen, z.B. von der Geliebten oder der ältesten Tochter, übernommen werden. (siehe Wegscheider 1988, S.97). Sie geht davon aus, dass die "Enabler-Rolle" vorwiegend von Frauen ausgefüllt wird.

An sich kann die enabler-Rolle innerhalb der Familie von unterschiedlichen Personen gespielt werden, wobei Rennert (in: DHS(2) 1993, S.30) jedoch auch betont, dass die Frauen von Alkoholikern, bzw. die Frau ganz allgemein, dazu prädestiniert sind/ist. Sie erklärt dies aufgrund der weiblichen Rollenzuschreibung in der Gesellschaft:

Ihre Verantwortungsübernahme und ihr ausgeprägtes Kümmern um den suchtkranken Partner ist zunächst ein Verhalten, was der Frau zugeschrieben und von ihr erwartet wird. Erst im Laufe der Suchtentwicklung wird dieses zuvor erwartete Verhalten allmählich negativ bewertet. So gibt es in suchtkranken Familien im Allgemeinen eine Person, die unter der Sucht des Abhängigen besonders stark leidet und ganz spezifisch darauf reagiert. Es handelt sich um Personen, denen es, gegebenenfalls auch aufgrund ihrer Biografie, leicht fällt, Verantwortung für andere Menschen zu übernehmen.

Dem Verhalten der Co-Abhängigen, das unbewusst realisiert wird, liegen die unterschiedlichsten Motive zugrunde:

Das Verhalten wird aus Liebe und Loyalität, aber auch aus Scham und aus Angst vor den möglichen Folgen, gezeigt. Vielfach sind die Zuhelfer davon überzeugt, dass dies ihr einziger Ausweg ist. Sie legen Verhaltensweisen an den Tag, die, entgegengesetzt ihrem angestrebten Ziel, zur Folge haben, dass sich die Sucht dadurch stabilisieren und weiterentwickeln bzw. stärken kann. Diese enabler sind von der Situation am stärksten betroffen und reagieren auf ihr eigenes Leiden unbewusst mit Verhaltensweisen, die die Sucht fördern.

Nelson (in: Rennert 1990, S.53) geht von sechs verschiedenen Verhaltensstilen aus, die für Co-Alkoholiker typisch sind, von denen viele gleichzeitig praktiziert werden, so dass sie auch nebeneinander auftreten können. Manche co-abhängige Personen weisen bevorzugt einen ganz bestimmten Verhaltensstil auf. Das Vermeiden und Beschützen und das Kontrollieren sind Verhaltensweisen, die am häufigsten gezeigt werden.

Verschiedene Formen suchtfördernden Verhaltens (nach Nelson in: Rennert 1990, S.53):

Vermeiden und Beschützen:

Die co-abhängige Person versucht, durch dieses Verhalten den Abhängigen aber auch sich selbst zu schützen, die negativen Konsequenzen seiner Sucht nicht bewusst zu machen. (nach Nelson in: Rennert 1990, S.53).

Dieses Verhalten tritt vorwiegend in der ersten Phase des Co-Alkoholismus auf. In Bezug auf die Folgen der Alkoholabhängigkeit hat der "Zuhelfer" illusorische Vorstellungen. Zum einen wird der Abhängige davor bewahrt, sich über seine alkoholbedingten Schäden bewusst zu werden, zum anderen verharmlost der Co-Abhängige die Lebenssituation und hält das Bild der heilen Welt aufrecht (nach Schmieder 1992, S.43).

Versuch, den Konsum der abhängigen Person zu kontrollieren:

Mit diesem Verhalten will die co-abhängige Person selbst den Drogenkonsum des Abhängigen kontrollieren. Co-Abhängige Personen zeigen dieses Verhalten insbesondere in der zweiten Phase des Co-Alkoholismus. Der Co-Alkoholiker übernimmt dadurch ein Stück Verantwortung, da er die Kontrolle über den Alkoholkonsum übernimmt, die der Abhängige selbst bereits verloren hat.

Die Kontrollbemühungen des Co-Abhängigen nehmen immer größere Ausmaße an und beschränken sich bei weitem nicht mehr ausschließlich auf den Alkoholkonsum. So kommt es z.B. zur Verweigerung des Geschlechtsverkehrs, Androhungen, sich umzubringen oder zum Fernbleiben vom Arbeitsplatz (um sich um den Partner kümmern zu können). Für den Abhängigen stellen diese Situationen weitere Trinkmotive dar. Gleichzeitig wird von der eigentlichen Problematik der Abhängigkeit abgelenkt. (nach Schmieder 1992, S.43).

Übernehmen von Verantwortlichkeit:

Die co-abhängige Person legt ein Verhalten an den Tag, mit dem sie dem Abhängigen in verschiedenen Lebensbereichen (z.B. im Haushalt oder auch am Arbeitsplatz) Verantwortung abnimmt. Sie übernimmt z.B. ganz alltägliche Aufgaben, die ursprünglich vom Abhängigen verrichtet wurden oder sie kümmert sich durch eine Beschäftigung um das Familieneinkommen. Dem Abhängigen wird immer mehr Verantwortung genommen, und er wird ein Stück weit auch entmündigt. Der Abhängige kann sich dadurch aber noch intensiver um seinen Alkohol kümmern, und die negativen Folgen können weiterhin verdeckt bleiben. (nach Nelson in: Rennert 1990, S.54).

Rationalisieren und Akzeptieren:

Die co-abhängige Person verhält sich so, dass sie den Drogenkonsum rationalisieren und akzeptieren kann. Sie sucht nach rationalen Erklärungen für den Alkoholkonsum. Sie findet immer wieder Begründungen: "Er ist beruflich so gestresst"; "Er muss einfach abschalten", die das Trinken des Abhängigen rechtfertigen. (a.a.O.).

Kooperation und Kollaboration:

Die co-abhängige Person unterstützt den Abhängigen beim Konsum, z.B., indem sie sich bei der Beschaffung, aber auch beim Gebrauch beteiligt.

Retten und sich dem Abhängigen nützlich machen:

Mit diesem Verhalten beschützt der Co-Abhängige den Abhängigen in sehr ausgeprägtem Maße, und er nimmt ihm gegenüber ein unterwürfiges Verhalten ein. Die helfenden Verhaltensweisen - die co-abhängige Person besorgt Alkohol und beseitigt das Erbrochene - reichen bis zur Selbstaufgabe. Durch ihre aufopfernde Liebe will die co-abhängige Person den Abhängigen an sich binden und ihn zusätzlich von sich selbst abhängig machen (siehe Nelson in: Rennert 1990, S.54).

Das "Zuhelfen" beginnt, vergleichbar wie die Abhängigkeit selbst, zunächst fast unmerklich und nimmt im Laufe der Weiterentwicklung der Krankheit stärkere Ausmaße an. So beschränkt sich das "Zuhelfen (enabling)" (Wegscheider 1988, S.100) zunächst darauf, den Alkoholiker lediglich zu entschuldigen oder Erklärungen für sein Trinkverhalten abzugeben. Je stärker die Symptome der Abhängigkeit in den Vordergrund treten, umso ausgeprägter tritt das Zuhelfen auf, "... das ein klassisches, zwanghaftes und vorhersehbares Muster ..." (a.a.O.) annimmt.

Die Person, die die enabler-Rolle einnimmt, ist sich nicht bewusst, dass sie suchtfördernde Verhaltensweisen an den Tag legt. Rennert (1990, S.57) berichtet, dass diese Personen im Umgang mit dem Abhängigen von Anfang an das Gefühl haben, ihm helfen zu müssen, so dass es keine freie Entscheidung ist, "helfend" beizutragen. Rennert (in: DHS(2) 1993, S. 30) betont in diesem Zusammenhang die Angst, aus der heraus die "leidende Person" diese Rolle innerhalb des Familiensystems übernimmt; sie zeigt dieses Verhalten nicht freiwillig, sondern aufgrund ihrer Befürchtung, dass ohne sie die ganze Familie unter der Situation zu leiden habe.

Nach Rennert (1990, S.57) überkommt viele Enabler folgendes Gefühl: "Wer soll sich denn kümmern, wenn nicht ich?" (a.a.O.). Die Motivation ihres Verhaltens gründet sich anfangs zunächst auf Liebe und Loyalität dem Abhängigen gegenüber. Später bestimmt die Angst das Verhalten, sich mit den negativen Folgen der Sucht auseinander setzen zu müssen.

Ebenfalls wie die Sucht eine allmähliche Entwicklung durchläuft, so übernimmt die co-abhängige Person die enabler-Rolle ebenfalls Schritt für Schritt.

Zu Beginn ist z.B. die Verantwortungsübernahme der co-abhängigen Person nur gering wahrnehmbar, während sie im Laufe der Zeit immer mehr Entscheidungen für den Abhängigen übernimmt. Der chief-enabler gewöhnt sich daran, Verantwortung für den Suchtkranken zu übernehmen und versucht, sein Trinkverhalten unter seine Kontrolle zu bringen. Vielfach übernimmt er Verantwortung in Lebensbereichen, für die zuvor der Abhängige zuständig war.

Nach Rennert (1990, S.58) zeigt das Verhalten der enabler-Person im Laufe der Zeit zwanghaften und vorhersagbaren Charakter. Die co-abhängige Person läuft Gefahr, dieses Verhalten anzunehmen, sobald sie damit beginnt, Verantwortlichkeiten des Abhängigen zu übernehmen.

Dies geschieht nicht durch einen bewussten Entschluss, sondern lediglich aus einem Gefühl heraus, die Verantwortung für den Betroffenen übernehmen zu müssen. Es ist dies dann der Fall, wenn der Abhängige immer unzuverlässiger wird und verschiedene Angelegenheiten, die in seinem Verantwortungsbereich liegen, nicht mehr ausreichend erledigen kann. Damit das Zusammenleben dadurch nicht in Mitleidenschaft gezogen wird, sieht die co-abhängige Person die Lösung nur darin, sich um verschiedene Dinge selbst zu kümmern. So erfüllt beispielsweise die Frau eines Alkoholikers sowohl die Rolle der Mutter als auch die des Vaters; sie kümmert sich um die finanziellen Mittel der Familie und entschuldigt den Alkoholiker am Arbeitsplatz. Sie versucht insgesamt, den Abhängigen vor negativen Folgen zu schützen.

Rennert (1990, S.58) bezeichnet diese Verhaltensweisen auch als "Hilfs- und Rettungsaktionen", zumal der enabler den Abhängigen davor schützt, sich mit den Konsequenzen seines Verhaltens auseinander setzen zu müssen. Der Co-Abhängige übernimmt somit Verantwortlichkeiten für den Abhängigen und befreit ihn vielfach von der Last, seine Pflichten zu erfüllen.

Diese "überverantwortliche Haltung" (Rennert 1990, S.59), die jegliche Konfrontation des Abhängigen mit der Sucht verhindert, hat zur Folge, dass der Abhängige seine Sucht fortführen kann, da er vor möglichen Krisen geschützt wird. Diese wären aber für eine mögliche Genesung Voraussetzung.

Die vielfachen Probleme und Belastungen sowie die spezifische Rolle des enabler lassen die eigenen Bedürfnisse der co-abhängigen Person in den Hintergrund treten. So bleibt die Verantwortungsübernahme nicht ohne negative Folgen für diese Person selber. Im Laufe der Suchtentwicklung der abhängigen Person sorgt sie sich in immer stärkerem Maße um den Süchtigen und vernachlässigt in gleichem Maße ihre eigene Person. Für ihr eigenes Wohlbefinden übernimmt sie immer weniger Verantwortung. In der Rolle des Zuhelfers kann der Co-Abhängige zwar seine Leistungsfähigkeit unter Beweis stellen, er unterliegt aber durch die zahlreichen Probleme und seine Anstrengungen, eben diese Probleme zu meistern, einer immense Belastung, die ihm die Freude am Leben erheblich erschwert.

Rennert erwähnt jedoch (1990, S.59) auch eine andere Seite dieser Rolle. Durch die Verantwortungsübernahme können Co-Abhängige Stärken entwickeln, und sie können unter Beweis stellen, was sie alles leisten können. Nach Walcker-Mayer (in: Rennert 1990, S.59) werden die enabler dadurch noch in der Rolle der Verantwortlichen bestärkt.

Die Person, die sich in der enabler-Rolle befindet, macht nach Rennert (1990, S.61) eine Weiterentwicklung durch. Sie gelangt schließlich in eine sog. "kritische Phase" (a.a.O.).

Sie kümmert sich in so ausgeprägtem Maße um den Suchtkranken, dass sie als Mensch mit eigenen Wünschen, Bedürfnissen und Interessen überhaupt nicht mehr existiert. In dieser Phase hängt das Selbstwertgefühl des Co-Abhängigen ausschließlich davon ab, inwiefern er von der abhängigen Person gebraucht wird. Wird ihm dieses Gefühl vermittelt, so gewinnt er dadurch für sich genügend Selbstachtung. Die Person des Zuhelfers hat in dieser Phase so viel Kraft, Energie und Zeit für die Familie verwendet, dass sie nun erschöpft und ausgelaugt ist. Der Zuhelfer ist einem immensen Stress und einer starken Belastung ausgesetzt, so dass er im fortgeschrittenen Stadium der Alkoholabhängigkeit immer mehr an seine psychischen und physischen Grenzen stößt, zumal er mit allen Mitteln versucht, das Familienleben aufrechtzuerhalten und diese Last alleine trägt.

Nach Rennert (a.a.O.) bemerkt die co-abhängige Person, dass ihre Bemühungen, die Familie in Ordnung zu halten, nicht gelingen. Es entstehen erhebliche Selbstzweifel, die durch Vorwürfe (von der Außenwelt und der Restfamilie) verstärkt werden, als Folge bauen sich Schuldgefühle auf. So beschreibt Wegscheider (1988, S.101) Zuhelfer auch als Personen, die mit starken Selbstzweifeln zu kämpfen haben.

Hinzu kommt noch das Verhalten des Alkoholikers, durch das das Selbstwertgefühl zusätzlich in Frage gestellt wird.

Der Zuhelfer wird zum Opfer von Verletzungen und Projektionen des Abhängigen. Er macht den enabler für alles verantwortlich, überträgt seine Schuld, seinen Selbsthass und seine Verzweiflungen auf ihn, er macht ihm Vorwürfe und kritisiert ihn für alles und nichts.

Trotz des großen Einsatzes werden die Probleme immer größer, so dass erhebliche Selbstzweifel aufkommen. Nach Wegscheider (1988, S.101ff) entwickelt sich ein erheblicher Selbsthass, der nur dadurch erträglich wird, dass der enabler aufkommende negative Gefühle unterdrückt. In diesem Stadium beginnt derselbe Mechanismus wie beim Abhängigen selbst: Der enabler überträgt nun Gefühle von Schuld und Wut auf den Abhängigen. Das Gefühl, versagt zu haben und an der familiären Situation schuld

zu sein, versucht die co-abhängige Person auf die gleiche Art und Weise wie der Suchtkranke von sich fernzuhalten. "Sie baut ihre Abwehrmechanismen auf und stellt ihre Gefühle ab" (Rennert 1990, S.61). So projiziert sie ihrerseits auf den Abhängigen negative Gefühle, wie Ärger und Wut, und macht ihm Vorwürfe. Nur auf diesem Weg kann die co-abhängige Person den Selbsthass und die Schuldgefühle von sich fernhalten und weiterhin ihre Aufgaben in der Familie übernehmen.

Nach Rennert (1990, S.62) zeigen die Personen in der enabler-Rolle vielfach verschiedene Formen des selbstzerstörerischen Verhaltens, wie z.B. zwanghaftes Essen oder Hungern, aber auch Missbrauch von Nikotin, Alkohol, Medikamenten usw. Rennert (1990, S.62) erwähnt auch, dass die Liebe zur abhängigen Person in Hass umschlagen kann, zu einer Trennung kommt es aber, aufgrund der dargestellten Bedingungen (noch) nicht.

Während die abhängige Person sich mithilfe der Droge zerstört, zerstören die Hassgefühle allmählich die co-abhängige Person. Sie selbst wird zu einem verbitterten und harten Menschen (vgl. Rennert 1990, S.62), der das Gefühl hat, in der Situation gefangen zu sein und dieser hoffnungslos und völlig verzweifelt gegenüberzustehen.

Eine weitere Belastung ist das weitgehende Unverständnis der Außenwelt, die dem Abhängigen, der als krank betrachtet wird, Verständnis entgegenbringt. Das überfürsorgliche Verhalten der co-abhängigen Person wird dagegen als negative Persönlichkeitseigenschaft (besitzergreifend, klammernd, bevormundend) bewertet und oft als Ursache der Abhängigkeit des anderen Familienmitgliedes betrachtet.

Zusammenfassend für dieses Kapitel wird festgehalten:

Suchtkranke erhalten durch Bezugspersonen aus dem nahen sozialen Umfeld Unterstützung. Wohlgemeinte Hilfe wird zum "Zuhelfen" für die Fortsetzung des Suchtverhaltens. Personen, die dem Süchtigen besonders nahe stehen wechseln in die "enabler-Rolle". Diese Rolle beinhaltet Verantwortungsübernahme, ausgeprägtes Kümmern,

Entschuldigen, Rechtfertigen, Vertuschen. Enabler zeigen typische Verhaltensweisen (z. B.: Beschützen, Konsumkontrolle, Rationalisieren, Kooperation, Retten usw.). Diese Verhaltensweisen werden nach und nach realisiert und sind als Schutz- und Rettungsaktion gedacht. Co-Abhängige können in dieser Rolle Stärken entwickeln, stoßen aber mit Sicherheit an ihre Grenzen, da ihr Verhalten nur dazu dient, das Suchtverhalten aufrechtzuerhalten. Schuldgefühle sind die Folge, die zu selbstzerstörendem Verhalten führen. Gegenüber der abhängigen Personen werden Hassgefühle von großer Intensität entwickelt, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung machen sich breit

Zur Vertiefung sind folgende Fragen hilfreich:

1. Welche Formen des suchtfördernden Verhaltens werden von Nelson benannt?
2. Was genau macht die Rolle des "enablers" aus?
3. Warum und wie schädigt sich der Co-Abhängige selber?
4. Wie reagiert die Umwelt auf diese Familiensituation?

Ist der Sozialarbeiter/-pädagoge bereit zu erkennen (und hält ihn nicht Angst oder Unbehagen von einer Erkenntnis/ Konfrontation ab) wird er den enabler schnell ausmachen:

1. Der enabler zeigt Erklärungs- und Rationalisierungsverhalten, er bagatellisiert Vorfälle/Trinkexzesse.
2. Er entschuldigt die Verhaltensweisen, Fehler und Probleme des Abhängigen nach außen (auch gegenüber dem professionellen Helfer).
3. Er "startet" zahlreiche "Hilfs- und Rettungsaktionen" für den Betroffenen und die Familie (beschützen, kontrollieren, übernehmen von Aufgaben und/oder Verantwortung, sich nützlich und unentbehrlich machen).
4. Der enabler wird zum "Familienoberhaupt".
5. Die Reaktionen (s. o.) des enabler werden zwanghaft und damit vorhersehbar (der professionelle Helfer wird oft feststellen, dass ein Gesprächsverlauf, bzw. bestimmte Antworten, von ihm "geweissagt" werden können - er sollte diesem dem enabler deutlich machen!).

Erkennen
Co-Abhängigkeit in einer Suchtfamilie

6. Die überfürsorgliche Haltung des enablers erlaubt dem Süchtigen, sein Verhalten fortzusetzen - er findet durch den enabler einen "Schonraum".
7. Der enabler demonstriert am Anfang des Krankheitsverlaufes Stärke, später zeigt der Selbstzweifel und Hoffnungslosigkeit,
8. Er äußert, versagt zu haben und zeigt selbstzerstörerisches Verhalten.
9. Ganz wichtig: In der Regel übernimmt die/der PartnerIn die Rolle des enablers, sie kann aber auch (zeitweise) von Kindern/anderen Angehörigen übernommen werden - sie wechselt also u. U. innerhalb der Familie. Gelegentlich übernehmen sogar mehrere Familienmitglieder gleichzeitig diese Rolle.

2.3 Die Rolle der Kinder in Suchtfamilien

Sollten sich im nachfolgenden Text Überschneidungen und/oder Wiederholungen zu bereits ausgeführten oder hier dargestellten Inhalten ergeben, so ist dies durchaus gewollt. Allerdings werden die Phänomene diesmal mehr aus der Sicht des betroffenen Kindes dargestellt.

Kinder können das "Familiendrama" nicht verlassen und werden somit zu unmittelbaren Opfern der Situation. In der Alkoholismus-Familie besteht keine Möglichkeit für die Kinder, "Normalität" kennen zu lernen. Dadurch sind auch bestimmte Verhaltensweisen der Kinder (Geheimhaltung, unvorhersehbares Verhalten, enttäuschte Hoffnungen, Kontrollzwang usw.) festzustellen. Diese Belastungssituation wird von den Kindern mit körperlichen, seelischen und sozialen Folgen beantwortet, ferner findet eine Rollenfindung (fast) nicht statt. Häufige "Streitereien" in der Alkoholismusfamilie ergeben Gewalterfahrungen für die Kinder. Diese reichen von körperlicher bis zu sexueller Gewalt. Aufgrund dieser Sozialisationsbedingungen zeigen auch erwachsene Kinder aus Suchtfamilien typische Merkmale (Wertlosigkeit, Verlassenängste, Klammerbeziehungen usw.). In der "kranken" Familie übernehmen Kinder typische, aber nicht kindgerechte Rollen (Held, Sündenbock, Clown, Friedensstifter usw.). Kinder die in diese Rollen gezwungen werden, zeigen Verhaltensstörungen (Aggressionen, Hyperaktivität, Passivität, Angeberverhalten usw.).

Die nachfolgenden Ausführungen sind größtenteils zusammenfassend dargestellt und durch empirische Studien belegt bei Zobel, 2000, insbesondere Seite 85ff.

Besonders weist Zobel daraufhin, dass Risikoprobanden Freunde, mit denen Probanden in ihrer Jugend überwiegend zusammen waren, häufiger als abweichend einschätzten: "Die Probanden mit suchtblasteten Eltern bewerteten ihre Freunde häufiger als eher ziellos, intoxikiert, unzuverlässig, schlecht sozial integriert, voller Probleme und

voller Aggression. Die einzelnen Gruppenunterschiede erreichten allerdings keine statistische Signifikanz." (nach Zobel, 2000, S.94).

Außerdem berichtet Zobel, dass Probanden mit suchtblasteten Eltern in ihrer Kindheit und Jugend nur zu wenigen Personen ein vertrauensvolles Verhältnis hatten: "Insgesamt 58,2 % der Risikoprobanden geben an, dass sie nie oder selten eine vertrauensvolle Person in Kindheit und Jugend ansprechen konnten, im Vergleich zu 21 % bei der Kontrollgruppe." (nach Zobel, 2000, S.96).

2.3.1 Die Situation des Alkoholikerkindes in der Familie

Die Kinder alkoholabhängiger Eltern sind unmittelbare Opfer der Sucht, da sie dieses "Familiendrama" nicht verlassen können und die familiäre Situation somit ertragen müssen. Sie haben keine andere Wahl, und sind der Familienatmosphäre und dem Süchtigen ausgeliefert.

Die erlebte Familienatmosphäre stellt für die Kinder die einzige Realität dar, da sie kaum Vergleiche zu anderen Familien haben. Nur durch ihr angepasstes Verhalten an die vorgefundene Situation können sie in diesem System überleben (nach Zimmermann in: LSSH(1) 1995, S.10).

Kindern, die in Suchtfamilien aufwachsen, wird eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung vorenthalten, da die Eltern nicht dem Kind, sondern dem Suchtmittel ihre ganze Aufmerksamkeit schenken, so dass sie "... in ihrer Gesamtentwicklung - körperlich, geistig, seelisch - gefährdet" (Gutezeit in: LSSH 1990, S.23) sind. Die Kinder reagieren auf die Familiensituation mit eigenen Störungen, die besonders dann auftreten, wenn sie mit einem nassen Alkoholiker zusammenleben.

Je früher ein Kind in seiner Entwicklung von der Sucht seiner Eltern betroffen wird, um so stärker werden die Entwicklungsstörungen sein, weil es weder über Kompensationsmöglichkeiten, noch über alternative positive Erfahrungen verfügt, Bindungen als

Voraussetzung für das Selbstwertgefühl nicht aufgebaut werden und die Ich-Entwicklung in den frühen Lebensjahren besonders empfindlich ist (nach Schneider in: LSSH(2) 1995, S.47).

Schwoon (1988, S.6) führt in einem Referat einige Belastungssituationen an, denen Kinder von Abhängigkeitskranken ausgesetzt sind:

Kinder

- erleben die Streits zwischen den Eltern mit, die sich bis zu tätlichen Übergriffen und Prügeleien steigern können.
- sind ständig Stimmungsschwankungen ausgesetzt und erleben abwechselnd Verwöhnung und Aggression.
- sehen und erleben die Eltern in extremen körperlichen Zuständen (z.B. Rausch) und psychiatrischen Zuständen (z.B. Halluzination).
- müssen sexuelle Belästigungen über sich ergehen lassen.
- werden in einer schlechten wirtschaftlichen und finanziellen Lage der Familie groß.
- werden zum Mittel in den elterlichen Streits, müssen Partei ergreifen und übernehmen die Rolle als Partner oder Elternteil.
- erleben die ständige Unverlässlichkeit des elterlichen Verhaltens.
- werden mit der Abwesenheit eines Elternteils z.B. durch Trennung und Scheidung konfrontiert.

In einer Alkoholikerfamilie herrschen starre und unmenschliche Regeln, die dem Kind z.B. vorschreiben, dass es schweigen und immer gehorchen soll, so dass diesen Kindern "... nur ein bedingtes Lebensrecht" (Wild 1990, S.14) zugestanden wird. Ein ständiger Lebensbegleiter dieser Kinder ist ihre Angst vor den unvorhersehbaren und unberechenbaren Folgen der elterlichen Auseinandersetzungen oder des Verhaltens des alkoholisierten Elternteils. Nur beim klassischen Spiegeltrinker, der noch sozial integriert und daher weitgehend unauffällig ist, sind diese Erscheinungen im frühen Krankheitsstadium gemildert.

Das Kind übernimmt in solchen Familien oft Helferrollen. Vielfach wird es für die familiäre Situation verantwortlich gemacht, so dass es sich verantwortlich fühlt und Allmachtsfantasien entwickelt. Trotz der festen Überzeugung, die familiäre Situation ändern zu können, macht es immer wieder die Erfahrung, dieser trotz aller Anstrengung hilflos gegenüberzustehen (nach Schneider in: LSSH(2) 1995, S.48). So sind diese Kinder in ihrer Familie immer wieder extremen Gefühlsschwankungen ausgesetzt und sie werden in einem Gefühlschaos groß (vgl. Wild 1990, S.14ff). Sie haben die Größenfantasie, die Eltern retten zu können und ihnen aus ihrer Situation heraus helfen zu können, und gleichzeitig hinterlässt die Erfahrung, überhaupt keinen Einfluss ausüben zu können, tiefe Wunden. Diese ständig erfahrene und immer wieder aus den Situationen und Abläufen bestätigte Selbstunwirksamkeit führt letztlich dazu, dass sich das Kind permanent schuldig fühlt - ohne Hilfe von außen wird es auch den Teufelskreis nicht durchbrechen können.

Die Kinder fühlen sich ohnmächtig, was sich auf ihr Selbstwertgefühl und die Fähigkeit, Vertrauen auszubilden, negativ auswirkt. Der Alkoholabhängige wird von den Kindern als ein Mensch erlebt, der verschiedene Extreme in sich vereint, was bei dem Kind Verwirrung, Ängstlichkeit, Misstrauen und Zweifel an der eigenen und an anderen Personen hervorruft. Die Kinder erleben den Alkoholabhängigen zeitweise als streng und unnachgiebig, was sich jedoch im nüchternen Zustand in Nachgiebigkeit und Gutmütigkeit umwandeln kann.

Erkennen
Kinder von suchtkranken Eltern

Erleben von Kindheit und Jugend (nach Zobel 2000, S.92)

Meine Kindheit war ...

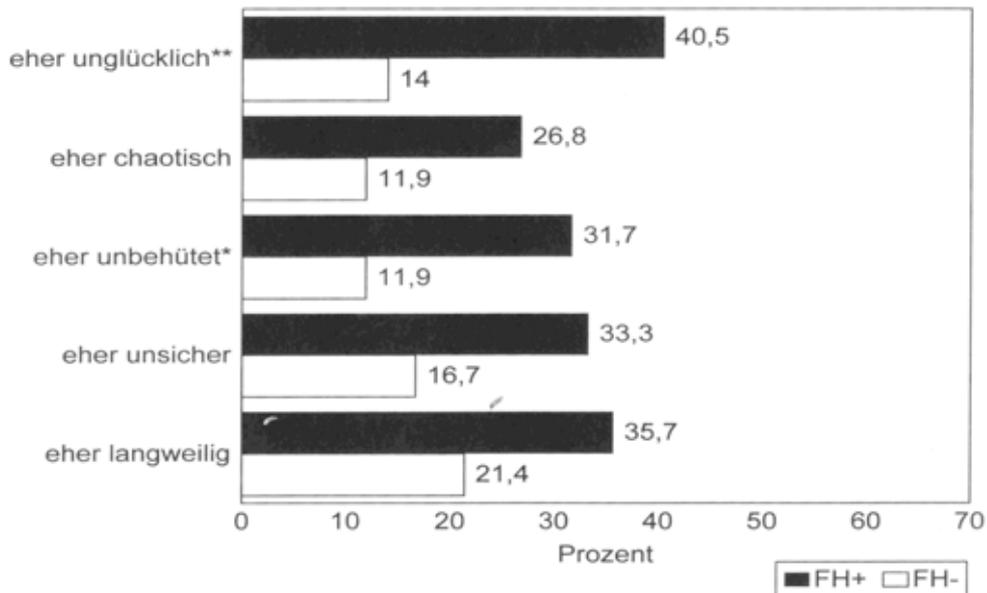


Abbildung 5:
Erleben der Kindheit bei Risiko- (FH+) und Kontrollpersonen (FH-)
Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, $n = 86$

Meine Jugend war ...

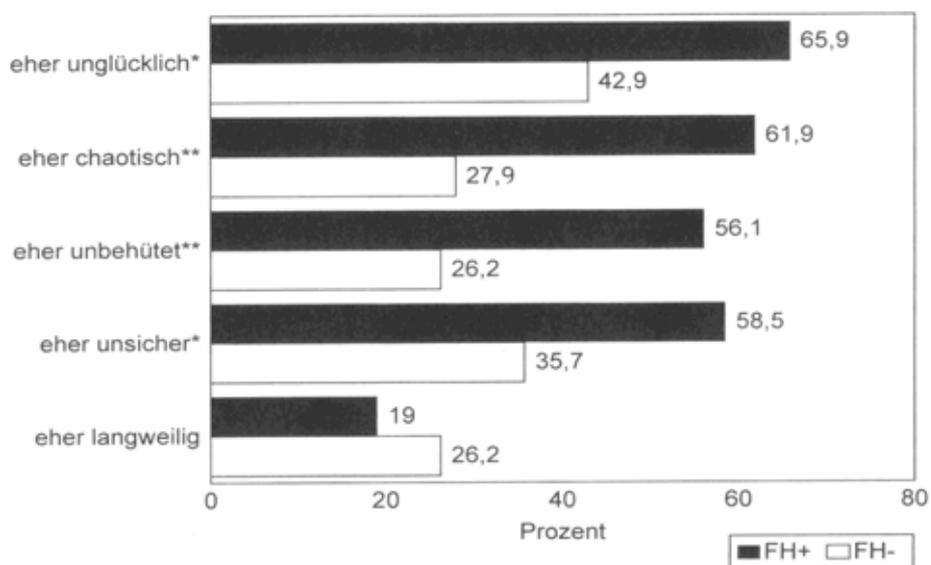


Abbildung 6:
Erleben der Jugend bei Risiko- (FH+) und Kontrollpersonen (FH-)
Anmerkung: * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, $n = 86$

In der Alkoholikerfamilie werden die Kinder oft in die Rolle des Helfenden gedrängt, obwohl sie selbst Hilfe und Geborgenheit suchen. Sie übernehmen immer mehr Verantwortung und geben den anderen immer mehr, ohne selbst etwas zu bekommen. Sie werden mit der Botschaft groß, dass für sie in der Familie kein Raum bleibt, sie aber dafür zu sorgen haben, dass die Familie überlebt (vgl. insbesondere die Rolle des enablers - in Abschnitt 2.2.5).

So verlieren sie immer mehr die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, ein gesunder Egoismus kann und darf sich nicht entwickeln. Eventuell finden die Kinder etwas Hilfe und Geborgenheit bei Großeltern, Nachbarn und ggf. auch bei den Geschwistern, was aber die Eltern selber noch mehr in die Position der Erwartenden drängt und die Grundproblematik nicht löst.

Kinder, die zu wenig Einblick in die Alkoholkrankheit haben und verschiedene Zusammenhänge nicht verstehen können, entwickeln Schuldgefühle bezüglich der Alkoholkrankheit ihrer Eltern. Sie glauben, dass sie für die familiäre Situation verantwortlich sind und nehmen die ganze Schuld auf sich (siehe Brakhoff-Losch 1990, S.11).

Das Familienklima vermittelt den Kindern nur wenig Freude. Die beherrschenden Emotionen der Kinder sind vorwiegend Traurigkeit, Angst, Schuld, Ärger und Scham. Verschiedene Eigenschaften von Suchtfamilien, wie z.B. die unberechenbare Familienatmosphäre oder die starren Rollen und Regeln, haben Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung.

Erkennen
Kinder von suchtkranken Eltern

Familienatmosphäre in Kindheit und Jugend (nach Zobel 2000, S.93)

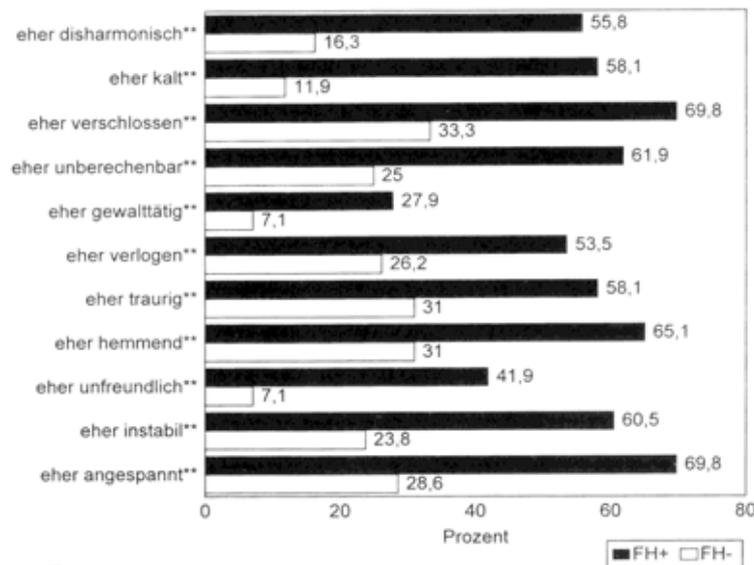


Abbildung 7:
Erleben der Familienatmosphäre bei Risiko- (FH+) und Kontrollpersonen (FH-)
Anmerkung: ** $p \leq .01$, $n = 86$

Diese aspekthaften Ausführungen lassen erkennen, dass Suchtkrankheit der Eltern bei den Kindern zahlreiche Folgen hinterlässt. Die Probleme und Schwierigkeiten der Kinder können in verschiedenen Bereichen und in unterschiedlichen Ausprägungen vorkommen.

Zusammenfassend darf zur Situation der betroffenen Kinder festgehalten werden:

Kinder sind Opfer der Familiensituation, der sie nicht entfliehen können. Diesen Kindern wird eine "gesunde" Persönlichkeitsentwicklung vorenthalten. Je früher die Kinder mit den Verhaltensweisen konfrontiert werden, desto größer dürften die Verhaltensstörungen sein. Kinder entwickeln Angst, übernehmen Helferrollen, zeigen dabei Allmachtsfantasien und Gefühlsschwankungen, die zu einem Gefühlschaos werden. Das Selbstwertgefühl wird durch Schuldgefühle stark beeinträchtigt. Trauer, Angst, Schuld, Ärger und Scham sind dominierende Emotionen.

2.3.2 Das Verhalten von Kindern in Alkoholikerfamilien

In Deutschland leben ungefähr 2,5 Millionen behandlungsbedürftige Alkoholiker. So sind auch ca. sechs bis acht Millionen Kinder bzw. Partner betroffen (nach Ruchte/Glöckl 1995, S.44). Trotz der großen Anzahl von Kindern, die in Alkoholikerfamilien aufwachsen, mangelt es immer noch an ausreichender Literatur, die sich mit der Situation dieser Betroffenen auseinandersetzt. Es gibt bisher erst wenige empirische Untersuchungen darüber, welche Auswirkungen der elterliche Alkoholismus auf die Kinder hat (vgl. Huber 1990, S.81).

Zur Erinnerung:

Die Alkoholkrankheit eines Elternteils führt zu einem Familiendrama, in dem auch die Kinder mitspielen müssen. Sie sind der familiären Situation ausgeliefert und müssen das Szenario auszuhalten.

Um in diesem kranken System überhaupt überleben zu können, müssen sie ihre Rollen gezwungenermaßen spielen. Sie müssen ihr eigenes Verhalten der Unberechenbarkeit ihrer Eltern anpassen und entsprechend darauf reagieren.

Ihre Eltern zeigen nur wenig Interesse und schenken ihren Bedürfnissen nur wenig Aufmerksamkeit. Sie lernen, dass sie ihre Gefühle nicht äußern können.

Ein Kind, das in einer Alkoholikerfamilie aufwächst, hat keinerlei Möglichkeit, die Normalität²⁰ kennen zu lernen (nach Lambrou 1994, S.18-20). Es gibt verschiedene Verhaltensweisen von Kindern in Alkoholikerfamilien. Oft zeigen sie diese noch im Erwachsenenalter, und sie beeinflussen somit auch ihr weiteres Leben. Ihre Denk- und Handlungsmuster, aber auch die Partnerwahl, können davon beeinflusst werden. Die Kinder, die in Alkoholikerfamilien aufwachsen, schämen sich für den Abhängigen und versuchen alles, dass die Erkrankung ein Familiengeheimnis bleibt.

²⁰ Dabei soll hier nicht die Frage diskutiert werden, was Normalität eigentlich ist und ob es sie überhaupt gibt. Gemeint ist, dass das Kind nur eine abweichende, eine alkoholgeprägte Familie erlebt.

In einer Alkoholikerfamilie besteht meist nur eine geringe Emotionalität. Die Kinder erfahren in ihrer Familie in der Regel nur wenig Liebe und Geborgenheit. Das Bedürfnis nach Anerkennung und Aufmerksamkeit beim Kind bleibt aber unverzichtbar erhalten.

Ausnahmen von dieser geringen Emotionalität sind beim Typ des Spiegeltrinkers im frühen Krankheitsstadium, wie schon früher angesprochen, denkbar aber nicht zwingend vorhanden.

Durch verschiedene Verhaltensweisen versuchen sie, sich ihren Wunsch nach Wärme und Akzeptanz zu erfüllen. Sie zeigen ein sehr angepasstes Verhalten, sie widersprechen selten oder nie und tun und sagen all das, was andere haben und hören wollen. So glauben sie, gefallen zu können, und Angst der Kinder, verlassen zu werden, reduziert sich.

Im Laufe der Entwicklung bilden sich bei den Kindern Denkmuster heraus, die ihr Verhalten bestimmen: "Wenn die andere Person glücklich ist, dann bleibt sie bei mir und verlässt mich nicht. Wenn ich dies und jenes tue und mich vergesse, dann bleibst du mir und verlässt mich nicht" (Bertling 1994, S.52). Diese Kinder haben starke Verlustängste und versuchen daher mit allen Mitteln, an Beziehungen festzuhalten. Ihre eigenen Bedürfnisse werden völlig in den Hintergrund gedrängt, und sie gehen mit ihnen oft in selbstzerstörerischer Art und Weise um. In der zwischenmenschlichen Beziehung hinterfragen sie immer ihre Person, sobald irgendwelche Unstimmigkeiten auftreten. Aufmerksamkeit für ihre Gefühle und Fähigkeiten versuchen die Kinder auch durch aggressives oder imponierendes Verhalten zugewinnen. Diese auffallenden Verhaltensweisen stellen für sie einen Weg dar, das Gefühl des nicht-akzeptiert und nicht-beachtet-werden auszugleichen.

Andere Kinder aus suchtkranken Familien zeigen eher ein introvertiertes Verhalten und ziehen sich aus der Umwelt zurück. Zahlreiche erlebte Enttäuschungen, nicht in Erfüllung gehende Versprechungen und die unehrlichen bzw. zweideutigen Zuwendungen in der Familie machen diese Kinder misstrauisch. Angst vor erneuten Enttäu-

schungen und unaufrichtigen Beziehungen lassen sie engere Kontakte zu Gleichaltrigen vermeiden. Durch die erfahrene Distanz werden diese Kinder zu Einzelgängern (vgl. Bertling 1994, S.52).

Die Kinder aus Suchtfamilien fühlen sich oft schuldig an der Alkoholkrankheit ihrer Eltern, da sie glauben, den Alkoholkranken durch die fehlende Hilfe allein gelassen bzw. den nicht-abhängigen Elternteil nicht ausreichend unterstützt zu haben. Die Folge davon sind z.B. Ängste, Depressionen, ein geringes Selbstwertgefühl, ein unsicheres, ein über angepasstes oder aggressives Verhalten.

Bei den Kindern aus diesen Familien entsteht das Gefühl, wertlos und nicht liebenswert zu sein: Zum einen haben sie das Gefühl, dass der Alkohol wichtiger ist, so dass sie sich zurückgesetzt fühlen, und zum anderen wird ihnen vermittelt, dass es wichtiger ist, dem Kranken zu helfen als ihnen Aufmerksamkeit zu schenken. So fühlen sie sich immer weniger wichtig und sehen sich selbst als unliebenswürdig an. Daraus resultiert oft ein, nach außen gezeigtes, unliebenswürdiges Verhalten.

Viele Kinder zeigen anderen gegenüber ein hilfloses und schutzbedürftiges Verhalten. Sie machen sich selbst "klein", um Mitleid und Zuwendung zu bekommen.

Kinder aus Suchtfamilien legen ein perfektionistisches Verhalten an den Tag und können sich Fehler nur schwer zugestehen. Sie zeigen ein sehr verantwortungsvolles und selbstständiges Verhalten, da sie früh gelernt haben, Verantwortung zu übernehmen, sich um alles selbst zu kümmern und sich auf niemanden zu verlassen.

Die Kinder setzen auch Verdrängungsmechanismen ein und heben den Alkoholiker im nüchternen Zustand in den Himmel, da sie so ihre Scheinwelt aufrechterhalten können und die schmerzhafteste Wirklichkeit nicht wahrnehmen müssen.

Gegenüber ihren Eltern haben die Kinder mit ambivalenten Gefühlen zu kämpfen. Einerseits ruft das Verhalten des Alkoholkranken Wut und Hass hervor und andererseits lieben sie ihn und haben Mitleid mit ihm, weil sie sich nicht im Klaren darüber sind,

ob er für sein Verhalten überhaupt verantwortlich ist. Die unterlassene Hilfe weckt in ihnen immer Schuldgefühle.

Die Gefühle gegenüber dem Nicht-Abhängigen sind ebenfalls zwiespältig. Zum einen erscheint er ihnen hilfsbedürftig, so dass sie ihm helfen wollen und ihn unterstützen, zum anderen schenkt er ihnen wenig Aufmerksamkeit und überfordert sie mit Aufgaben, und er wird als Kontrolleur über alle erlebt. Sie zeigen ihm gegenüber oft aggressive Verhaltensweisen und geben ihm vielfach die Schuld an der Alkoholsucht des Abhängigen.

Die Kinder können sich gegenüber beiden Elternteilen nie gerecht verhalten, zumal sie, je nach Situation, für ein Elternteil Partei ergreifen. Damit verfolgen sie das Ziel, dass dieser Elternteil dann wieder mehr für sie da ist (nach Bertling 1994, S.53).

Versucht man die deskriptiven Darlegungen von Verhaltensweisen der Kinder in ihren Situationen zu bündeln, so wird die Synthese schwierig aufgrund der Komplexität. Die nachfolgende Gruppierung von spezifischen Verhaltensmustern hat somit nur einen aspekthaften Charakter. Es soll keine Typisierung oder Etikettierung darstellen.

Der innere Zwang zur Geheimhaltung:

Die Kinder erleben die Alkoholabhängigkeit eines oder beider Elternteile hautnah mit. Sie hören die häufigen Streitigkeiten zwischen den Eltern, sie erfahren das aggressive Verhalten des alkoholisierten Vaters am eigenen Körper und sie sehen die unvorhersehbaren Stimmungsschwankungen der Eltern.

Von allen Familienmitgliedern ist das Alkoholproblem wahrnehmbar. Alle sehen die familiäre Situation, doch jeder schweigt.

Lambrou (1994, S.27) sagt: "Nicht über den Alkoholismus zu reden, ist für alle Kinder, deren Eltern süchtig sind, die erste Überlebensregel."

In der Alkoholikerfamilie lernen die Kinder sehr früh, das nicht zu sehen, was wirklich ist, also die Realität zu verleugnen. Es wird nicht offen ausgesprochen, dass die Alkoholabhängigkeit verschwiegen wird. Das Kind lernt durch die Nachahmung des elter-

lichen Verhaltens, dass über die Sucht geschwiegen werden soll. So lernt das Kind, dass der Alkoholismus zum Tabu erklärt wird.

Durch das Beobachten des elterlichen Verhaltens weiß das Kind, wie damit umgegangen werden muss. Es findet auch kein Austausch unter den Geschwistern statt, so dass das Kind mit seinen Gedanken völlig allein gelassen ist. Das Kind schweigt auch vor sich selbst, so dass es negative Erfahrungen einfach vergisst. Seine Gedanken darüber werden verdrängt, Fantasien und Tagträume aufgebaut. Belastende Erfahrungen mit dem Alkoholismus in ihrer Familie werden mit allen kindlichen Mitteln ausgeblendet.

Betroffene Kinder werden mit Eltern groß, die in ihren starren Rollen verharren und dadurch "... zu unfähigen, hilflosen oder auch gewalttätigen Eltern" (Lambrou 1994, S.28) werden.

Ein lebensnotwendiges Bedürfnis, ist das Bedürfnis nach Liebe, das jedes Kind braucht. Das Kind in der Alkoholikerfamilie will weiterhin an die Zuneigung und die Fürsorge seiner Eltern glauben. So muss es all die Situationen vergessen, in denen es vernachlässigt, ausgenutzt und alleingelassen wurde. Fehlen die Erinnerungen an vielfach demütigende Situationen durch ihre Eltern, haben sie das Gefühl, als hätte es nie stattgefunden. "Oberflächlich betrachtet, leidet es dann nicht mehr, da es sich nicht mehr erinnert." (Lambrou 1994, S.29).

Das Kind besitzt einen unbewussten Verdrängungsmechanismus, mithilfe dessen es sich eine erträgliche und nicht bedrohliche Realität schafft. Die ungeschriebene Familienregel - Schweigen, Vergessen, Verdrängen - wird von den Familienmitgliedern noch durch aktive Schutzmechanismen ergänzt. Die Kinder verleugnen die Sucht des abhängigen Elternteils auch dadurch, dass sie lügen.

Da die Kinder weiterhin in diesem Familiensystem leben müssen, müssen sie sich dem Verhalten ihrer Eltern anpassen und das Problem des Alkoholismus verleugnen. Gleichzeitig tritt auch noch das dominierende Gefühl der Scham hinzu.

So werden die Kinder, die Jugendlichen und auch die erwachsenen Kinder daran gehindert, über die Erfahrungen in der Familie mit anderen zu sprechen. Sie vertuschen die Alkoholsucht vor sich selbst, vor anderen und lügen die Außenwelt lieber an, als die Sucht ihres Elternteils zuzugeben. Das Kind fühlt sich, sowohl in Bezug auf seine Familie als auch in Bezug auf die Außenwelt, mit seinen Wahrnehmungen allein gelassen.

Wertmäßige Orientierungen in den sozialen Beziehungen können so nicht aufgebaut werden.

Unvorhersehbares Verhalten:

In einer Alkoholikerfamilie wechseln die Eltern ad hoc ihre Stimmung und ihr Verhalten, ohne dass für das Kind ein ersichtlicher Grund dafür vorhanden ist. So erleben die Kinder einen unberechenbaren Alltag. Sie wissen nie, wann sie mit einer betrunkenen Mutter oder einem aggressiven Vater zu rechnen haben. Die konsumierte Alkoholmenge entscheidet über die psychische Verfassung der Eltern und ihr Verhalten gegenüber ihren Kindern. Der Stimmungswechsel ist für die Kinder unerklärlich, so dass das Kind vor seinen Eltern stets auf der Hut sein muss (vgl. Lambrou 1994, S.37).

Die Verhaltensweisen der Eltern bleiben für die Kinder willkürlich und unvorhersehbar, ohne dass sie einen Zusammenhang zum Alkohol herstellen können. Die Stimmungsschwankungen zu Hause kann das Kind nicht auf die Krankheit Alkoholismus zurückführen.

Durch die Unstetigkeit und die Unberechenbarkeit nimmt das Vertrauen zu den Eltern jedoch immer mehr ab. Die Kinder in Alkoholikerfamilien haben die Fähigkeit ausgebildet, beide Elternteile genau zu beobachten, um der Situation entsprechend schnell reagieren zu können. So lernen sie bereits an Kleinigkeiten zu erkennen, welches Verhaltensmuster gezeigt werden muss.

Situatives Denken und aktuelles Reagieren schützt sie. Damit können sich jedoch keine selbsthandelnden Persönlichkeiten herausbilden.

Verletzungen der Ich-Identität:

In Alkoholikerfamilien werden die persönlichen, intimen Grenzen vielfach überschritten.

Dadurch erleben die Kinder keinen Schutz ihrer Persönlichkeit und verlieren so auch die Fähigkeit, anderen zu vertrauen, denn Vertrauen schenken kann für sie eine Lebensbedrohung darstellen.

Körperliche Gewaltanwendungen und der sexuelle Missbrauch hinterlassen in der Psyche des Kindes tiefe Spuren, und es wird in seiner Persönlichkeit zutiefst verletzt. Das Recht auf Selbstbestimmung und auf eigene Gefühle wird völlig missachtet. Eine Vertrauensbasis wird immer mehr zerstört. Vielfach suchen die Eltern bei ihren eigenen Beziehungsproblemen Hilfe und Unterstützung bei ihren Kindern und missachten so die Generationengrenze. Die Ich-Grenze des Kindes wird auch dann massiv verletzt, wenn sie als emotionaler Ersatz für den abhängigen Elternteil eingesetzt werden.

Den Eltern ist es oftmals selbst nicht bewusst, wie sehr sie ihre Kinder bedrängen und wie stark sie in ihre Intimsphäre eingreifen, da sie bewusst nur den Wunsch haben, mit ihren Kindern partnerschaftlich umzugehen. Diese Stresssituationen meistern die Kinder wieder durch Verleugnung: sie so tun, als sei alles normal.

Immer wieder enttäuschte Hoffnungen:

Kinder, die ihren alkoholabhängigen Elternteil lieben, tragen fortwährend die tiefe Hoffnung in sich, dass der Abhängige mit dem Trinken aufhört.

Im Leben eines Alkoholikers kommt es immer wieder zu abstinenten Zeiten. In diesen Tagen oder Wochen wächst bei den Kindern die große Hoffnung, dass die schlimme Zeit zu Hause endlich vorbei ist. Sie erleben dennoch immer wieder die Rückfälle ihrer Eltern, sie schöpfen immer dann wieder neue Hoffnungen, wenn der Alkoholiker einige Tage auf den Alkohol verzichtet hat. Sie glauben, dass der abhängige Elternteil die Sucht aus Liebe zu den Kindern aufgibt. Die Kinder erfahren keinerlei Aufklärung zu dem Thema Alkohol, so dass sie vielfach davon überzeugt sind, dass ihre Liebe genügt, um die Sucht zu besiegen.

Sie bringen dem Alkoholiker und seinem Wunsch, mit dem Trinken aufhören zu wollen, Vertrauen entgegen, das ständig enttäuscht wird. Die Kinder schützen sich vor weiteren Enttäuschungen, indem sie resignieren.

Der Drang, alles unter Kontrolle zu halten:

Kinder in Alkoholikerfamilien, die vielfach die Aufgaben der Erwachsenen erfüllen müssen, haben kaum Gelegenheit, sich ihren kindlichen Bedürfnissen zu widmen. Sie überspringen wichtige Entwicklungsstufen und werden zu schnell erwachsen. Die Eltern sind meist nicht in der Lage, den Kindern die nötige Fürsorge und den Schutz zu geben. So haben die Kinder gelernt, sich selbst zu schützen, was bei ihnen auf radikale Art und Weise geschieht. "Sie lassen sich von niemandem mehr helfen, sie vertrauen keinem mehr, sie machen alles mit sich allein ab" (Lambrou 1994, S.60).

Durch ihre Aktivitäten in der Familie wollen sie die familiäre Situation unter Kontrolle haben. Dies bedeutet, dass sie alles alleine und ohne Hilfe bewältigen wollen.

Auch als erwachsene Kinder versuchen sie weiterhin, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten. Sie brauchen das Gefühl, weiterhin die Fäden in der Hand zu halten. So kümmern sie sich auch im Erwachsenenalter in starkem Maße um andere Menschen, was ihnen ein Gefühl von Sicherheit gibt. Indem sie die Fäden in der Hand haben, fühlen sie sich nicht machtlos ausgeliefert und erfahren so keine unvorhersehbaren Verletzungen.

Die Liebe zum alkoholkranken Elternteil:

Viele Erfahrungen mit dem abhängigen Elternteil, wie z.B. Schläge und Misshandlungen, rufen bei den Kindern Angst und auch Hass hervor. Dennoch ist bei den meisten Alkoholikerkindern das Phänomen zu beobachten, dass sie die Eltern trotzdem lieben; vielfach spüren sie für den alkoholabhängigen Elternteil mehr Zuneigung als für den anderen.

Als eine Ursache für die Zuneigung zum süchtigen Elternteil sieht Lambrou (1994, S.75) den Verdrängungsmechanismus der Kinder an. Das Kind klammert all die negativen und mit dem Alkohol in Verbindung stehenden Geschehnisse aus.

Es gibt aber auch Kinder, die ihren Vater oder ihre Mutter nur im alkoholisierten Zustand sehen und die positiven Eigenschaften vollkommen aus ihrem Gedächtnis verdrängen. Der Alkohol macht es dann diesen Kindern unmöglich, diesen Elternteil zu lieben.

Das Gefühl von Verantwortung:

Kinder von Alkoholikern erfahren in ihrer Familie eine Vielzahl von Verletzungen. Sie lernen verschiedene Verhaltensweisen, um in diesem Familiensystem überleben zu können.

Aufgrund der erlebten familiären Situation bilden sie eine Überlebensstrategie aus. Die Kinder beginnen selbst aktiv zu werden, da sie keine Angst mehr vor all dem haben

wollen. Sie übernehmen zu Hause mehr Verantwortung und übernehmen die Funktion eines Elternteils, wenn alle anderen hilflos sind. Indem sie sich um die Familie kümmern, haben sie das Gefühl, die Familienverhältnisse zu ordnen. Wenn das Kind ständig handelt und die Familie versorgt, benötigt es viel Energie und Aufmerksamkeit. Auf diesem Weg betäubt das Kind ein Stück weit seine Angst.

Wenn sie in der Familie von sich aus handeln, vermindern sie auch die Zahl der unvorhersehbaren Situationen, und sie fühlen sich den Geschehnissen nicht mehr so stark ausgeliefert. Sie sind darauf bedacht, die Bedürfnisse ihrer Eltern zu befriedigen, um die Unberechenbarkeit ihres Verhaltens zu reduzieren. Sie übernehmen Aufgaben ihrer Eltern, um geordnetere Familienverhältnisse zu schaffen.

Das Gefühl zum nichtabhängigen Elternteil:

Kinder haben das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, Zuneigung, Geborgenheit und Fürsorge. Der nicht-abhängige Elternteil versucht, die familiäre Situation in den Griff zu bekommen und übt eine Kontrollfunktion aus. Diese Person hat für die Kinder nur wenig Zeit, da sie dem abhängigen Partner viel Aufmerksamkeit schenkt. Sie kann den Kindern nicht die nötige Geborgenheit vermitteln und sich ihnen in ausreichendem Maße widmen. Die fehlende Fürsorge, die mangelnde Zuneigung und die Vernachlässigung wird von ihnen als Kälte erlebt.

So empfinden sie den nicht-abhängigen Teil als kühl, hart und ernst, so dass sie zu diesem Elternteil häufig weniger Zuneigung entwickeln. Im Gegensatz dazu wird der abhängige Elternteil, wenn er nüchtern auftritt, oft als Person erlebt, der Wärme und Liebe schenkt und die Kinder nicht übersieht. Der Trinkende kann dem Kind in seinen nüchternen Phasen ihr Liebesbedürfnis befriedigen. Den Kindern selbst ist aber dieser Vorgang nicht bewusst, sodass sie die Wärme des Abhängigen als echten Liebesbeweis ansehen.

Partei ergreifen:

Ein Kennzeichen der Suchtfamilie ist das gegenseitige Misstrauen der einzelnen Familienmitglieder. So benötigen Vater und Mutter Verbündete, die ihnen durch ihre Liebe zeigen, wer Recht hat. Die Eltern manipulieren ganz aktiv, um ein Kind zum Vertrauten zu machen (siehe Lambrou 1994, S.81).

Das Kind selbst keine freie Wahl. Es erfährt, dass es nie beiden Eltern etwas recht machen kann. Für die Kinder ist es dennoch eine hilfreiche Möglichkeit, wenigstens mit einem auszukommen und auf diesem Weg zu erreichen, dass er sich ihnen zumindest ab und zu zuwendet.

Im Laufe der Zeit wechseln die Kinder und Jugendliche vielfach auch die Parteien und stellen sich auf die Seite des Schwächeren. Oft führen auch starke Verletzungen des Kindes dazu, dass es sich dem anderen Elternteil zuwendet.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Kinder aus betroffenen Familien wollen ihr Bedürfnisse nach Wärme und Akzeptanz durch besonders angepasstes Verhalten befriedigen, eigene Bedürfnisse treten dabei völlig in den Hintergrund. Sie zeigen u. U. auch aggressives Verhalten um Aufmerksamkeit zu bekommen, auch der Rückzug ist eine mögliche Reaktion. Sie fühlen sich schuldig, wertlos und ungeliebt.

Dem Betroffenen gegenüber zeigen sie ambivalent Wut, Hass aber auch Zuneigung. Der nichtabhängige Elternteil erscheint ihnen als hilfsbedürftig. Da er zu wenig Zeit für sie hat, entsteht (oft) keine tragfähige Beziehung - damit sind die Kinder völlig alleingelassen. Sie ergreifen daher auch wechselnd mal für den einen dann für den anderen Elternteil Partei.

Kinder lernen (aufgrund des unberechenbaren Verhaltens der Eltern) genau zu beobachten und situativ (angepasst) zu reagieren. Die Ich-Identität der Kinder kann sich nicht ausbilden. Sie übernehmen die Aufgaben und Verantwortungen von Erwachsenen.

Über den Alkoholismus wird (darf) nicht geredet (werden).

Die Frage, welche besonderen Verhaltensmuster die betroffenen Kinder zeigen, vertieft die Ausführungen in diesem Abschnitt.

Praktiker werden bei entsprechender Aufmerksamkeit beobachten können:

1. Betroffene Kinder zeigen keine eigenen Bedürfnisse.
2. Sie zeigen Aggressionen (die Aufmerksamkeit wecken sollen - daher nicht gegen den Helfer gerichtet sondern "an ihn") oder
3. sie ziehen sich zurück (introvertiertes Verhalten).
4. Sie zeigen, dass sie beide Elternteile lieben (auch wenn es unverständlich erscheint),
5. gegenüber dem Betroffenen zeigen sie Abneigung aber auch Liebe,
6. dies gilt auch für den nichtabhängigen Elternteil.
7. Bedenken Sie: Was sollen die Kinder auch anderes tun? Sie haben nur diese Eltern!
8. Aus ihrer Situation ist zu erklären, dass sie einmal für den einen dann für den anderen Elternteil Partei ergreifen und ihn auch gegenüber dem Helfer verteidigen.
9. Die Kinder halten den Alkoholkonsum geheim - auch gegenüber dem Helfer, auch wenn er signalisiert, dass er informiert ist.
10. Sie entwickeln kaum Vertrauen (auch nicht dem sich bemühenden Helfer gegenüber) und halten dies für normal.
11. Sie beobachten sehr genau und reagieren schnell und situativ mit angepasstem Verhalten - dies ist (noch) kein Zeichen für Vertrauen, sondern eine erlernte Überlebensstrategie.
12. Betroffene Kinder zeigen kaum Hoffnung auf eine Besserung der Familiensituation.
13. Da sie Aufgaben und Verantwortungen von Erwachsenen in der Familie übernehmen müssen, zeigen sie (oft) eine hohe soziale Kompetenz bei der Bewältigung von Alltagssituationen (was langfristig auch zu einer Überforderung führen kann).

2.3.3 Auswirkungen der Alkoholabhängigkeit auf die Kinder

Nachfolgend wird die Frage beantwortet, welche physischen und überwiegend psychosozialen Folgen bei Kindern aus suchtkranken Familien zu beobachten sind und welche in der Literatur beschrieben werden.

Körperliche Folgen

Bei Kindern alkoholabhängiger Mütter kann die Alkoholembryopathie als eine Form der körperlichen Folgeschäden auftreten. Untersuchungen bezüglich der Auftretenshäufigkeit in Deutschland kamen zu dem Ergebnis, dass bei einer Anzahl von tausend Neugeborenen 0,5 Kinder auf die Welt kommen, die unter der Alkoholembryopathie leiden (vgl. Wille in: LSSH 1990, S.20).

Zu den Symptomen der Alkoholembryopathie zählen z.B. eine Verkleinerung des Umfangs und Inhalts des Kopfes und eine Unterentwicklung nach der Geburt, eine seelisch-geistige Beeinträchtigung, aber auch körperliche Fehlentwicklungen wie z.B. Schielen, verkürzter Nasenrücken, Herzfehler, Nierenfehlbildungen und Auskugelung der Hüfte.

Im Kleinkindalter leiden sie vielfach unter Einnässen, verschiedenen Automatismen und einer Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit. Viele Entwicklungsdefizite werden mit fortschreitendem Alter, meist aufgrund einer intensiven ärztlichen und pädagogischen Unterstützung, geringer. Dennoch verschwinden die Auswirkungen der Alkoholembryopathie nie vollständig. So bleiben z.B. Intelligenzmängel und eine Lernbehinderung zurück (nach Wille in: LSSH 1990, S.18-22).

Flügel (in: LSSH 1990, S.35) bezeichnet schwere körperliche Misshandlungen dieser Kinder durch die Eltern als indirekte körperliche Folgen. Die Kinder von alkoholkranken Eltern können in extremen Fällen so stark verprügelt werden, dass sie verkrüppelt sind oder sogar sterben.

Seelische Folgen

Die Auswirkungen auf die seelische Entwicklung des Kindes scheinen umso größer zu sein, je jünger das Kind ist. Der Alkohol nimmt in der Familie so viel Raum ein, dass das Kind mit seinen Bedürfnissen zeitlich wie körperlich vernachlässigt wird.

Die Familie stellt kein Ort der Geborgenheit und Bindung dar, an dem Kinder emotionale Wärme erfahren; den Kindern wird vielmehr das Gefühl von Unsicherheit, des Alleinseins und der mangelnden Bedürfnisbefriedigung vermittelt.

Im Falle der Alkoholabhängigkeit der Mutter werden dem Kind vielfach auch die elementarsten Grundbedürfnisse versagt. Eine mangelhafte Ich-Entwicklung der betroffenen Kinder und stark ausgeprägte Beziehungsstörungen können die Folge sein. Das Kind macht in einer solchen Familie die Erfahrung, dass es durch sein stilles und braves Verhalten und seine Anpasstheit von seinen Eltern Aufmerksamkeit und Zuwendung bekommt. Die ausbleibende elterliche Reaktion auf die kindlichen Bedürfnisse lehrt es, diese nicht zu äußern.

Kinder aus Alkoholikerfamilien können sich unter bestimmten äußeren Rahmenbedingungen (z.B. Vorhandensein eines nichtabhängigen Elternteils, das ihm bei der Bewältigung der familiären Schwierigkeiten hilft) seelisch kindgerecht gesund und ihrem Entwicklungsstand entsprechend entwickeln. Für diese Kinder stellt die Alkoholkrankheit aber doch eine Belastung dar, die ihr Solidaritätsgefühl gegenüber den Eltern strapaziert.

Soziale und kognitive Folgen

Die desolante Familiensituation der Kinder alkoholabhängiger Eltern führt zu Schwierigkeiten im schulischen Bereich. In der Schule bestehen bestimmte Verhaltensnormen und Rollenerwartungen, die das Kind in der Alkoholikerfamilie nicht einüben kann, so dass es den Ansprüchen der Institution Schule nur wenig gerecht werden kann (nach

Köppl/Reiners 1987, S.35). Das Kind kann den Anforderungen der Schule - z.B. stillsitzen, ein bestimmter zwischenmenschlicher Umgang, sich konzentrieren - nur wenig gerecht werden.

Neben den Konzentrations- und Verhaltensproblemen treten Leistungsstörungen auf. Die Belastungssituation im Elternhaus hindert diese Kinder nachts vielfach an einem ausreichenden Schlaf, so dass sie unausgeschlafen in die Schule gehen oder sogar vielfach abwesend sind. Der diskontinuierliche Schulbesuch hat Wissenslücken zur Folge. Gleichzeitig leiden sie auch unter mangelnder Konzentrationsfähigkeit, da ihre Gedanken von den Ereignissen in der Familie eingenommen sind. Die familiäre Belastung wird durch die häufig nicht erfüllten Leistungsanforderungen noch verstärkt (siehe Köppl/Reiners 1987, S.35f).

Die Misserfolge der Kinder werden vonseiten der Eltern weiter verstärkt. Das Kind wird zum Sündenbock gemacht. In diesem Fall geben die Eltern dem Kind und seinem schulischen Versagen die Schuld an ihrer Abhängigkeit (nach Flügel in: LSSH 1990, S.39f).

Der Austausch zwischen den Mitschülern und dem Alkoholikerkind wird aufgrund seiner oft eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit und seiner zum Teil retardierten Sprachfähigkeit vielfach erschwert.

Bereits zu Anfang des Jahrhunderts wurde untersucht, ob sich die häusliche Umgebung von Kindern mit trinkenden Eltern negativ auf ihre kognitive Leistungsfähigkeit auswirkt: MacNicholl (1905) stellte die provokante These auf, dass 77 % aller Schulkinder mit trinkenden Eltern oder Großeltern "Dummköpfe" (dullards) seien. Elderton und Pearson (1910) konnten fünf Jahre später dieses Ergebnis jedoch nicht bestätigen. Bezüglich der Höhe des Intelligenzquotienten berichten allerdings eine Reihe von neueren Studien bei präpubertären und jugendlichen Kindern aus alkoholbelasteten Familien durchaus niedrigere Intelligenzwerte im Vergleich zu Kontrollprobanden (Bennett et al. 1988; Ervin et al. 1984, Gabrielli & Mednick 1983; Moss et al. 1995; Puttler et al. 1998).

Der Intelligenzquotient ist bei den Risikoprobanden im Vergleich zur Kontrollgruppe insbesondere dann niedriger, wenn die Eltern der Risikoprobanden neben der Abhängigkeit noch eine zusätzliche psychiatrische Diagnose oder eine weitere Abhängigkeit aufweisen (Gabrielli & Mednick 1983; Moss et al. 1995; Putter et al. 1998) oder die Kinder überwiegend mit einem alkoholbelasteten Stiefvater aufwachsen (Ervin et al. 1984). Der Intelligenzquotient der Risikoprobanden ist besonders dann vermindert, wenn sie aus sozioökonomisch ungünstigen Verhältnissen stammen (Bennett et al. 1988). Risikoprobanden, deren Eltern trotz des Alkoholproblems eine weitgehend intakte Partnerschaft aufrechterhalten können (Kammeier 1971) und aus sozioökonomisch günstigen und überwiegend intakten Familienverhältnissen kommen (Johnson & Rolf 1988) unterscheiden sich in der Höhe des Intelligenzquotienten nicht von Kontrollprobanden.

Ein vergleichsweise niedriger IQ wäre damit nicht die direkte Folge der elterlichen Alkoholproblematik, sondern steht eher mit mangelnder Förderung und Anregung durch die Eltern in Verbindung. Schwierige sozioökonomische Verhältnisse, weitere psychiatrische Störungen beim Abhängigen oder beim anderen Elternteil sowie das Aufwachsen mit einem alkoholkranken Stiefvater sind besondere Bedingungen, die einen negativen Einfluss auf die kognitive Entwicklung der Betroffenen nehmen können. Für die Kinder sind damit ungünstige Entwicklungsmöglichkeiten verbunden, da die Eltern durch diese Probleme neben der bereits bestehenden Alkoholabhängigkeit noch weniger in der Lage sind, sich angemessen um die Kinder zu kümmern und ihre Fähigkeiten und Anlagen zu fördern.

Der Trinkstatus des Vaters spielt bei den kognitiven Leistungen der Kinder und Jugendlichen offenbar ebenfalls eine entscheidende Rolle, da sich Söhne von gebesserten Abhängigen gegenüber Kontrollpersonen hinsichtlich ihrer kognitiven Fähigkeiten kaum unterscheiden (Ozkaragoz et al. 1997). Zu beachten ist, 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.

Zu den sprachlichen Fähigkeiten liegen eine Reihe von Ergebnissen vor, wonach Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien gegenüber Kontrollprobanden

geringere sprachliche Fähigkeiten entwickeln (Bennett et al. 1988; Evans et al. 1984; Gabrielli & Mednick 1983; Puttler et al. 1998; Schulsinger et al. 1986; Sher 1991). Insbesondere wenn neben dem Alkoholproblem noch weitere familiäre Probleme in Form von psychiatrischen Zusatzdiagnosen bei den Eltern, schwierigen sozioökonomischen Bedingungen oder Zusammenleben mit einem problematischen Stiefvater auftreten, zeigen Risikoprobanden Auffälligkeiten bei sprachlichen Fähigkeiten. Gabrielli und Mednick (1983) fanden bei Risikoprobanden im Durchschnittsalter von 12 Jahren im Wechsler Intelligenztest einen gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant niedrigeren verbalen IQ (96 vs. 106 Punkte). Ervin et al. (1984) ermittelten mit dem gleichen Instrument bei 3-18jährigen Risikoprobanden ebenfalls signifikant geringere sprachliche Leistungen gegenüber Kontrollprobanden. Junge erwachsene Risikoprobanden berichten in den Untersuchungen von Schulsinger et al. (1986) ebenfalls signifikant mehr Leseschwierigkeiten in der Schule als die Personen der Vergleichsgruppe, bei gleichzeitig signifikant schwierigeren ökonomischen Verhältnissen sowie signifikant häufigeren ehelichen Streitigkeiten. Bennett et al. (1988) fanden bei 64 präpubertären Kindern mit elterlicher Abhängigkeit und 80 Kontrollprobanden im Peabody Individual Achievement Test (PIAT; American Guidance Service 1970) ebenfalls signifikant schlechtere Leistungen im Lesen und Rechnen.

Sher (1991) kommt zu dem Schluss, dass Probanden mit familiärer Alkoholabhängigkeit bei verbalen Fähigkeiten im Allgemeinen signifikant schlechter als die Vergleichsgruppe abschneiden, wobei die absoluten Werte insgesamt aber nicht von der Norm abweichen. Ähnlich wie bei den Intelligenzleistungen sind die sprachlichen Fähigkeiten der Risikoprobanden insbesondere dann vermindert, wenn neben dem familiären Alkoholproblem noch weitere schwierige Bedingungen wirksam werden. Auch hier liegt die Vermutung nahe, dass eher eine mangelnde Förderung und Betreuung der Kinder den Ausschlag für die schlechteren Leistungen geben als das elterliche Alkoholproblem an sich.

Eine Reihe von Studien findet bei einigen Risikogruppen (u.a. Kinder mit Alkoholembryopathie oder mit mehrgenerationaler Alkoholabhängigkeit in der Familie) Auffälligkeiten hinsichtlich verschiedener kognitiver Leistungstests (Problemlösen, logi-

ches und abstraktes Denken, Gedächtnis, Lernen, visumotorische Geschwindigkeit, frontallhirngesteuerte kognitive Leistungen) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (Aronson et al. 1985; Drejer et al. 1985; Harden & Pihl 1995; Nagoshi & Wilson 1987; Peterson et al. 1992; Steinhausen et al. 1982; Whipple et al. 1988). Diese Ergebnisse von Risikosubgruppen deuten darauf hin, dass relevante Gruppenunterschiede in erster Linie bei familiär sehr belasteten Kindern und Jugendlichen auftreten.“(Zobel 2000, S.36f).

Zusätzlich versucht das Kind mit allen Mitteln die familiäre Situation geheim zu halten. Was wiederum die Kontaktfähigkeit zu Gleichaltrigen einschränkt.

Ihr Grundvertrauen gegenüber anderen Menschen ist angegriffen, so dass der Aufbau von Freundschaften verhindert wird.

Verhaltensauffälligkeiten wie, z.B. Distanzlosigkeit und Hyperaktivität, drängen diese Kinder auch in die Isolation und in die Außenseiterrolle (siehe Flügel in: LSSH 1990, S.39; vgl. Köppl/Reiners 1987, S.38f). Um ihrem gleichzeitigen Bedürfnis nach Gemeinschaft gerecht werden zu können, geraten diese Kinder oft in sog. Gangs, in denen der Anführer aufgrund der fehlenden Vaterfigur zum Vorbild wird. Der Gruppendruck verleitet das Alkoholikerkind u.a. zu delinquentem Verhalten und zu einer frühen Neigung zum Alkohol- und Drogenkonsum (siehe Schulenburg 1982, S.81). Vor allem neigen Söhne von alkoholkranken Vätern zu Gewalttätigkeiten und einem frühen Alkoholkonsum.

Die Alkoholikerkinder haben Störungen in der Entwicklung ihrer aggressiven Impulse erfahren. Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten des Umgangs: Entweder sie sind angepasst und brav oder sie zeigen extrem ausgeprägte aggressive Verhaltensweisen (nach Flügel in: LSSH 1990, S.39).

Rollenspezifische Folgen

Flügel (in: LSSH 1990, S.40f) berichtet aus ihrer Arbeit mit rauschmittelabhängigen Frauen, welche Auswirkungen die Abhängigkeit der Mutter auf die Rollenfindung der Kinder hat.

Für die Kinder stellt die Mutter kein Modell dar, das ihnen zeigt, wie man sich als erwachsene Frau verhält. So kann der Sohn zu seiner Mutter nur sehr schwer eine Liebesbeziehung aufbauen, zumal sie vielfach nicht präsent ist bzw. keine liebenswerten Verhaltensweisen zeigt. Eine Beziehung beruht dann meist auf der Grundlage der Sorge um die Mutter.

In der Entwicklung eines Mädchens wird die Mutter mit einem gewissen Alter abgelehnt, was im Dienste der Rollenfindung steht, da es sich dann stärker zum Mann hingezogen fühlt. Die Suchterkrankung der Mutter verstärkt die Ablehnung dahingehend, dass sich das Mädchen immer mehr dem Vater hingezogen fühlt. Für den Vater stellt diese Zuneigung in der häuslichen Situation die einzige Hilfe und den einzigen Lichtblick dar, so dass sie sich gemeinsam gegen die abhängige Mutter verbünden. Mädchen im pubertierenden Alter beginnen dann die Mutter zu hassen und sehen sie als Konkurrentin an.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden:

Kinder schwangerer, alkoholabhängiger Mütter können mit vorgeburtlichen Schädigungen auf die Welt kommen. Eine "Sicherheitsgrenze" für den Alkoholkonsum in Schwangerschaft gibt es nicht - selbst kleinste Mengen können die sensible Organentwicklung beeinträchtigen. Körperliche Misshandlungen von Kindern in betroffenen Familien zeigen schwere Folgen - bis hin zur Verkrüppelung oder zum Tod. Durch die Nichtbefriedigung elementarster Grundbedürfnisse zeigen die Kinder zahlreiche seelische Folgen. Betroffene Kinder können Rollenerwartungen nicht einüben, zeigen Konzentrations-, Leistungs- und Verhaltensprobleme. Schulischen Erwartungen können sie häufig nicht entsprechen, ein Kontakt zu Mitschülern kommt aufgrund der Besonderheiten in der Familie und einer eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit des betroffenen Kindes nur selten zustande. Distanzlosigkeit, Hyperaktivität, Aggressionen,

über angepasstes Verhalten u. a. begünstigen eine Außenseiterrolle. Der Wunsch nach "Zugehörigkeit" führt die Kinder oft in Gruppen mit delinquentem Verhalten, früher Alkohol- und/oder Drogenkonsum kommen vor.

Mädchen mit einer abhängigen Mutter haben besondere Probleme bei der Rollenfindung.

Wenn Sie sich alle Folgen aus diesem Abschnitt vergegenwärtigen und dabei auch die anderen, bisherigen Ausführungen in Erinnerung rufen, dient dies der Vertiefung des Wissens.

In der Praxis der Sozialen Arbeit ist für den aufmerksamen Beobachter wichtig:

1. Fehlbildungen bei Neugeborenen können ein Hinweis auf Alkoholkonsum während der Schwangerschaft sein.
2. Alkoholabhängige Frauen gebären oft behinderte Kinder.
3. Kinder aus betroffenen Familien zeigen Probleme in der Schule (Leistungs-, Konzentrations- und Verhaltensprobleme).
4. Sie sind oft unausgeschlafen.
5. Sie fehlen öfters (unentschuldigt) in der Schule, dadurch kommt es zu (deutlichen) Wissenslücken.
6. Betroffene Eltern geben die Schulprobleme als Begründung für das Trinken an.
7. Betroffene Kinder haben wenig Kontakte zu Mitschülern.
8. Die Kinder zeigen (oft) Distanzlosigkeit, Aggressionen und hyperaktives Verhalten.
9. Sie finden (oft) Anschluss an eine Gemeinschaft in Gruppen mit delinquenten Verhaltensweisen.
10. Die Kinder neigen selber zu Alkohol- und Drogenkonsum.
11. Besonders bei Mädchen ist keine Rollenfindung zu beobachten, da die betroffene Mutter keine Rollenvorgaben liefert.

2.3.4 Gewalterfahrungen der Kinder in der Alkoholikerfamilie

In der Alkoholikerfamilie kommt es häufig zu Streitereien um "alles und jedes" (Black 1988, S.169). Diese Konflikte können auch extreme Ausmaße annehmen, so dass es zu Gewalttätigkeiten, zu körperlicher Misshandlung oder zu sexuellem Missbrauch kommen kann.

Es gibt eine Vielzahl von Familien, in denen sowohl das Problem der Gewalt als auch das Problem des Alkoholismus gemeinsam auftreten. Verschiedene Erhebungen bestätigen das. Schätzungen aus den USA kamen zu dem Ergebnis, dass es in 60 Prozent der Familien von Alkoholikern, die sich in Behandlung befinden, zu Gewaltanwendungen kommt. Die eigenen Untersuchungen von Black (1988, S.171) haben ergeben, dass 66% der Kinder in Alkoholikerfamilien Opfer bzw. Zeugen von Gewaltanwendungen und Misshandlungen sind. In über 30 % dieser Familien finden Gewalttätigkeiten regelmäßig statt.

Zimmermann (in: LSSH(1) 1995, S.10-16) hat sich im Rahmen einer Fachtagung mit dem Thema "Missbrauchte Kinder - Opfer der Sucht?" auseinander gesetzt, und sie hat versucht, die Frage zu beantworten, ob Kinder aus Suchtfamilien missbraucht werden.

Bei ihrer Arbeit mit Suchtfamilien werden ihr immer wieder Missbrauchssituationen geschildert, die in diesen Familien stattfinden: So muss das Kind z.B. im Ehebett schlafen, um die Mutter vor sexuellen Übergriffen des Vaters zu schützen oder das Kind muss die sexuellen Bedürfnisse des Vaters befriedigen, wenn er von der Mutter abgelehnt wird. Zimmermann (in: LSSH (1) 1995, S.11f) ist davon überzeugt, dass Kinder in Suchtfamilien missbraucht werden, wobei sie im Zusammenhang mit diesen Familien den "Missbrauch" als "Übergriff" versteht. Unter Übergriff versteht sie ein Überschreiten der Grenzen des anderen und ein Eindringen in seinen Intimbereich. "Dazu gehört alles, was mit körperlichen Vorgängen und damit verbundenen Gefühlen, einschließlich Sexualität, zu tun hat, sowie alles, was mit Persönlichkeitswachs-

tum zu tun hat" (Zimmermann in: LSSH(1) 1995, S.11). Bei einem Kind sind die Grenzen noch nicht fest ausgebildet, sondern vielmehr veränder- und beeinflussbar. Ein Überschreiten der sich entwickelten Grenzen und das Aufdrängen der erwachsenen Bedürfnisse, stört die kindliche Entwicklung, und das Kind wird unsicher und hat Selbstzweifel.

In Suchtfamilien wird die Persönlichkeit des Kindes nicht beachtet. Das Kind dient ausschließlich den Interessen der Erwachsenen, so dass die kindlichen Grenzen überschritten werden, um die eigenen Bedürfnisse zu befriedigen. Das Kind findet als Person keinerlei Beachtung, sondern es steht ausschließlich im Interesse der Erwachsenen, so dass es von ihnen benutzt wird. In diesem Sinne spricht Zimmermann von einem Missbrauch der Kinder aus Suchtfamilien.

Körperliche Misshandlung

Obwohl nicht alle Alkoholiker gewalttätig sind, sondern sich manche auch zurückziehen, fühlen sich viele Kinder täglich massiv bedroht und ihr Leben in Gefahr. (siehe Lambrou 1994, S.40).

In der Alkoholikerfamilie müssen die Gewaltäußerungen nicht ausschließlich vom abhängigen Elternteil ausgehen. Vom nichtabhängigen Elternteil gehen ebenso Gewalttätigkeiten aus. Die Opfer in der Familie können sowohl der alkoholabhängige als auch der nicht-alkoholabhängige Elternteil und/oder die Kinder sein. In Familien mit zwei alkoholkranken Elternteilen werden die Kinder Opfer von beiden.

Der Alkoholiker hat nie das Ziel, seine Kinder zu gefährden, dennoch verwandelt sich der Alkoholiker durch den Alkoholkonsum in einen völlig anderen Menschen, der dann sehr brutal und aggressiv werden kann. Innerhalb der Familie erfahren Kinder keinen Schutz vor der Macht ihres Vaters. Sie verlieren das Vertrauen zu ihren Eltern. Es gibt Misshandlungsarten, die sichtbare Schäden hinterlassen. (z.B. blaue Flecken). Andere Arten von Misshandlungen hinterlassen dagegen keine sichtbaren und augenscheinlichen Spuren. Neben dem Schlagen gibt es auch andere Formen von körperlichen Misshandlungen, z.B. Stoßen oder Kneifen.

Außer dieser Art der Misshandlung gibt es noch verbale und psychische Misshandlungen, die häufig auch in Alkoholikerfamilien vorkommen. In diesen Fällen werden die Familienmitglieder terrorisiert; die Folgen bleiben unsichtbar. Der alkoholisierte Zustand des alkoholabhängigen Elternteils bringt die Familie oft in sehr gefährliche und lebensbedrohliche Situationen, z.B. durch das betrunkene Autofahren, was auch eine Form der Gewalt darstellt.

In der Alkoholikerfamilie treten viele Formen der Gewalt auf: Die Pflicht zur Geheimhaltung ihrer Wahrnehmungen und Empfindungen stellt für das Kind ebenfalls Gewalt dar (vgl. Lambrou 1994, S.42); die Verpflichtung zum Lügen, das Ertragen der Be-

schimpfungen, das Alleingelassenwerden und auch die Tätlichkeiten gegenüber dem Vater zum eigenen Schutz stellen eine Form der Gewalt dar. Das Beobachten der Gewalthandlungen zwischen den Eltern löst beim Kind Angst um die Familie und das eigene Leben aus.

Die Gewaltanwendungen in der Alkoholikerfamilie stellen eine erhebliche Gefährdung für das Selbstbewusstsein dar. In der Alkoholikerfamilie spielt die "passive Gewalt" (Lambrou 1994, S.44) eine wichtige Rolle. Die Familie ist für Kinder nicht der Ort für Geborgenheit und Verständnis. Viele Kinder erleben in diesen Familien vielfach Gewalt, Vernachlässigung und keinerlei Schutz. Die Kinder erhalten nicht die notwendige Fürsorge, Liebe und Aufmerksamkeit. Kein Elternteil kann sich in ausreichendem Maße um die Kinder kümmern, so dass sie meist von beiden Elternteilen vernachlässigt werden. Sie erfahren keine, ihrem Entwicklungsstand entsprechende Bedürfnisbefriedigung. Die Erfahrungen in der Familie hinterlassen in der Psyche des Kindes tiefe Wunden, und vielfach reagieren sie auf die familiären Verhältnisse mit verschiedenen Stresskrankheiten (z.B. Kopfschmerzen, Asthma, Hautkrankheiten) (vgl. Lambrou 1994, S.44).

Ein charakteristisches Kennzeichen der Alkoholikerfamilie ist ein dort bestehender Verleugnungsprozess: Die Familienmitglieder vertrauen niemandem, sie reden mit niemandem, sie fühlen nichts. Kommt es in Alkoholikerfamilien zusätzlich noch zu Gewalttätigkeiten, setzt dieser Mechanismus in noch stärkerem Maße ein. Sie versuchen, sowohl das Alkoholismusproblem als auch das Problem der Gewalttätigkeiten herunterzuspielen und übernehmen die Verantwortung für diese Entwicklung. Kommt es zu Misshandlungen, haben die Familienmitglieder immer mehr mit dem Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber der familiären Situation zu kämpfen.

Sexuelle Gewalt

Es gibt noch keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen Inzest und dem Alkoholismus. Dennoch belegen einige Untersuchungen die Tatsache, dass es in Alkoholikerfamilien häufig zu sexuellem Missbrauch kommt. So kam eine Untersuchung zu dem Ergebnis, dass 50 % der Inzestopfer in Alkoholikerfamilien aufgewachsen sind. Black (1988, S.178) kam zu dem Ergebnis, dass 26 % der von ihr untersuchten Kinder Opfer von Inzest waren. Bertling (1993, S.17) konnte diese Zahlenergebnisse bestätigen.

So stellt der sexuelle Missbrauch eine sich häufig ereignende Gewalttat dar. In den meisten Fällen kommt es zu sexuellen Übergriffen vonseiten des Vaters bzw. Stiefvaters auf die Tochter. Der Alkohol hat zur Folge, dass der alkoholabhängige Elternteil leichtfertiger die Schamgrenzen überschreitet, so dass die Gefahr für Kinder in Alkoholikerfamilien größer ist, Opfer zu werden. Durch den Alkoholkonsum werden die vorhandenen Inzestschranken gesenkt. "Bereits geringer Konsum von Alkohol bewirkt bei vielen Menschen den Abbau von Ängsten und Hemmungen und kann so zur Freisetzung von masochistischen, sadistischen, voyeuristischen, exhibitionistischen, homo-erotischen Trieben führen und das sexuelle Verlangen steigern. Der Alkoholisierte wird zunehmend zu- und aufdringlicher, auffallend und ordinär, Schamgrenzen werden überschritten, sexuelle Übergriffe bagatellisiert. Nicht selten wird dem abwehrenden Opfer Prüderie vorgeworfen, der Alkoholisierte steigert sich in sexuelle Fantasien, sein sexuelles Verlangen kann durch energischer werdende Abwehrhaltungen gegebenenfalls noch gesteigert werden" (Bertling 1993, S.14).

In Alkoholikerfamilien übernimmt das Kind häufig die Funktion des Partnerersatzes, so dass der sexuelle Missbrauch als Ausgleich für die gestörte Sexualbeziehung zwischen den Ehepartnern anzusehen ist und daher einige Jahre andauern kann.

Durch die ungeschriebenen Gesetze und die typischen Verhaltensmuster innerhalb der Familie, wird dem Täter der Missbrauch noch erleichtert: Die Kinder haben es gelernt, zu schweigen, unangenehme Ereignisse zu verleugnen und Gefühle zu verdrängen, um in diesem System weiterleben zu können (nach Lambrou 1994, S.45). Sie haben keine

eigenen Gefühle entwickelt, denen sie vertrauen können. Im Rahmen des sexuellen Missbrauchs behauptet der Täter, dass sein Verhalten richtig ist und die Empfindungen des Opfers keine Berechtigung haben und falsch sind. Ein Kind wandelt diese Äußerungen in Schuldgefühle um und misstraut seinen Wahrnehmungen.

Gleichzeitig stellt der Abhängige eine Autoritätsperson dar und nutzt sowohl die kindliche Loyalität und körperliche Unterlegenheit aus. Er setzt bei Verweigerung des Kindes Drohungen ein (siehe Bertling 1993, S.14f).

In Alkoholikerfamilien, in denen der süchtige Trinker ²¹ anzutreffen ist, wird das Kind oft körperlich gegen seinen Willen berührt, und es finden häufig sexuelle Anzüglichkeiten gegenüber den Kindern statt. Es ist davon auszugehen, dass die Kinder vielfach gezwungen werden, sich die Eltern nackt anzuschauen bzw. dem Geschlechtsverkehr zwischen den Eltern zuzusehen; häufig findet dieser noch im betrunkenen Zustand statt. Auch in diesem Bereich wird ihnen das Gefühl der Schutzlosigkeit und des Alleingelassenseins vermittelt (nach Lambrou 1994, S.45; vgl. Black 1988, S.182).

Das Kind kann von seinen Eltern und von den anderen Familienmitgliedern keinerlei Schutz erfahren und es wird in enthemmtes Verhalten ohne Reflexion einbezogen, da sich alle an die ungeschriebenen Familienregeln halten, dass geschwiegen wird und die Wahrnehmungen verzerrt werden. "Die anderen reagieren dann nach der fürchterlichen Devise, dass nicht sein kann, was nicht sein darf." (Lambrou 1994, S.49).

²¹ Wahrscheinlich ist das nachfolgend beschriebene Verhalten eher weniger bei den Konflikt- und Spiegeltrinkern zu beobachten. Süchtige Trinker können diese Verhaltensweisen immer, Quartalstrinker in den Trinkphasen zeigen.

Dem Opfer selbst wird bezüglich des Missbrauchs eine Schweigepflicht auferlegt. Die Reaktionen der Bezugspersonen bringen die Kinder zum Schweigen. So wird z.B. auch von der Mutter die Verantwortung dem Kind zugeschoben, und auch der Täter macht das Kind verantwortlich. Die Kinder schweigen über den Missbrauch, da sie Angst davor haben, dass sie am Zusammenbruch der Familie schuld sind. Gleichzeitig fühlen sie sich am Missbrauch selbst mitschuldig und verantwortlich, um so auch den Vater nicht als Täter ansehen zu müssen. Vom Täter werden sie beschenkt oder es werden ihnen Strafen angedroht, wenn sie sich Dritten gegenüber öffnen.

Kinder können den Missbrauch auch so weit verdrängen, dass sie sich nicht mehr daran erinnern. Das Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Eltern bringt sie zum Schweigen und zum Erfüllen der erwachsenen Bedürfnisse. (vgl. Bertling 1993, S.16f).

Ein gewalttätiger Übergriff bzw. der sexuelle Missbrauch an einem Kind zerstört die Vertrauensbasis des Kindes. Beim Inzest sind die Folgen im emotionalen Bereich gravierend. Die Opfer von sexuellem Missbrauch in einer Alkoholikerfamilie sind zum einen durch das Aufwachsen in einem Suchtsystem und zum anderen durch ihre Missbrauchserfahrung selbst stark suchtgefährdet. Durch eigenen Alkoholkonsum versuchen sie, die schmerzhaften Gefühle zu verdrängen und negative Emotionen (gegenüber dem Täter) wie z.B. Hass, Ekel, Ohnmacht richten sie gegen sich selbst. Gleichzeitig soll das Suchtmittel die verloren gegangenen Lust- und Lebensgefühle wieder hervorrufen, und das Opfer will so auch seine Würde aufrechterhalten.

Die Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs an Kindern alkoholkranker Eltern sind vielfältig, und sie können sich auch dadurch äußern, dass die erwachsenen Kinder das andere Geschlecht aufgrund der von ihm ausgehenden Gewalterfahrungen ablehnen und homosexuelles Verhalten zeigen.

Die Kinder wurden von ihrem Vater als Prostituierte behandelt, da es durch Machtausübung zu sexuellen Handlungen kam und das Kind dafür belohnt wurde. Ein Leben als Prostituierte stellt somit eine weitere Möglichkeit dar (nach Bertling 1993, S.15).

Wegen der großen Bedeutung der Ausführungen, wird hier eine Zusammenfassung eingeschoben:

Kinder aus betroffenen Familien sind häufig Zeugen und Opfer von Gewaltanwendung. Verbale, physische und psychische Gewalt gegen die Kinder ist zu beobachten. Dabei hat der Alkoholiker (oft) nicht das Ziel, sein Kind zu schädigen - sein Vorgehen ist oft nicht bewusst oder ein Ergebnis des Rauschzustandes.

Betroffene Kinder sind (oft) sexuellem Missbrauch oder sexuellen Übergriffen ausgesetzt. Das Kind dient (ausschließlich) der Bedürfnisbefriedigung der Erwachsenen.

Kinder erleben somit die Familie nicht als Ort des Schutzes und der Geborgenheit. Ihr Selbstwertgefühl und ihr Selbstbewusstsein sind (auch dadurch) massiv beeinträchtigt.

Zur Vertiefung sollen Sie sich folgende Fragen stellen und beantworten:

1. Welche Gewalterfahrungen machen die betroffenen Kinder?
2. Was wissen sie über sexuellen Missbrauch?

In der Praxis der sozialen Arbeit wird man besonders achten auf:

1. Kinder zeigen Misshandlungsfolgen (blaue Flecke, Schürfwunden usw.).
2. Sie entwickeln "Stresskrankheiten" (Kopfschmerz, Asthma, Hautkrankheiten u. a.).
3. Kinder zeigen sich selbst gegenüber Hass, Ekel und Ohnmacht.
4. Sie zeigen homosexuelles Verhalten und/oder
5. prostituieren sich.
6. Betroffene Kinder aus Suchtfamilien zeigen (zusätzlich) alle Merkmale von misshandelten und/oder sexuell missbrauchten Kindern aus nicht von Abhängigkeit betroffenen Familien.
7. Kinder verleugnen die Gewalterfahrungen auch gegenüber dem Helfer.

2.3.5 Erwachsene Kinder aus Alkoholikerfamilien

Eine Umfrage hat ergeben, dass 52 % der befragten Alkoholiker selbst aus einer Alkoholikerfamilie stammten. 60 % nichtabhängiger Frauen, die einen alkoholabhängigen Ehepartner haben, hatten einen alkoholkranken Vater (siehe Ruthe/Glöckl 1995, S.44).

Es wurde lange Zeit angenommen, dass die Probleme der Kinder in Alkoholikerfamilien aufhören, sobald der alkoholabhängige Elternteil trocken ist, sich die Eltern scheiden lassen oder das erwachsene Kind das Elternhaus verlässt und sich von dieser Situation distanzieren kann. Da das Suchtsystem die ganze Familie betrifft, sind auch die Kinder an dem Drama aktiv beteiligt und Bestandteil des kranken Systems.

Kinder, die in einer Alkoholikerfamilie aufgewachsen sind, haben im Laufe der Zeit familieninterne Regeln und Rollen übernommen, die ihnen als Überlebensstrategie gedient haben. Sie haben verschiedene Verhaltensmuster und Denkweisen gelernt.

Das im Laufe der Kindheit Gelernte und Empfundene kann im Jugend- bzw. Erwachsenenalter nicht einfach gelöscht werden. Das erwachsene Kind praktiziert weiterhin die gelernten Überlebentechniken. Verhaltensweisen der Kinder, die früher das Familiengleichgewicht stabilisierten, schaden später dem erwachsenen Kind, wenn sie weiterhin gezeigt werden. Die erwachsenen Alkoholikerkinder müssen lernen, ohne die in der Familie gelernten Regeln und Rollen zu leben. Sie müssen zu sich selbst und zu anderen Beziehungen aufbauen (vgl. Ruthe/Glöckl 1995, S.51f).

Die Erfahrungen der Kinder in der Alkoholikerfamilie haben Auswirkungen auf das ganze erwachsene Leben. Sie haben auf ihr Denken, ihr Fühlen, ihr Verhalten und ihre Selbsteinschätzung einen prägenden Einfluss (nach Lambrou 1994, S.19-25). Die meisten erwachsenen Kinder von Alkoholikern haben gelernt, die erfahrenen Verletzungen zu verdrängen, so dass sie zunächst keinen Zusammenhang zwischen ihren Problemen, ihren unglücklichen Gefühlen und ihren Kindheitserfahrungen sehen.

Dass das Leben in einer Alkoholikerfamilie deutliche Spuren im eigenen Erwachsenenleben hinterlässt, zeigen zahlreiche Untersuchungen und Statistiken. Viele erwachsene Kinder von Alkoholikern haben später in ihrer eigenen Familie wieder ein Alkoholproblem. Diese Zahlen (z.B. sind 40-60 % der Alkoholiker selbst in einem Alkoholikerhaus aufgewachsen) sind ein weiteres Anzeichen dafür, dass die Alkoholabhängigkeit der Eltern in einem hohen Maße auf die spätere Abhängigkeit ihrer Kinder und auf ihre Partnerwahl einen Einfluss hat (nach Lambrou 1994, S.21).

Auch berichtet Zobel davon, dass insbesondere männliche Risikoprobanden im Erwachsenenalter eine geringere Verhaltenskontrolle, d.h. vermehrt Symptome von Impulsivität und Aggression aufweisen. Diese Verhaltensweisen treten jedoch vor allem dann auf, wenn eine weitere Störung der Eltern (u.a. antisoziale Persönlichkeitsstörung) vorliegt und können somit nicht nur auf die elterliche Abhängigkeit allein zurückgeführt werden.

Viele erwachsene Kinder spüren erst relativ spät, zwischen 25 und 35 Jahren, ein unangenehmes Gefühl, das für sie zunächst nichts mit den Verletzungen und den Schmerzen aus ihrer Kindheit zu tun hat. Die Ursachen für ihre häufig auftretenden Krisen und ihre Probleme in den verschiedenen Lebensbereichen ist ihnen nicht bewusst.

Die Kindheitserlebnisse haben bei den meisten erwachsenen Kindern zu tiefen Verletzungen geführt, die unbedingt behandelt werden müssen. Die Erlebnisse und die damit verknüpften Gefühle dürfen nicht weiter unterdrückt werden und im verborgenen bleiben.

Lambrou (1994, S.24) führt für die Notwendigkeit der Behandlung von erwachsenen Kindern ein anschauliches Beispiel an: "Eiter, der nicht aus einer infizierten Wunde entfernt wird, macht einen Menschen nur noch kränker. Nur wo die Wunde geöffnet wird und der Eiter ausfließen darf, kann der Körper seine Selbstheilungskräfte einsetzen, und die Wunde kann von innen her heilen. Zudecken bewirkt nur das Gegenteil."

Das Gefühlsleben der erwachsenen Kinder

Kinder in Alkoholikerfamilien sind vielfachen psychischen und zum Teil auch physischen Verletzungen ausgesetzt. Die internalisierten Gefühle, die durch mehr oder weniger starke Kränkungen entstanden sind, erschweren ihnen den Aufbau von Liebes- und Freundschaftsbeziehungen. So sehnen sie sich als Erwachsene endlich nach einem Zuhause, in dem sie vertrauen können, ihre Gefühle zeigen können und so geliebt und angenommen werden, wie sie sind (was ihnen ihre Eltern nie geben konnten). Ihre tief verwurzelte Angst vor Nähe ist größer als ihr innigster Wunsch nach Zuneigung. Befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen können daher nur selten aufgebaut werden.

Lambrou (1994, S.100-138) erwähnt emotionale Erfahrungen der betroffenen Kinder, die im Erwachsenenleben eine bedeutende Rolle spielen.

Sich wertlos fühlen

In Alkoholikerfamilien wird den Kindern kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Der Abhängige interessiert sich nur für seinen Alkohol, der wichtiger ist als die Kinder. Der nicht-abhängige Elternteil konzentriert sich vorwiegend auf den abhängigen Partner, den er, meist vergeblich, zu kontrollieren versucht. So macht das Kind die folgenden Erfahrungen: "Ich bin nicht wichtig, ich bin nicht liebenswert, ich bin wertlos" (Lambrou 1994, S.102).

Die erwachsenen Kinder können sich nicht so akzeptieren, wie sie sind: Sie schämen sich wegen ihrer Herkunft und wollen ihre abhängigen Eltern verleugnen. Die betroffenen Kinder erfahren im Laufe ihrer Entwicklung immer wieder Angriffe auf ihr Selbstwertgefühl.

Der Süchtige sucht immer wieder Rechtfertigungsgründe für sein Trinken, die er dann bei den anderen Familienmitgliedern zu finden glaubt. Die Schuld für den Alkohol-

konsum lag immer bei ihnen. Die Kinder fühlen sich für alles verantwortlich und beziehen sowohl das Positive als auch das Negative auf ihre eigene Person. (vgl. Lambrou 1994, S.101-105).

Erwachsene zweifeln daran, eine Aufmerksamkeit überhaupt verdient zu haben. Sie finden sich nicht liebenswert und können auch ihre eigenen Bedürfnissen nicht wichtig und ernst nehmen.

Lambrou bezeichnet die Kindheitserfahrungen für die erwachsen gewordenen Kinder als "akut wirksame Erfahrungen" (Lambrou 1994, S.102; siehe auch Zobel 2000, S.71f).

Die Angst verlassen zu werden

Erwachsenen Kindern aus Suchtfamilien fällt der Aufbau von nahen Beziehungen besonders schwer. Sie können sich nicht als liebenswerten Menschen sehen und sich dementsprechend wichtig nehmen. Es fällt ihnen schwer, herauszufinden, was gut für sie ist. Ihre Erfahrung, für jemand anders nicht wichtig zu sein, lässt sie unter der Angst leiden, verlassen zu werden. Sie glauben nicht an ihre Liebenswertigkeit und sind deshalb davon überzeugt, schnell wieder alleine zu sein.

Um sich mit ihrem Gefühl der Wertlosigkeit nicht auseinander setzen zu müssen, lenken sie ihre Aufmerksamkeit auf andere. Sie wollen für andere wichtig sein und übernehmen in starkem Maße für sie Verantwortung. Das Gegenüber mit seinen Bedürfnissen steht nun im Mittelpunkt. Die erwachsenen Kinder hoffen, auf diesem Weg das Gefühl zu bekommen, liebenswert zu sein (nach Lambrou 1994, S.105-108).

Festhalten an Beziehungen, um jeden Preis

Erwachsene Kinder von Alkoholikern sehnen sich nach dem Verlassen ihres Elternhauses nach einem Ort, an dem ihnen Sicherheit gegeben wird und sie ein Selbstwertgefühl erfahren. Sie sind davon überzeugt, dass der Partner keine Veranlassung sieht,

sie zu verlassen, solange er glücklich ist. Diese unbewusste Hoffnung bestimmt die Beziehungsstruktur dieser Menschen: Der eine Partner opfert sich auf, übernimmt Verantwortung, passt sich an und vergisst sich vielfach dabei. Damit verfolgt er das Ziel, geliebt und nicht verlassen zu werden. Diese ungleich gewichtete Beziehung führt zu Auseinandersetzungen und Trennungen.

Erwachsenen Kindern fällt es schwer, mit Verlustängsten in angemessener und in nicht selbstzerstörerischer Weise umzugehen. Vielmehr kommt ihr Selbstwertgefühl ins Wanken, und sie stellen sich selbst in Frage (vgl. Lambrou 1994, S.109-112).

Co-Abhängigkeit

Co-Abhängigkeit bedeutet der immerwährende Versuch, von sich und seinen Fehlern abzulenken. Es ist eine zerstörerische Art zu leben. Man konzentriert sich nur noch auf andere, und das Gegenüber gewinnt mehr Bedeutung als man selbst.

Co-Abhängigkeit bedeutet eine sehr starke Konzentration auf die Bedürfnisse und das Verhalten eines anderen, so dass die co-abhängige Person sich selbst vernachlässigt. Die Familienmitglieder eines Alkoholkranken sind co-abhängig. Verallgemeinernd leiden solche Menschen darunter, die in der Kindheit missbraucht und vernachlässigt wurden und mithilfe der co-abhängigen Verhaltensweisen versuchen, Gefühle von Angst, Wut und Schuld zu unterdrücken. Sie opfern sich für andere auf und lenken so von sich ab. Die eigenen Bedürfnisse spielen kaum noch eine Rolle, und sie verschmelzen mit denen der anderen. Nach Lambrou (1994, S.119) stellen Boundary-Verletzungen die Ursache für das co-abhängige Verhalten dar. Die Ich-Grenze dieser Menschen wurde in der Kindheit nicht ausreichend gewahrt, so dass sie ihre Identität nur wenig entwickeln konnten und ihre Intimsphäre nicht geschützt wurde. Die erwachsenen Kinder können zwischen sich und den anderen nur schwer eine Grenze ziehen und sich von diesen unabhängig sehen. Diese Personen können zum einen beziehungsüchtig sein und zum anderen gleichzeitig Angst vor Nähe empfinden (nach Lambrou 1994, S.112-120).

"Die empirische Bestätigung dieser Sichtweise ist bisher noch nicht eindeutig: Irwin (1995) fand bei 190 Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 31,5 Jahren sowohl im Codependence Inventory (O'Brien & Gaborit 1992) als auch auf der Spannfischer Codependency Scale (Fisher et al. 1991) keinen Zusammenhang zwischen dem Aufwachsen mit einem abhängigen Elternteil und späterem co-abhängigem Verhalten. Es zeigte sich auch kein Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und späterer Co-Abhängigkeit. Hinkin und Kahn (1995) fanden demgegenüber bei 45 Frauen mit elterlicher Abhängigkeit auf einigen Skalen (Tennessee Self-Concept Scale, Fitts 1965; Symptom Checklist-90, Derogatis et al. 1973; Family of Origin Scale, Hovestadt et al. 1985) signifikant mehr Symptome von Co-Abhängigkeit als bei 52 Frauen ohne elterliche Abhängigkeit. Frauen ohne elterliche Abhängigkeit aber mit trinkendem Partner zeigten ebenso viele Anzeichen von Co-Abhängigkeit wie Frauen mit elterlicher Abhängigkeit und einem abhängigen Ehepartner. Junge erwachsene Risikoprobanden waren außerdem in stärkerem Maße als Kontrollpersonen empfänglich für die emotionalen Bedürfnisse von anderen (Jones & Houts 1992).

Salzmann-Kaup/Körkel (1998) untersuchten 65 Angehörige von Abhängigen und 316 Angehörige von Nicht-Abhängigen anhand einer modifizierten Version des Codependency Inventory (O'Brien & Gaborit 1992) und fanden keine signifikante Beziehung zwischen der Angehörigkeit zu einer abhängigen Person und Merkmalen von Co-Abhängigkeit. Andere Studien finden Zusammenhänge zwischen dem Risikostatus und Symptomen von Co-Abhängigkeit in geringer Ausprägung oder nur bei Subgruppen (Gotham & Sher 1996; Hewes & Janikowski 1998; O'Brien & Gaborit 1992)." (Zobel 2000, S.76/77)

Angst vor Nähe

Erwachsene Kinder aus Alkoholikerfamilien besitzen meist ein geringes Selbstwertgefühl. Sie haben die Überzeugung verinnerlicht, weder schön, noch wertvoll oder liebenswert zu sein. Sie selbst betrachten sich als "Mängelwesen." So haben sie eine gro-

ße Angst, sich anderen gegenüber so zu zeigen, wie sie wirklich sind. Sie befürchten aufgrunddessen, verlassen zu werden.

Sie fürchten sich davor, vom Partner oder Freunden nicht uneingeschränkt angenommen zu werden, und sie versuchen dieses Gefühl dadurch zu unterdrücken, dass sie sich auf verschiedene Art und Weise immer wieder von diesen Menschen distanzieren. Die Kindheitserfahrungen in Bezug auf die erfahrene Zuneigung und das geschenkte Vertrauen dieser Erwachsenen erklärt ihre Verhaltensweisen oder ihre spezifischen Partnerwahlen, die ein Zunahekommen anderer Menschen verhindern.

Das Bedürfnis nach Distanz

Erwachsene Kinder haben Angst vor der Nähe zu anderen und sorgen deshalb bewusst für eine gewisse Distanz zu ihnen. Man kann den nötigen Abstand herstellen, indem man versucht, die Beziehung zu kontrollieren und die Art der Beziehung zu bestimmen. Ist man in der Lage, seine eigenen Bedürfnisse wichtig zu nehmen und diese auch dem anderen mitzuteilen und zu erfüllen, kann man sich anderen Menschen nähern. Erwachsene Kinder spüren eine deutliche Grenze zwischen sich und den anderen und wie schwer es ihnen fällt, mit diesen in Kontakt zu treten.

Probleme mit „Intimität und Nähe“ werden von Zobel 2000, S.73f eindrucksvoll bestätigt.

Die Schwierigkeit, bei sich anzukommen

Erwachsene Kinder aus betroffenen Familien haben das Bedürfnis, über verschiedene Lebensbereiche Kontrolle haben zu können. So kennzeichnet eine Unruhe alle Bereiche ihres Lebens. Diese Unruhe liegt in der Person verwurzelt und tritt immer wieder ein.

Die Kinder müssen sich mit ihrer Geschichte auseinandersetzen, um sich selbst auszuhalten. Sie müssen erkennen, dass ihre verinnerlichteten Verhaltensweisen in der Kindheit notwendig waren, um in der Familie zu überleben.

Gleichzeitig müssen sie sehen, inwieweit sie ihr heutiges Leben beeinträchtigen. Sie müssen sich den Tatsachen stellen und sehen, dass ihre Verletzungen aus der Kindzeit stammen. Ansonsten fliehen diese erwachsenen Kinder immer wieder vor ihren Gefühlen und der dadurch entstehenden Leere.

Diese Personen müssen bei sich ankommen: Sich bedingungslos annehmen können, zu ihren Gefühlen stehen, Stärken und Schwächen zeigen können und sich selber lieben. Und dies wird nicht – oder nur sehr selten – ohne Hilfe möglich sein.

Einschränkungen in der Lebensführung

Die Kinder leiden unter der Familiensituation, was sich in verschiedenen Bereichen ihres Verhaltens manifestiert. Nach Woititz (1990, S.10) leiden diese Kinder jedoch immer unter geringer Selbstachtung, was durch die mangelnden Erziehungsbedingungen in der Alkoholikerfamilie erklärbar wird.

Um sich in sich selbst wohlfühlen muss einem Menschen Respekt, Akzeptanz und Anteilnahme von den unmittelbaren Beziehungspersonen entgegengebracht werden, wozu suchtkranke Eltern jedoch nur bedingt in der Lage sind. Die Selbstwahrnehmung erwachsener Kinder ist mit ihrer Selbstachtung während ihrer Kindheit identisch, sofern eine Intervention für ein verändertes Selbstbild ausbleibt (nach Woititz 1990, S.12).

Erwachsene Kinder von Alkoholikern sind in einer familiären Atmosphäre groß geworden, die für sie unvorhersagbar, unberechenbar und daher unsicher war. Die Familiensituation ihrer Kindheit war sehr spannungsbeladen, und für die betroffenen Kinder war dies eine Stresssituation. Zum einen reagieren sie auf diese Belastungen mit körperlichen Beschwerden, wie z.B. Schlaflosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden, Nervosität und Herz-Kreislaufkrankungen (nach Teske 1994, S.78), zum anderen leiden

die Erwachsenen aufgrund ihrer Kindheitserfahrungen häufig unter Misstrauen, Angst und Unruhe. Sie versuchen, ihr Leben dadurch berechenbarer zu gestalten, indem sie in extremem Maße versuchen, sich selbst und andere zu kontrollieren. Ihre starkes Kontrollbedürfnis bedeutet für sie vielfach erneut Stress.

In Alkoholikerfamilien hat der Alkohol absolute Priorität, so dass ihm die meiste Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die erwachsenen Kinder alkoholkranker Eltern machten deshalb die Erfahrung, dass ihre Gedanken und Gefühle für die Eltern kaum von Bedeutung waren. Diese Kinder nahmen ihre Wahrnehmung selbst nicht wichtig und haben es auch nicht gelernt, darauf zu achten und sich entsprechend um sich selbst und ihre Bedürfnisse zu kümmern. Es kommt vielfach ein Gefühl der Leere und Niedergeschlagenheit in Zeiten der Ruhe auf (siehe Teske 1994, S.79).

In ihrer Kindheit mussten sie sich ausschließlich um andere kümmern. Die dadurch erlittenen Verletzungen mussten in der Kindheit unterdrückt werden, um in diesem Familiensystem überleben zu können. Durch die Kontrolle des eigenen Verhaltens und des der anderen Menschen wollen die erwachsenen Kinder die schmerzlichen Gefühle unterdrücken (nach Teske 1994, S.81).

Sie sorgen sich deshalb in extremem Maße um das Wohl der anderen Menschen und um das Befriedigen ihrer Bedürfnisse. Die eigenen Wünsche spielen hier kaum eine Rolle. In einer zwischenmenschlichen Beziehung zeigen sie eine große Verantwortungsübernahme für das Gegenüber. Für das Gelingen einer Beziehung fühlen sie sich allein verantwortlich, so dass ein Missslingen Schuldgefühle auslöst.

Die erlebten Kränkungen in der Kindheit können bereits bei minimaler Kritik zu einer völligen Abgrenzung und einem Rückzug vom Gegenüber führen. Negative Gefühle, wie z.B. Angst, Trauer und Verzweiflung, versuchen sie durch Projektion auf den anderen Menschen von sich fernzuhalten. (nach Teske 1994, S.81). Erwachsene Kinder alkoholkranker Eltern sind mit ihren Denk- und Handlungsmustern so stark verhaftet, dass sie auch außerhalb der Familie ein Leben führen, als müssten sie weiterhin um ihr Überleben kämpfen. Sie verspüren nur wenig Lebensfreude und empfinden es als sehr

anstrengend, zumal sie sehr viel Energie und Kraft für die eigenen Probleme und die anderer verwenden.

Die Einschränkungen von sozialen Fertigkeiten und eine verminderte psychosoziale Anpassung wird auch von Zobel 2000, S.70 bestätigt.

Typische Charakterstrukturen

Woititz (1990, S.13-15) hat mit Gruppen von erwachsenen Kindern von Alkoholikern gearbeitet. Sie fordert mehr Aufmerksamkeit für diese Bevölkerungsgruppe und nennt sie "erwachsene Alkoholikerkinder von alkoholabhängigen Eltern." Die Erfahrungen dieser Erwachsenen in ihrer Herkunftsfamilie machen es nach Woititz erforderlich, ihre spezifische Situation und die Auswirkungen auf ihr weiteres Leben zu untersuchen.

Bei ihrer Arbeit setzt sie sich vor allem mit den Gefühlen, Gedanken, Einstellungen und Reaktionsformen dieser Erwachsenen auseinander und mit dem Einfluss des Alkohols auf ihr eigenes Leben.

Sie beobachtete dabei eine Reihe allgemeiner Charaktereigenschaften, die bei den erwachsenen Alkoholikerkindern zu beobachten sind (Woititz 1990, S.14f):

- Diese erwachsenen Kinder wissen nicht, was normal ist.
- Sie können eine Sache nur schwer vom Anfang bis zum Ende durchführen.
- Erwachsene Kinder von Alkoholikern lügen, obwohl sie genauso leicht die Wahrheit sagen könnten.
- Sie verurteilen sich selbst in sehr starkem Maße.
- Es fällt ihnen sehr schwer, Spaß zu haben.
- Sie nehmen sich sehr ernst.
- Sie haben Probleme mit intimen Beziehungen.

Erkennen
Kinder von suchtkranken Eltern

- Bei Veränderungen, die sie selbst nicht verändern können, zeigen sie ein überreaktives Verhalten.
- Sie sind ständig auf der Suche nach Anerkennung und Bestätigung.
- Erwachsene Kinder von Alkoholikern haben meistens das Gefühl, anders als die anderen Menschen zu sein.
- Sie zeigen entweder eine übertriebene Verantwortungsübernahme oder sie verhalten sich völlig verantwortungslos.
- Sie sind in extremem Maße zuverlässig, unabhängig davon, ob dies der Person oder Sache gegenüber angemessen ist.
- Diese erwachsenen Kinder zeigen ein sehr impulsives Verhalten. Sie fixieren sich vielfach auf Verhaltensweisen, ohne dabei über Alternativen zu verfügen oder die Konsequenzen zu bedenken. Ihre Impulsivität führt zu Verwirrung, Selbstverachtung und Kontrollverlust über die Umgebung. Sie benötigen viel Energie, um die Verwirrung zu beheben.

Wild (1990, S.16) führt noch weitere Problembereiche an, die immer wieder auftreten:

- Sie erfahren keine positive Persönlichkeitsentwicklung.
- Sie haben keine Fähigkeiten zur Auseinandersetzung gelernt.
- Sie sehnen sich nach Aufregung und Aktionismus, ohne an die Folgen zu denken.
- Sie haben ein tiefes Misstrauen gegenüber jedem.
- Sie akzeptieren nicht-akzeptables Verhalten.
- "Problemfälle" ziehen sie magisch an.

Betroffene Kinder suchen in ihrem Leben immer wieder die ihnen bekannten Muster und haben somit meist suchtkranke Partner und Kontakt zu Menschen mit ähnlichen Erfahrungen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Mehr als 50% der Suchtkranken stammen aus Familien, in denen sie Suchtkrankheit erlebten. Das Leben in einer suchtkranken Familie hinterlässt "Spuren" bis ins Erwachsenenalter. Aufgrund des Erlebten werden eigene Probleme verdrängt und nicht in einen Zusammenhang mit der eigenen Kindheit gebracht. Erwachsene Kinder aus betroffenen Familien zeigen ein geringes Selbstwertgefühl und versuchen oft, aus Scham, ihre "Herkunft" zu verheimlichen. Sie fühlen sich (immer noch) für alles verantwortlich und suchen Schuld (nur) bei sich selber. Sie wollen für andere Menschen "wichtig" sein, machen sich daher unentbehrlich und übernehmen Verantwortung (für alles und jeden). Entsteht eine Beziehung, wird um jeden Preis (Selbstverleugnung, Selbstzerstörung) an ihr festgehalten, dies ist "Co-Verhalten" (Co-Abhängigkeit). Dabei zeigen die Betroffenen gleichzeitig große Angst vor emotionaler Nähe, und sie halten gefühlsmäßige Distanz. Ihr Leben ist "eingeschränkt" durch psychosomatische Beschwerden (Stress-Erkrankungen), depressive Verstimmungen/Phasen, Verleugnung eigener Wünsche und Bedürfnisse, "negative" Gefühle (Angst, Verzweiflung), kurz: sie verspüren wenig Lebensfreude. Sie suchen ständig nach Anerkennung und/oder Bestätigung und verhalten sich (oft) impulsiv.

Beantworten Sie folgende Fragen zur Vertiefung der Ausführungen:

1. Welche Merkmale werden erwachsenen Kindern aus suchtkranken Familien von Woititz zugeschrieben?
2. Welche Problembereiche benennt Wild?
3. Welche Eigenschaften beschreibt Lambrou?

In der Sozialen Arbeit ist beobachtbar:

1. Erwachsene Kinder aus betroffenen Familien zeigen selber Suchtverhalten.
2. Sie zeigen ein geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.
3. Betroffene Kinder "klammern" in/an Beziehungen, lassen aber gleichzeitig
4. keine (echte) emotionale Nähe zu und halten gefühlsmäßige Distanz.
5. Sie zeigen Verhaltensmerkmale von Co-Abhängigen.

Erkennen
Kinder von suchtkranken Eltern

6. Psychosomatische Erkrankungen, depressive Verstimmungen und wenig Lebensfreude sind zu beobachten.
7. Sie verurteilen sich selber und sind gleichzeitig immer auf der
8. Suche nach Anerkennung und Bestätigung.
9. Kinder aus betroffenen Familien haben als Erwachsene (oft) wenig Durchhaltevermögen.
10. Sie sind extrem zuverlässig und hoch verantwortungsbereit.
11. Sie können sich mit Problemen wenig auseinander setzen.
12. Sie suchen Aktionen und Aufregungen, Problemfälle jeder Art ziehen sie an.

2.3.6 Das spezifische Rollenverhalten der Kinder

Die Kinder in einer Alkoholikerfamilie wachsen nicht in normalen bzw. natürlichen Lebensbedingungen auf. Vielmehr werden sie in einem "dysfunktionalen Familiensystem" (Bertling 1993, S.70) groß, das für die Kinder und ihre Bedürfnisse kaum Platz lässt.

Das System Familie nimmt auf diese Familienmitglieder keine Rücksicht. Um unter diesen Bedingungen "überleben" zu können, müssen die Kinder auf das System entsprechend reagieren. Durch die Übernahme verschiedener Rollen reagieren sie auf "... den gestörten Familienrhythmus und das gestörte Familiensystem ..." (a.a.O.). Die Rollenübernahme der Kinder geschieht im Laufe der Zeit und wird von ihnen selbst nicht bemerkt. Die Übernahme einer bestimmten Rolle stellt für die Kinder eine "Überlebensstrategie" (a.a.O.) im Zusammenleben mit einem suchtkranken Elternteil dar. Nur so können sie die Situation in der Familie meistern.

Wegscheider (1988, S.112-160) hat vier typische Rollen beschrieben, die Kinder in solchen Familien annehmen. Einige Autoren beschreiben zusätzlich noch weitere Rollen (vgl. Bertling 1993, S.73-76).

Erkennen
Kinder von suchtkranken Eltern

Zobel (2000, Seite 31) gibt folgenden tabellarischen Überblick:

Die Rollenmodelle im Überblick:

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackermann (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungs- bewusstes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon	Chamäleon	
		Der Übererwach- sene		
		Der Distanzierte		
		Der Unverletzte		

Welche Rolle von welchem Kind gespielt wird, hängt von verschiedenen Kriterien ab; so u.a. von der Geschwisterreihenfolge, dem Alter, der individuellen Persönlichkeit, dem Geschlecht, der Größe der Familie usw. Ein Kind ist nicht untrennbar an eine Rolle gebunden. Bestimmte Umstände können auch zu einem Rollenwechsel führen. Die Größe der Familie entscheidet darüber, ob z.B. ein Einzelkind Teile von allen Rollen übernimmt oder in großen Familien die Rolle von mehreren Kindern besetzt ist.

Die nachfolgend aufgeführten Rollen werden bei betroffenen Kindern beobachtet. (vgl. Wegscheider 1988, S.112-160; siehe Bertling 1993, S.70-77; vgl. Flügel/Lindemann 1992, S.4-7; vgl. Huber 1990, S.125-133; nach Arenz-Greiving 1993, S.18-28; siehe Lambrou 1994, S.138-159; Black 1988, S.26):

Der Held (Familienstolz- Elternkind)

Die Rolle des Helden wird in der Regel von der ältesten Tochter oder dem ältesten Sohn gespielt.

Der Erstgeborene besitzt in der Familie eine besondere Position, da er mit den Eltern ein "Familiendreieck" (Wegscheider 1988, S.112) bildet, was "... der Hintergrund für sein allmählich erwachendes Selbst" (a.a.O.) ist.

Als erwünschtes Kind wird ihm das Gefühl vermittelt, etwas Besonderes zu sein. In seinen ersten Lebensjahren wird ihm Liebe und Anerkennung geschenkt, was die nachfolgenden Geschwister in diesem Maße nie erfahren können. Dies stellt die Grundlage für sein Selbstwertgefühl dar.

So ist der "Held" sehr erfolgreich und bringt sehr gute Leistungen. Nach außen hin stellt er den Stolz der Familie dar und vermittelt der Familie ein gewisses Selbstwertgefühl. In der Familie erweist er sich als hilfreich und verfolgt unerbittlich das Ziel, das Familiengleichgewicht herzustellen.

Der "Held" will durch seine Leistungen und Erfolgserlebnisse die Verhältnisse zum Guten hinwenden. Er will so gut sein, dass er der Umwelt zeigen kann, dass mit seiner Familie alles in Ordnung ist (vgl. Wegscheider 1988, S.114). Seine Erfolge verhelfen ihm und gleichzeitig auch der Familie in seiner Umwelt zu Ansehen. Dabei wird ihm bewusst, dass er an der familiären Situation dadurch nichts ändern kann und er ihr nur hilflos gegenüberstehen kann. Für seine Eltern oder auch seine Freunde ist er der "Gewinner" (Wegscheider 1988, S.115) und sehr beliebt. Er selbst fühlt sich jedoch als

Verlierer und schuldig. Dennoch ist seine gute und erfolgreiche Art weiterhin charakteristisch für den Helden.

Das Drama in der Familie veranlasst ihn jedoch dazu, die Familie früh zu verlassen, ohne jedoch mit der Familie zu brechen. Der "Held" baut mit seinem Verhalten eine Fassade auf, die ihn nach außen als "gesund" und unbeschadet von den familiären Ereignissen erscheinen lässt.

Bei all seinen Anstrengungen vergisst er jedoch völlig, sich auch um seine Bedürfnisse zu kümmern. Er nimmt durch seine Begabungen die Aufgabe auf sich, den anderen Familienmitgliedern ein Selbstwertgefühl, auf Kosten seines eigenen, zu vermitteln. Er steht immer unter dem Druck, Leistung zu erbringen, so "... wird der Held jene Teile seiner Persönlichkeit entwickeln, die am meisten Erfolg versprechen" (Wegscheider 1988, S.116). Der "Held" läuft so Gefahr, seine eigenen Grenzen zu überschreiten und zu viel von sich zu verlangen. Er legt einen stark ausgeprägten Ehrgeiz an den Tag, der perfektionistische Züge annehmen kann.

Das schwarze Schaf (Sündenbock)

Die Rolle des schwarzen Schafes wird vorwiegend von dem zweitgeborenen Kind in der Familie gespielt. Am Beispiel des älteren Bruders oder der älteren Schwester, dem Helden, kann er beobachten, dass das brave und rücksichtsvolle Verhalten Lob und Anerkennung erntet. Er versucht zunächst nach diesem Vorbild zu leben, um so Zuneigung zu bekommen.

Trotz seiner Bemühungen und Anstrengungen lernt das schwarze Schaf, dass immer der Held das besondere in der Familie sein wird und er selbst dies nicht erreichen kann. Es scheint für ihn aussichtslos zu sein, Anerkennung zu bekommen.

Seine Reaktion darauf ist Flucht. So zieht sich das Kind immer mehr aus der Familie zurück bis. Während der Zuhelfer und auch der Held den Abhängigen und die "gestör-

te Familiensituation" (Wegscheider 1988, S.125) decken, übernimmt das schwarze Schaf in diesem Drama die Rolle des "Schurken" (a.a.O.).

Sein starkes Bedürfnis, zur Familie zu gehören und von ihr beachtet zu werden, wird auf "normale" Art und Weise nicht befriedigt. Durch die Schurkenrolle erhofft er sich die nötige Zuwendung und Wertschätzung der Familie. "Zugegeben, ein Problemkind wird nie so viel Applaus bekommen wie es ersehnt, aber ausgebuht zu werden ist immer noch besser als Nichtbeachtung." (a.a.O.). Das Zitat von Wegscheider drückt den Hunger nach Liebe aus, den das schwarze Schaf mit allen Mitteln zu befriedigen versucht.

Wegscheider (1988, S.125) bezeichnet sein Verhalten "... als negatives Spiegelbild des Helden ..." Während der Held verantwortungsbewusst ist, verhält sich das schwarze Schaf verantwortungslos. Der Held versucht alles, um die Familie nach außen als normal darzustellen, während das schwarze Schaf die Familie ins schlechte Licht rücken will.

Diese Rolle bringt nach Wegscheider (1988, S.129) die schädlichsten Konsequenzen für das Kind mit sich. Zu den negativen Auswirkungen der Familiensituation zeigt dieses Kind ein "... selbstzerstörerisches Verhalten" (a.a.O.), was sein Selbstbewusstsein völlig zerstört.

Das stille Kind/das verlorene Kind (Vergessenes Kind- Träumer)

Das dritte Kind, das zur Familie hinzukommt, spielt dann die Rolle des stillen Kindes. Zu diesem Zeitpunkt ist das Familiendrama bereits in vollem Gange. Es nimmt die Spannungen wahr, ohne jedoch die Handlungen zu verstehen. Keiner der Familienmitglieder ist bereit, die Familiensituation offen und klar darzustellen, zumal die internen Regeln ein klärendes Gespräch verbieten.

Auf seine Verwirrung reagiert es mit Rückzug, und es macht sich "unsichtbar." Den einzigen Ausweg aus dem undurchschaubaren Drama sieht das Kind darin, sich um sich selbst zu kümmern und den anderen aus dem Weg zu gehen. Es schottet sich von der Familie, somit sowohl von den positiven als auch den negativen Seiten, vollkommen ab und wird zum "Außenseiter". Das stille Kind zieht sich aus dem Familiendrama immer mehr raus, so dass "... es sich mehr und mehr wie ein Fremdes in seiner eigenen Familie" fühlt. Wegscheider (a.a.O.) spricht in diesem Zusammenhang auch vom "vergessene[n] Kind", zumal von der Familie seine Bedürfnisse unbeantwortet bleiben und an ihm wenig Interesse gezeigt wird.

Das Kind zieht sich in sich zurück und baut sich häufig eine Traumwelt auf, in der es glücklich ist und all das bekommt, was es in seinem wirklichen Leben fortwährend entbehren muss. Diese Fantasien können einige Jahre fortbestehen. Das Kind zieht sich dabei u. U. stundenlang in sein Zimmer zurück, beschäftigt sich alleine oder es denkt sich Freunde aus. Der Rückzug in die Scheinwelt erschwert dem stillen Kind ein Leben im realen Alltag. Wegscheider (1988, S.138) meint hierzu: "Es hat nicht gelernt, wirklich lebendig zu sein."

Der richtige Umgang mit Gefühlen fällt ihm schwer, und es hat weder gelernt zu teilen, noch sein Eigentum zu verteidigen. Die mangelnde Beachtung durch die Familie gibt ihm das Gefühl, überhaupt nicht anwesend zu sein. Es empfindet ein sehr geringes Selbstwertgefühl.

Der Clown

Die Rolle des Clowns wird meist von einem Nachkömmling gespielt. Zum Zeitpunkt seiner Geburt ist das Familiendrama bereits sehr weit fortgeschritten. Die anderen Familienmitglieder haben in unterschiedlich starkem Ausmaß die Symptome der Alkoholkrankheit ausgebildet. Wegscheider meint damit "Zwanghaftigkeit, Verleugnung und Selbsttäuschung" (1988, S.147).

Der Clown befindet sich außerhalb des Familiendramas und fühlt sich einsam. Die vorgefundene Situation verwirrt ihn. Gleichzeitig tragen die anderen Mitglieder nicht zur Erklärung der Situation bei, sondern verschweigen ihm Informationen und machen ihm etwas falsches vor, indem sie Unwahrheiten erzählen. Wegscheider (1988, S.147f) erklärt dies mit dem Drang der Familie, das kleine hilflose Kind vor der wirklichen Realität zu schützen. Das Kind in der Clown-Rolle bekommt Angst. Die anderen vermitteln ihm mit Hilfe von Halbwahrheiten und Lügen immer wieder, dass alles in Ordnung sei. Gleichzeitig hat es eine völlig andere Wahrnehmung und spürt, "... dass irgendetwas nicht stimmt, dass jenes Etwas sehr bedrohlich ist" (Wegscheider 1988, S.148).

Die Diskrepanz zwischen seiner Wahrnehmung und dem Gesagten lassen bei dem Kind die Angst aufkommen, verrückt zu werden. Diese Angst erzeugt Spannungen in ihm, zumal er sie sich nicht erklären kann und sie nicht äußern darf. Diese Spannungen drücken sich nach Wegscheider (1988, S.149) in Clownereien aus. So lenkt er die Aufmerksamkeit auf sich und kann die Familie, zumindest für kurze Zeit, aufheitern.

Neben der positiven Aufmerksamkeit kann der Clown auch negative Aufmerksamkeit auf sich ziehen, zumal sich seine Spannungen und seine Überaktivität auch durch lästiges und unberechenbares Verhalten entladen kann. (a.a.O.). Dennoch gelingt es ihm in beiden Fällen, in diesen Momenten die Familie unter Kontrolle zu haben, und es kann sich solange in Sicherheit fühlen. Die Familie kann sich so für eine gewisse Zeit vom Alkohol und der Krise ablenken.

Das Chamäleon

Das Chamäleon richtet seine ganze Aufmerksamkeit auf die anderen. Mit viel Einfühlungsvermögen und Sensibilität versuchen diese Kinder herauszubekommen, was das Gegenüber von ihnen braucht und wie sie sich verhalten sollen, damit es ihnen gut geht. Das Chamäleon hat ein besonders ausgeprägtes Gespür dafür, welche Bedürfnisse die anderen haben. Es verhält sich dann so, dass sich die anderen Familienmitglieder gut fühlen, ihre Wünsche erfüllt werden und diese eine positive Meinung von ihm haben.

Es will von den anderen gebraucht werden, so dass diese Menschen immer so sind, "... wie andere sie gerade brauchen" (Lambrou 1994, S.142).

Das Ziel dieser Überlebensstrategie liegt darin, sich mit all ihrer Kraft, ihren Fähigkeiten und ihrer Liebe, den anderen zuzuwenden. Diese Kinder lernen es nicht, sich um ihre eigenen Gefühle zu kümmern. Diese werden verdrängt.

Der Friedensstifter

Der Friedensstifter versucht, alle anderen Familienmitglieder in dieser leidvollen Situation zu trösten und ihr Leben angenehmer zu gestalten, als sei er dafür verantwortlich. Das harmonische Kind, wie es Flügel/Lindemann (1992, S.6) bezeichnen, versucht, eine gute Atmosphäre in der Familie zu erhalten und für Frieden zu sorgen.

Diese Kinder wollen jedem Konflikt aus dem Weg gehen, indem sie den Problemen eine geringere Bedeutung beimessen und eine beschwichtigende Funktion haben. Die eigentlichen Ursachen können dadurch nicht angegangen werden.

Der Friedensstifter besitzt ein großes Einfühlungsvermögen für die Gefühle der anderen Familienmitglieder, so dass er diesen sehr viel Verständnis entgegenbringt. Die Kinder, die in der Familie diese Rolle einnehmen, besitzen die Eigenschaft, den ande-

ren Zeit zu widmen und ihnen zuzuhören. Dieses Kind "... nimmt damit der Mutter die Traurigkeit, dem Bruder die Angst, der Schwester die Verlegenheit und dem Vater den Zorn" (Black 1988, S.26).

Das übererwachsene Kind

Das übererwachsene Kind hat in einer Suchtfamilie kaum eine Möglichkeit, wirklich Kind sein zu können. Von dem nicht-abhängigen Elternteil wird es vielfach als Partnerersatz benutzt, was sich bis hin zum sexuellen Missbrauch steigern kann. Das Kind selbst fühlt sich wesentlich älter, da es auch viel Verantwortung übernimmt.

Sich selbst gegenüber sind solche Kinder äußerst kritisch eingestellt, so dass sie ihre eigenen Gefühle sehr stark kontrollieren und vielfach auch verleugnen. Es kann nicht ausgelassen und entspannt leben, da es ständig wachsam sein muss. (vgl. Ackermann, 1987).

Das distanzierte Kind

Durch das Verhalten dieser Kinder wollen sie vor sich eine Mauer aufbauen, durch die keiner hindurchdringen kann, der ihnen weh tun oder sie verletzen kann. Die Abwehr gegenüber allen negativen Einflüssen ist so groß, dass dieses Kind mit der Vorstellung lebt, dass es ihm sehr gut geht.

Die belastenden Folgen der elterlichen Abhängigkeit und bedrückende Gefühle werden geleugnet bzw. unterdrückt. Auf kritische Situationen reagiert es mit Flucht und Distanz. Da es Konflikten immer aus dem Weg geht, kann es keine Problemlösungen lernen und sich keinen Auseinandersetzungen stellen. (vgl. a. a. O.)

Das unverletzte Kind

Das unverletzte Kind sieht die erlebten Verletzungen in der Familie und will diese auch nicht verdrängen. Es gibt seine Kränkungen offen zu und bewertet es selbst als keine Schwäche, verletzt worden zu sein.

Diesem Kind fällt es leichter, an seiner Lage etwas zu verändern und mit den Belastungen positiver umzugehen. (vgl. a. a. O.)

Ein Überblick: ²²

Rollenmusterzuschreibung:

1. nach der Stellung in der Familie:

- 1. Kind: der Held
- 2. Kind: das schwarze Schaf
- 3. Kind: das stille Kind
- Nachkömmling: der Clown

2. nach Empfindsamkeit/Einfühlungsvermögen:

- das Chamäleon
- der Friedensstifter

3. nach Willensstärke/Durchsetzungsvermögen:

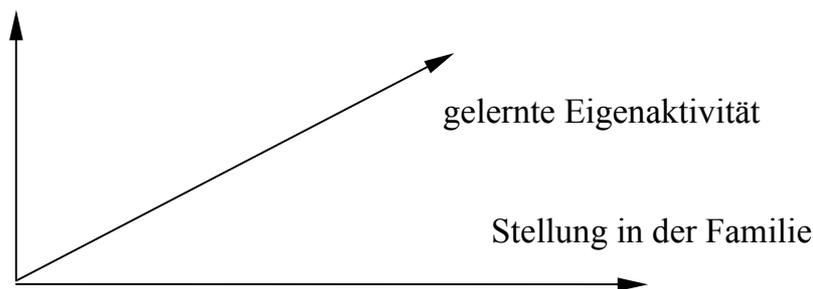
- das übererwachsene Kind
- das distanzierte Kind
- das unverletzte Kind

²² Dieser Überblick ist vom Autor erstellt, er enthält daher keine Quellenangaben.

Der Nachteil der von den unterschiedlichen Autoren vorgenommenen Katalogisierung von Verhaltensmustern liegt in der monokausalen Erklärung.

Wenn man die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie zugrunde legt, begründet sich die Entwicklungsperspektive des Kindes aus einer Suchtfamilie aus der Wechselwirkung von Familienatmosphäre/Erziehungsstil, der Stellung in der Familie und der gelernten Eigenaktivität.

Familienatmosphäre/Erziehungsstil



Die gelernte Eigenaktivität wiederum entwickelt sich auf dem aktuellen Stand der Persönlichkeitsbildung zum Zeitpunkt der akuten Alkoholproblematik der Familie und den erlebten Verhaltensweisen der einzelnen Familienmitglieder.

Der Belastungssituation begegnet das Kind bereits mit seinen Fähigkeiten zu reagieren. Strategien für ein Bewältigungsverhalten sind jedoch kaum oder gar nicht ausgebildet und je nach psychischer Sensibilität wird dem Kind ein Rollenverhalten zwanghaft oder modellhaft zu geordnet (bzw. auch mehr oder weniger bewusst übernommen).

Bei bereits entwickelter Willensstärke zeigen diese Kinder ein größeres Distanzverhalten bis hin zum Abwenden von ihrer Familie.

Das Verstehen der Rollenmuster hat letztlich Bedeutung für die Hilfeleistung.

Bezüglich der Rollenübernahme wird zusammenfassend festgestellt:

Um im "kranken" System Familie überleben zu können, müssen die Kinder auf die Situation entsprechend reagieren. Kinder übernehmen daher in der Familie typische Rollen, die auch von dem Alter, der Geschwisterreihenfolge, der Persönlichkeit, dem Geschlecht und den "Zuweisungen" innerhalb der Familie abhängig sind. Die Rollen reichen vom "Held" bis zum "Sündenbock", sie umfassen den "Clown" und den "Friedensstifter", man findet das vergessene Kind, das "Chamäleon", übererwachsene und distanzierte Kinder sind ebenfalls zu beobachten. Festgehalten werden muss auch, dass es trotz allem auch "unverletzte" Kinder gibt.

Beantworten Sie sich die Frage, welche Rollen können Kinder einnehmen und wie werden diese Rollen "inhaltlich gefüllt"?

In der Sozialen Arbeit ist zu beobachten:

1. Es gibt (oft) einen "Helden" in der Familie, dieser vermittelt der Familie, aufgrund guter Leistungen, einen gewissen Stolz.
2. Der Held will zeigen, dass in der Familie doch alles in Ordnung ist.
3. Er verlässt die Familie aber früh, und
4. er vernachlässigt seine eigenen Bedürfnisse und Wünsche.
5. Ein Sündenbock in der Familie zieht negative Zuschreibungen auf sich und
6. reagiert oft mit Flucht (auch mit tatsächlichem Weglaufen).
7. Ein Kind kann völlig "unsichtbar" bleiben, und es fällt selbst dem professionellen Helfer kaum auf.
8. Ein Kind sorgt für "Spaß" in der Familie, ist dabei aber völlig ängstlich und unsicher in Bezug auf seine Wahrnehmungen.
9. Dieser "Clown" zeigt aber auch Überaktivitäten, "lästiges" und völlig unvorhersehbares Verhalten.
10. Wir finden Kinder, die es hervorragend gelernt haben, sich anzupassen - sie finden Bedürfnisse und Wünsche des Gegenübers (auch des Helfers) sicher heraus,

11. sie verhalten sich aber oft auch sehr distanziert.
12. Kinder aus betroffene Familien reagieren u. U. auch mit einer ausgeprägten Konfliktscheue und versuchen immer und überall auszugleichen.
13. Übererwachsene ("frühreife") Kinder, mit hoher soziale Kompetenz in Bezug auf die Alltagsbewältigung, sind zu beobachten.
14. Auch Kinder, die das Problem und ihre Verletzungen offen eingestehen und damit auch aktiv nach Hilfe suchen sind festzustellen.

2.3.7 Verhaltensstörungen dieser Kinder

Kinder, die in Alkoholikerfamilien aufwachsen, sind in hohem Maße von der spezifischen Familiensituation mitbetroffen. Die Alkoholprobleme der Eltern hinterlassen an ihren Kindern Spuren, so dass z.B. das Verhalten der Kinder davon beeinflusst wird. Bertling (1993, S.124) geht auf die Störung des Verhaltens näher ein, da dies eine mögliche Folge der erlebten Familiensituation ist.

Die Symptome der Verhaltensstörungen sind vielfältig. Es kann sich hierbei z.B. um Aggressivität oder Konzentrationsschwäche handeln, ebenso kann es sich auch im körperlichen Bereich niederschlagen und psychosomatische Beschwerden hervorrufen (nach Bertling 1993, S.125).

Einige Untersuchungen, die die Folgen des elterlichen Alkoholismus für die Kinder zu ihrem Gegenstand gemacht haben, sind übereinstimmend zu dem Ergebnis gekommen, dass die Kinder in diesen Familien einer erheblichen Belastung ausgesetzt sind. Es kommt zu psycho-physischen Störungen, wobei über das Ausmaß noch keine gesicherten Ergebnisse vorliegen (nach Huber 1990, S.81).

Die Kinder stehen den Ereignissen meist hilflos gegenüber, und mit ihren Erlebnissen und den damit verbundenen Gefühlen sind sie vielfach allein gelassen.

So ist das (auffällige) Verhalten für sie häufig eine Möglichkeit, die Familiensituation aufzuarbeiten. Mithilfe ihrer Verhaltensstörungen verfolgen sie vielfach auch das Ziel, Aufmerksamkeit für sich und ihre Lebenssituation zu bekommen.

Jacobi/Bastine (1977, S.116) definieren Verhalten und Verhaltensstörung wie folgt: Verhalten "umfasst sowohl die beobachtbaren Handlungen, als auch die Wahrnehmungen, das Erleben, Denken und Gedächtnis. Verhaltensstörungen sind Abweichungen vom 'normalen' Ablauf dieser psychischen Funktionen."

Bertling (1993, S.130) spricht von einem Teufelskreis, in dem sich die Kinder befinden. Durch die im folgenden dargestellten Verhaltensstörungen bewirken sie im Umgang mit den Mitmenschen verschiedene Verhaltensweisen bei ihnen, die sie im Umgang mit den betroffenen Kindern zeigen.

Bertling (1993, S.125-130) führt auch Verhaltensmuster und Störungen an, die bei den betroffenen Kindern auftreten können:

Aggressionen:

Es gibt verschiedene Erklärungen ihres aggressiven Verhaltens. Aggressive Verhaltensweisen können durch situative Gegebenheiten hervorgerufen werden, auf die sie unmittelbar reagieren. Gleichzeitig können sie auch durch die große Anzahl der "... im Elternhaus erlebten Depressionen, Erniedrigungen und Gewaltanwendungen" (Bertling 1993, S.125) zustande kommen. In diesem Fall kommt es zu einer Übertragung der Aggression gegenüber dem unangreifbaren alkoholkranken Elternteil auf andere Personen.

Viele Aggressionen der Kinder entstehen durch das Lernen am Modell, da sie durch Imitation der Eltern gelernt haben, dass Probleme mit Aggressionen gelöst werden. Die zahlreichen Frustrationen, die das Kind in der Familie erlebt, können auch eine Ursache für das aggressive Verhalten darstellen.

Hyperaktivität:

Verschiedene Untersuchungen belegen einen Zusammenhang zwischen der Hyperaktivität der Kinder und der Alkoholabhängigkeit der Eltern (siehe Bertling 1993, S.126). Parnitzke/Prüssing (in: Bertling 1993, S.126) kamen zu dem Ergebnis, dass 53 % der Alkoholikerkinder von der Hypermotorik betroffen sind.

Als Grund für diese Störung wird häufig auch die Nervosität der Kinder gesehen, die nach Corell (in: Bertling 1993, S.126) in den "schwankenden Erziehungsmaßnahmen" und in der "unsichere[n] Erziehungshaltung" der Eltern begründet liegt. Ein Großteil der Kinder, die unter der Alkoholembryopathie leiden, zeigen diese Verhaltensstörung.

Emotionale Störungen:

Die Familiensituation der betroffenen Kinder wird häufig auch im Innern der Kinder verarbeitet. Nach Bertling (1993, S.126) leiden sie dann unter "... Angstsymptomen, Depressionen oder einem geringen Selbstwertgefühl."

Ihr gestörtes Verhalten richten sie nicht gegen die Umwelt, sondern gegen sich selbst. Moos/Billings (in: Bertling 1993, S.126) konnten nachweisen, dass diese Kinder doppelt so häufig unter "emotionalen Störungen" zu leiden haben, als Kinder aus "normalen Familien." Dabei handelt es sich vorwiegend um Angst und Depressionen.

Weitere Untersuchungen konnten nachweisen, dass betroffene Kinder häufiger unter Selbstvorwürfen und einem geringen Selbstwertgefühl leiden und Verstimmungen in stärkerem Maße ausgesetzt sind (vgl. Hughes/Fine et al. in: Bertling 1993, S.126).

Passivität:

Die Hauptursache der Passivität liegt in der Angst dieser Kinder. Nach Bertling (1993, S.127) führt das geringe Selbstbewusstsein und die häufigen Frustrationserlebnisse in

der Familie zu Angst, die "Passivität, Desinteresse und/oder Resignation" zur Folge haben kann. Diese Ängstlichkeit bedingt den Rückzug aus der sozialen Umwelt. Die Abschottung hat wiederum Passivität zur Folge. Der mangelnde Kontakt zu den Mitmenschen kann diese Kinder zu Außenseitern und Einzelgängern machen (vgl. Bertling 1993, S.127). Nimmt diese Verhaltensstörung neurotischen Charakter an, so beginnen die Kinder, von zu Hause wegzulaufen und die Schule zu schwänzen. Die Kinder fühlen sich in dieser Rolle meistens sehr unwohl; sie sehen aber aufgrund ihrer Ängstlichkeit und Passivität keinerlei Möglichkeit, aus dieser Situation herauszukommen.

Imponier- und Angeberverhalten:

Die Familiensituation ruft bei den Kindern Minderwertigkeitsgefühle hervor. Sie fühlen sich dadurch weniger angenommen. Um gegen diese negativen Gefühle anzukommen und sie zu verdrängen, versuchen sie alles, um mehr Ansehen zu bekommen und akzeptiert zu werden.

Sie erfinden Geschichten, die ihre eigentlichen Wünsche von ihrem Leben widerspiegeln, so dass auch für sie das Leben wieder eine ganz andere Bedeutung bekommt (nach Bertling 1993, S.127). Es fällt ihnen vielfach schwer, die Realität von der Fantasie zu unterscheiden.

Demonstratives, risikoreiches, hysterisches Verhalten:

Das demonstrative und risikoreiche Verhalten lenkt vor allem die Aufmerksamkeit der Gleichaltrigen auf diese Kinder. So erhalten sie z.B. durch ihre Bereitschaft zu Mutproben oder Abenteuer von ihnen Bewunderung.

Auch das hysterische Verhalten bewirkt eine erhöhte Aufmerksamkeit der Umwelt. Obwohl negative Reaktionen zu erwarten sind, haben diese Kinder dadurch trotzdem ihr Ziel erreicht, Beachtung zu bekommen.

Neurotische Störungen:

Es gibt verschiedene Arten von neurotischen Störungen, die nach Bertling (1993, S.128) das Verhalten der Kinder beeinflussen können. Diese "... psychische(n) Beeinträchtigungen" (a.a.O.) kommen durch unbewusste und unverarbeitete Konflikte zustande. Davon sind nur Teile der Persönlichkeit und des Verhaltens betroffen. "Das Aufkommen neurotischer Störungen ist unter anderem durch psychisch negativ wirkende soziale Einflüsse, aktuelle Situationen und eine reduzierte Fähigkeit zur Konfliktbewältigung bedingt, denen Kinder von Alkoholikern unterliegen können." (a.a.O.). Es kann sich darin äußern, dass sie ständig an ihrer Liebenswürdigkeit zweifeln oder auch in einem "... anstrengend(en)" und fordernden Verhalten der Kinder.

Dieses gestörte Verhalten wird unverhofft und unwillentlich durch eine bestimmte Situation hervorgerufen. Die Umwelt bewertet es jedoch als ein gewolltes Verhalten der Kinder, wodurch Umgangsschwierigkeiten mit ihnen vorprogrammiert sind.

Psychosomatische Störungen:

Die Kinder von Alkoholikern erklären sich ihre psychosomatischen Beschwerden dadurch, dass sie aufgrund ihrer Familiensituation erheblichen psychischen Belastungen ausgesetzt sind (nach Bertling 1993, S.129). Das Auftreten körperlicher Krankheiten mit psychischen Ursachen kann nach Bertling (a.a.O.) Störungen im "Leistungs- oder Sozialverhalten" hervorrufen, wenn sie eine längere Zeit andauern.

Eine kurze Zusammenfassung lautet an dieser Stelle:

Kinder aus suchtkranken Familien zeigen (fast immer) zahlreiche Verhaltensstörungen. Diesbezüglich gibt es fast nichts, was es nicht gibt. Zu nennen sind u. a.: Aggressionen, Hyperaktivität aber auch Passivität, Imponierverhalten und hohe Risikobereitschaft. Psycho-somatische Erkrankungen kommen (häufig) vor.

Zur Vertiefung ist es hilfreich, sich zu vergegenwärtigen, welche Verhaltensmuster/-störungen sich bei betroffenen Kindern besonders häufig beobachten lassen.

Die Praxis der Sozialen Arbeit wird aufzeigen:

1. Betroffene Kinder zeigen Aggressionen, die sich aus Situationen ergeben,
2. die Aggressionen könne sich aber auch ohne situativen Anlass gegen andere Familienmitglieder richten.
3. Hyperaktivität kann beobachtet werden.
4. Häufig ist Angst und depressives Verhalten zu beobachten.
5. Imponiergehabe (Angeberverhalten) ist festzustellen, dabei sind die "Geschichten" (oft) so aberwitzig, dass sie sofort als "Aufschneiderei" erkannt werden.
6. Risikoreiches Verhalten (Mutproben u. a.), auch um in einer (delinquenten) Gruppe "anzukommen", kann beobachtet werden.
7. Durch hysterisches Verhalten wird Aufmerksamkeit gewonnen.
8. Psycho-somatische Beschwerden und
9. neurotische Verhaltensweisen kommen oft vor.

3 Verstehen

Die bisher dargestellten, beobachtbaren Verhaltensmerkmale von Betroffenen und betroffenen Familien sollen nachfolgend in einen größeren (auch theoretischen) Bedeutungszusammenhang gestellt werden, da bisher Begriffe ohne Klärungen verwendet wurden. So wurde z. B. bisher von Familienrollen gesprochen, ohne zu erklären, was Familie ist, es wurde von Alkoholismus gesprochen, ohne zu erläutern, was damit gemeint ist.

Damit "Handeln" sinnvoll wird - und nicht nur zur Symptombeseitigung führt - ist es erforderlich, "störende" Ursachen zu beseitigen. So müssen auftretende Symptome mit einem Erklärungshintergrund versehen werden. Diese vertiefende Betrachtung erfolgt an dieser Stelle, damit auch der eingangs der Arbeit genannte Dreischritt "Erkennen - Verstehen - Handeln" in der Schrift deutlich wird.

Mögliche Ursachen sollen, sofern sie noch nicht - oder nicht umfassend - deutlich wurden, hier hinterlegt werden, Grundlegungen sollen die beschriebenen Symptome in den Rahmen einer umfassenderen Bezugswelt stellen und sie damit noch deutlicher machen.

Dazu ist es auch erforderlich, die eine oder andere theoretische Grundlegung zu schaffen, wobei diese hier nur dargestellt und nicht diskutiert werden, da sie, wie bereits ausgeführt, nur der Erhellung dienen, ohne zentraler Bestandteil der Arbeit zu sein.

3.1 Die Familie als primäre Sozialisationsinstanz

Ausgehend von der engen Definition der "Kernfamilie" werden ihre "Restfunktionen" (Reproduktion, Schutz, Sozialisation und Ökonomie) dargestellt. Alles wirkt in einem System (verschiedene Teile bilden ein Ganzes, die Teile sind auf eine bestimmte Art und Weise verbunden, die Teile erfüllen einen gemeinsamen Zweck) zusammen.

3.1.1 Definitionen von Familie

Der Begriff Familie wurde erst im 16. Jahrhundert zum ersten Mal im deutschen Sprachraum gebraucht. Es existiert keine allgemein anerkannte und einheitliche Definition des Begriffs Familie, vielmehr divergieren die Beschreibungen des Phänomens auf dem Hintergrund unterschiedlicher anthropologischer Gesichtspunkte.

Die Familie bekommt trotz verschiedener Wandlungsprozesse von der Gesellschaft ein hohes Maß an Anerkennung entgegengebracht. Welche Bedeutung ihr beigemessen wird, zeigt der Artikel 6 des Grundgesetzes, der die Ehe und Familie unter den "... besonderen Schutze der staatlichen Ordnung" stellt.

Es existieren zahlreiche verschiedene Familienformen:

- Klein- bzw. Großfamilien,
- die vollständige bzw. unvollständige Familie,
- die monogame bzw. polygame Familie.

Da es keine einheitliche verbindliche Form gibt und es sich hierbei um einen vieldeutigen Begriff handelt, existiert auch kein einheitlicher Familienbegriff, der allen Familienformen gerecht werden könnte. Es wurden jedoch zahlreiche Versuche unternommen, diesen Begriff mit Inhalt zu füllen. Dennoch ist es bisher noch nicht gelungen, den Familien- vom Verwandtenkreis klar abzugrenzen (vgl. Nave-Herz in: Endruweit/Trommsdorff(1) 1989, S.193). In unserer Kultur hat sich vielmehr ein "einge-

schränkter Familienbegriff" (Schneewind in: Silbereisen/Montada 1983, S.137) durchgesetzt.

In der heutigen Familiensoziologie wird die Familie als "Kernfamilie" verstanden. Darunter versteht man eine Familie, zu der das Elternpaar und die unmündigen Kinder zählen (nach Wallner/Pohler-Funke 1977, S.61). In dieser Kleingruppe lebt ein Ehepaar ausschließlich mit seinen direkten und unselbstständigen Kindern zusammen (siehe Wallner/ Pohler-Funke 1977, S.22), wobei die Ehe, die auf einer intensiven Beziehung zweier Partner beruht, die Grundlage darstellt.

Süssmuth (1981, S.124) sieht die Familie unter folgenden Gesichtspunkten: "Im engeren Sinne wird Familie heute übereinstimmend als biologisch-soziale Gruppe von Eltern mit ihren ledigen, leiblichen und/oder adoptierten Kindern verstanden."

Boudon/Bourricaud (1992, S.143) sehen die Familie als eine "offene Menge" an, da es sich bei der Familie um "ein System von Beziehungen zwischen Eheleuten, Verwandten und Verschwägerten sowie zwischen dem aus ihnen gebildeten System und den anderen Subsystemen der Gesellschaft" handelt.

Für Lévi-Strauss (in: Boudon/Bourricaud 1992, S.142) bildet die Ehe den Ursprung der familialen Organisation. Die Eltern und die von ihnen gezeugten Kinder, aber auch mit ihnen verbundene Verwandte, stellen den Kern der Familie dar. Er bezeichnet die Familie als eine "rechtliche Bindung", die wirtschaftliche, religiöse und zahlreiche andere Pflichten nach sich ziehen und vor allem solche, die "in der Form sexueller Rechte und Verbote bestehen." Als einen untrennbaren Bestandteil der Familie sieht er verschiedene Empfindungen, wie z.B. Liebe, Zuneigung, Achtung und Angst an.

Wallner/Pohler-Funke (1977, S.18) haben allgemeine Kriterien aufgestellt und die Familie folgendermaßen beschrieben : "Eine in der Regel durch Zeugung (oder Zucht) sich selbst ergänzende, auf eine überschaubare Personenzahl begrenzte Primärgruppe, deren Mitglieder in einem gefüghaften Ordnungs-, Interaktions- und Funkti-

onszusammenhang miteinander leben, deren Angehörige durch Wir-Bewusstsein, Wertungssolidarität und Gefühlsintimität miteinander verbunden sind."

Nave-Herz (in: Endruweit/Trommsdorff(1) 1989, S.193) hat trotz definitorischer Schwierigkeiten versucht, den Begriff mit Inhalt auszufüllen. Sie hat dabei die Aspekte berücksichtigt, dass es historisch und kulturell bedingte unterschiedliche Familienformen gibt und sich die Familien aufgrund sozio-kultureller Gegebenheiten voneinander unterscheiden können.

Eine mögliche Definition der Familie lautet ihrer Meinung nach folgendermaßen: "Die Familie ist eine Gruppe besonderer Art, da sie eine bestimmte Rollenstruktur (Vater/Mutter/Tochter/Sohn/Enkel/Schwester usw.) aufweist; für diese ist die Geschlechts- und Generationsdifferenzierung konstitutiv (= zwei- oder mehr-Generationen; weiblich/männlich) und durch sie wird ein ganz besonderes Kooperations- und gegenseitiges Solidaritätsverhältnis normiert, dessen Begründung in allen Gesellschaften zeremoniell begangen wird (Ehe). Dieser Gruppe besonderer Art wird ferner von der jeweiligen Gesellschaft, in der sie eingebunden ist, die Erfüllung ganz bestimmter Funktionen übertragen."

Zur Diskussion um den Begriff werden zusammenfassend folgende Definitionsmerkmale festgehalten:

- sozio-kulturell geprägte Gruppe von Eltern mit ihren ledigen, leiblichen und/oder adoptierten Kindern;
- rechtliche Bindung mit wirtschaftlichen, religiösen, erzieherischen, gesundheitsfördernden u.a. Pflichten und Rechten;
- offenes soziales System von Ordnungs-, Interaktions- und Funktionsbeziehungen;
- ein besonderes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis.

3.1.2 Aufgaben und Funktionen der Familie

Frühe soziale Erfahrungen im Leben eines Menschen üben einen prägenden Einfluss auf die soziale Entwicklung aus, da die einmal erworbenen sozialen Verhaltensweisen und Einstellungen meist nur noch schwer veränderbar sind.

Die Vertreter der Psychoanalyse betonen die große Bedeutung der frühen familiären Erfahrungen und Erlebnisse für das Verhalten und die Einstellung des Kindes. Diese frühkindlichen Erfahrungen hinterlassen somit Spuren in der Persönlichkeit des Menschen. Insbesondere die frühen Beziehungen in der Familie nehmen in der Entwicklung des Kindes eine bedeutende Stellung ein. Da den Kindern in den ersten Lebensjahren fast ausschließlich die Familie als Sozialisationsinstanz zur Verfügung steht, wird ihre herausragende Funktion deutlich.

Im Hinblick auf die sozialen Einstellungen und Verhaltensweisen eines Kindes kommt der familiären Sozialisationsinstanz eine hohe Bedeutung zu. Die Kinder haben in den ersten Lebensjahren vorwiegend soziale Beziehungen zu ihren Familienmitgliedern, so dass das soziale Verhalten stark von ihnen mitbestimmt wird. (vgl. Feger/Feger 1972, S.264-266).

Der Familie fallen ganz bestimmte Funktionen zu, so dass der dritte Familienbericht (1979, S.17) der Familie z.B. die generative, regenerative, Sozialisations-, Placierungs- und Haushaltsfunktion zuschreibt. Weiterhin hat die Familie auch noch die Freizeitfunktion inne.

Im Hinblick auf die Erziehung ihrer Kinder hat eine familiäre Organisation auch bestimmte Pflichten zu erfüllen, und in der Regel erfolgt in und durch die Familie die primäre Sozialisation der Nachkommen, die reproduziert und/oder adoptiert sein können, und die Familie stellt den Ort der "primäre(n) Daseinsbewältigung" (Wall-

ner/Pohler-Funke 1977, S.18) dar. So kommt der Familie auch noch eine Reproduktionsfunktion zu.

Nave-Herz (in: Endruweit/Trommsdorff(1) 1989, S.194) weist in Bezug auf die familialen Aufgabenbereiche darauf hin, dass sich diese zum einen im Laufe der Geschichte gewandelt haben und die einzelnen Kulturen den Familien unterschiedliche Funktionen zuweisen. Dennoch hebt sie eine Aufgabe der Familie hervor, die sie immer zu erfüllen hat. So hat die Familie überall die "biologische und soziale Reproduktionsfunktion ihrer Gesellschaft inne." (a.a.O.)

Im Mittelpunkt des familiären Aufgabenbereichs steht der Aufbau der "sozialkulturellen Persönlichkeit", womit der Sozialisationsprozess gemeint ist. Im Rahmen der frühkindlichen Erziehung kommt der Familie die Aufgabe zu, die Kinder zu befähigen, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. So werden ihnen in der Familie gesellschaftliche Verhaltenserwartungen, Normen und Werte vermittelt, die von den Kindern verinnerlicht werden. Die Familie stellt z.B. neben der Gleichaltrigengruppe oder der Schule eine sehr zentrale Sozialisationsinstanz dar. "Für die heranwachsenden Generationen ist nach wie vor die Familie die nach zeitlicher Dauer und Intensität wichtigste soziale Institution im Sozialisationsprozess." (Hurrelmann/Nordlohne in: Endruweit/Trommsdorff(2) 1989, S.607).

Pringle (1979, S.76f) hat sich in ihrem Buch "Was Kinder brauchen" auch mit der Rolle der Eltern und der Familie auseinander gesetzt. Auch sie sieht es als wichtigste "soziale Funktion" der Elternrolle an, die Kinder auf ein Leben außerhalb der Familie vorzubereiten. Die Familie schafft die Voraussetzungen für die Anpassung des Individuums an die Gesellschaft. Bestimmte frühe Erfahrungen (z.B. die sozio-ökonomische Situation der Familie) im Elternhaus spielen in Bezug auf die soziale Anpassung eine wichtige Rolle.

Familiäre Faktoren, wie z.B. die Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern oder die Stellung des Kindes in der Familie, tragen zur sozialen Anpassung

bei. Kann das Kind in der Familie positive soziale Beziehungen aufbauen, so kann es diese Erfahrung auf außerfamiliäre Beziehungen übertragen und diese positiv gestalten.

Nach Pringle (a.a.O.) befähigt die Familie das Kind, an einem Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können. Sie bezeichnet die Familie auch als "Filter" oder "Brücke" zwischen dem Individuum und der Welt. Ihrer Meinung nach können diese Funktionen einzig und alleine durch die Sozialisationsinstanz Familie erfüllt werden.

Eine grundlegende Voraussetzung für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung des Kindes stellen die Familienbeziehungen dar. Die Eltern müssen sich daher um eine förderliche Ausgestaltung der Beziehungen untereinander kümmern, um einen fruchtbaren Boden für die kindliche Entwicklung schaffen zu können.

Sullivan (1974, S.298) tendiert sogar dazu, die Eltern-Kind-Beziehung als wichtigsten Faktor der Persönlichkeitsentwicklung und Sozialisierung des Kindes anzusehen. Es gehört zu den elterlichen Aufgaben, den Kindern ein Geborgenheits- und Zusammengehörigkeitsgefühl zu vermitteln. Ein Kind kann sich dann seelisch gesund entwickeln, wenn das Kind ein Gefühl von der Sinnhaftigkeit des Lebens durch die Familie entwickeln kann und es im Umgang mit den Eltern merkt, dass es eine wertvolle Persönlichkeit ist und es etwas leisten kann. (a.a.O.).

Sullivan (1974, S.298) sieht es als eine Hauptaufgabe der Familie an, unabhängig um welche Form es sich dabei handelt, "... dem Kind physischen und emotionalen Schutz zu geben, die Verantwortung für seine Sozialisierung und Eingliederung in die Kultur zu übernehmen und die Voraussetzungen für eine Aufteilung der Annehmlichkeiten und Dienstleistungen in einer kontinuierlichen Gruppenstruktur zu schaffen, die durch Arbeitsteilung und Rollendifferenzierung gekennzeichnet ist."

Im Hinblick auf eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung sind das Verstehen der Eltern, ihre Liebe und ihr Interesse am Kind günstige elterliche Eigenschaften. Die Fami-

lie ist der Ort, an dem das Kind soziale Fertigkeiten lernt, die ihm ein Leben in und ein Umgang mit seiner sozialen Umwelt ermöglicht.

Somit hat die Familie

- eine biologische und soziale Reproduktionsfunktion,
- eine physische und emotionale Schutzfunktion,
- eine zur Lebensbewältigung befähigende Funktion,
- eine ökonomische Funktion.

3.1.3 Die Familie als System

Nach Wegscheider (1988, S.52f) ist die Familie ein System, das sich durch folgende drei Prinzipien kennzeichnet, die auch für andere Systeme charakteristische Merkmale sind:

1. Jedes System ist aus verschiedenen Teilen zusammengesetzt.
2. Diese einzelnen Teile sind auf eine bestimmte Art und Weise miteinander verbunden.
3. Die Teile erfüllen so einen gemeinsamen Zweck. (vgl. Wegscheider 1988, S.52).

Die verschiedenen Teile eines Systems sind in der Familie die einzelnen Familienmitglieder. Alle Familienmitglieder unterstehen "Familienregeln" (a.a.O.), die in starkem Maße von den Eltern als "Regelmacher" festgesetzt werden, andererseits aber auch von den Lebensumständen beeinflusst werden.

Innerhalb des Systems Familie haben sie nach Wegscheider (1988, S.52) vier Funktionen zu erfüllen:

1. Sie bestimmen die Werte, Ziele und Haltungen für die Familie.

2. Sie setzen den Autoritäts- und Machthaber fest, regeln, wie diese benötigt werden und wie die anderen Familienmitglieder darauf zu reagieren haben.
3. Sie setzen fest, auf welche Art und Weise die Familie mit Veränderungen umgehen soll, sowohl in Bezug auf die Regeln als auch auf die Mitglieder und die Umwelt.
4. Sie regeln den Umgang der Familienmitglieder miteinander und bestimmen, worüber gesprochen werden darf. (Wegscheider 1988, S.53).

Nach Wegscheider (1988, S.53) funktioniert eine Familie wie ein Mobile, bei dem die Familienmitglieder durch Fäden, die Familienregeln, miteinander verbunden sind. Das Mobile reagiert auf kleinste Reize, verliert zunächst das Gleichgewicht und die bewährte Ordnung. Erst allmählich kommt das Mobile wieder in Ruhe. Die systemtypischen Regeln und Verhaltensmuster halten es zusammen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Aus der realen Funktionalität der Familie lässt sich das entwicklungsfördernde oder -hemmende Lernen und die soziale Identifikation ableiten. Der soziale, kognitive und emotionale Lebensstil des Kindes ist in dem Kooperations- und Solidaritätsverhältnis begründbar. Die realen familiären Interaktionsmuster bilden die Basis für Daseinsbewältigung. Für die Definition von Familie liegen verschiedene Ansätze vor, aus denen sich gemeinsame Punkte ableiten lassen. Dies gilt auch für die Funktionen der Familie.

Verstehen
Die Familie als primäre Sozialisationsinstanz

Zur Vertiefung der Ausführungen über die Familie beantworten Sie folgende Fragen:

1. Welche Merkmale zur Definition von Familie kennen Sie und wie definieren Sie Familie?
2. Welche Funktionen von Familie kennen Sie und welche sind übereinstimmend festzuhalten?

3.2 Der Alkoholismus

Was ist Alkoholismus, wie ist die Krankheit symptomatisch zu erfassen, welche Abhängigkeitstypen gibt es (Gelegenheits-, Konflikt-, Spiegel-, Quartals- und abhängiger Trinker) und welche Phasen durchläuft der Betroffene mit welchen (Verhaltens-) Merkmalen (Vor-, kritische und chronische Phase).

3.2.1 Statistisches

Der Alkohol erfüllt in unserer Gesellschaft verschiedene Funktionen.

Schadewaldt (in: Müller 1991, S.1) hat fünf verschiedene Funktionen beschrieben:

1. Der Alkohol ist Bestandteil von religiösen und weltlichen Ritualen.
2. Der Alkohol wird, in unterschiedlichem Ausmaß, als Nahrungsmittel angesehen.
3. Alkohol wird als Genussmittel betrachtet.
4. Aufgrund der spezifischen Wirkung des Alkohols wird er als Rauschmittel eingesetzt.
5. Alkohol ist häufig Bestandteil von Medikamenten.

Will man den Alkoholkonsum eines Landes beleuchten, muss man die Prävalenz und Inzidenz des Alkoholismus zur Bestimmung heranziehen. Prävalenz bezieht sich hierbei auf einen prozentualen Anteil von untersuchten Personen, die ein bestimmtes Merkmal des Alkoholismus aufweisen. Ferner verstehen die Epidemiologen bezüglich einer Alkoholkrankheit unter Inzidenz die Prozentzahl der Menschen, die in einer gewissen Zeitspanne an resultierende Symptome eines Alkoholkonsums erstmalig zeigen, oder zum ersten Mal als Merkmalsinhaber festgestellt werden (Feuerlein et al., 1998, S.104).

Zur Bestimmung der Prävalenz kann man auf zwei Methoden zurückgreifen- die indirekte und die direkte Methode. Erstere wird auch von der WHO als akzeptables Modell zur Aufzeigung einer Häufigkeitsverteilung des Alkoholkonsums angenommen, doch gegenüber einer Feststellung einer globalen Vorherrschaft ist diese nicht aussagekräftig genug. Bei der indirekten Methode wird der Begriff des "Pro-Kopf-Verbrauchs" verwendet, "... das heißt, die pro Jahr konsumierten Alkoholmengen werden zu Vergleichszwecken meist auf den "Kopf der Bevölkerung" bezogen." (a.a.O., S.105).

Da die Altersverteilung aufgrund einer anderen demografischen Entwicklung (Geburtenziffern) jedoch in den zu vergleichenden Ländern, wie in Entwicklungsländern, nicht gleich ist, so ist dieses Modell für eine allumfassende epidemiologische Untersuchung nicht gehaltvoll genug. Auch von Land zu Land unterschiedliche Auffassungen von Mengenangaben schließen sich dieser Problematik an. Direkte Methoden liefern weitaus anschaulichere Daten, da Epidemiologen zur Berechnung auf ein bimodales Modell (Abhängigkeit vs. Missbrauch bzw. schädlicher Gebrauch) zurückgreifen. Hierbei wird die Trinkmenge und die Häufigkeit in der Bevölkerung durch direkte Befragungen untersucht. Auch andere Methoden, wie biochemische und psychologische Tests werden zur Ausschöpfungsquote herangezogen. Generell kann man sagen, dass eindeutiges statistisches Material zur Feststellung eines globalen Alkoholkonsums sehr schwierig zu finden ist (a.a.O.).

In Deutschland stützt man sich zur Berechnung des Alkoholkonsums auf Konsum und Produktionszahlen. Diese sollen im Folgenden auch aufgezeigt werden, wobei der bedeutendste Indikator für den Alkoholkonsum der Verbrauch pro Kopf der deutschen Bevölkerung, umgerechnet in 100% Alkohol, ist (siehe hierzu DHS 1997, S.87).

Der Pro-Kopf-Verbrauch birgt keine Verzerrung in sich, wie es bei indirekten Methoden aufgrund der individuellen Selbsteinschätzung des Alkoholkonsums des Öfteren vorkommt. Allerdings kann bei diesem Modell auch nicht der Verbrauch an alkoholischen Getränken, hervorgerufen durch Schmuggel und illegaler Produktion, aufgezeigt

Verstehen
Der Alkoholismus

werden. Daten, beruhend auf Herstellung und Handel von Alkohol, dienen in der weiteren Schilderung als Indikator für den Verbrauch. (DHS, 2001, S.18f).

Folgende Statistik zeigt den Verbrauch je Einwohner Deutschlands an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen in Literangaben:

Jahr	Bier	Wein	Schaumwein	Spirituosen
1900	125,1	---	---	---
1929/30	90,0	---	---	---
1938/39	69,9	---	---	---
1950	35,6	4,7	---	2,5
1960	94,7	10,8	1,9	4,9
1970	141,1	15,3	1,9	6,8
1975	147,8	20,5	2,6	8,0
1980	145,9	21,4	4,4	8,0
1985	145,8	21,2	4,2	6,1
1990	142,7	21,9	5,1	6,2
1992 ^o	142,0	18,4	5,0	7,3
1994	138,0	18,0	5,1	6,7
1995	135,9	17,4	4,9	6,5
1996	131,9	18,3	4,8	6,3
1997	131,2	18,1	4,9	6,1
1998	127,5	18,1	4,7	6,0
1999	127,5	18,0	4,9	5,9
2000	125,5	19,0	4,1	5,8
2001	122,4	19,8	4,2	5,8
2002	121,5	20,3	3,9	5,9
2003	117,4	19,8	3,8	5,9

Quelle: Berechnung des ifo Instituts entn. aus DHS, 2005

Ab dem Jahr 1992 sind in dieser Statistik der Verbrauch der Gesamteinwohnerzahl Deutschlands an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen, einschließlich alten und neuen Bundesländern, dargestellt. Zuvor aufgelistete Daten beziehen sich nur auf den Verbrauch je Einwohner Deutschlands an Bier, Wein, Schaumwein und Spirituosen in den alten Bundesländern.

Feststellen lässt sich ein Rückgang des Lieblingsgetränkes der Deutschen (Bier), der auf ungünstige Wetterverhältnisse, nach der Gesellschaft für Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Brauwirtschaft e.V., 2001, zurückzuführen ist. Auch der Spirituosen- und Weinverbrauch unterliegt wirtschaftlichen Konjunktoren sowie temporären gesellschaftlichen Gründen. Der Konsum von Schaumwein und Spirituosen verzeichnet nach dieser Tabelle eine geringfügige Rückläufigkeit, der Weinverbrauch dagegen ist mit einem leichten Anstieg von + 1,0 l gegenüber dem Vorjahr zu beziffern.

Verbrauch je Einwohner Deutschlands an reinem Alkohol im Zeitraum von 1991-2003:

Jahr	Liter	Veränderung gegenüber dem Vorjahr
1991	12,4	+ 2,5 %
1992	12,0	- 3,2 %
1993	11,5	- 4,2 %
1994	11,6	+ 0,9%
1995	11,1	- 4,3 %
1996	11,0	- 0,9 %
1997	10,8	- 1,8 %
1998	10,6	- 1,9 %
1999	10,6	0,0 %
2000	10,5	- 0,9 %
2001	10,4	- 1%
2002	10,4	0,0%
2003	10,2	- 2%

(vgl. DHS, 2005)

Vergleicht man diese Tabelle, erkennt man den Trend der Rückläufigkeit des Konsums an reinem Alkohol pro Kopf der deutschen Bevölkerung, der seine Wurzeln in den neunziger Jahren hat. Dieser Konsumrückgang ist für alle alkoholische Produkte festzustellen. Nach Feuerlein bedeutet z.B. ein jährlicher Pro-Kopf-Konsum von 11,2 l reinen Alkohols einen alltäglichen Verbrauch von 30,7 g, wobei bei einer statistischen Nichtberücksichtigung von Kindern unter 15 Jahren ein Pro-Kopf-Konsum von 13,41 l und ein täglicher Konsum von 36,7 g errechnet werden kann (Feuerlein et al., 1998, S.109).

In den neunziger Jahren sind die relativen Preise für alkoholische Getränke gesunken, wobei parallel festzustellen ist, dass der Pro-Kopf-Verbrauch ebenso einen Rückgang

verbucht. Das Verlangen nach alkoholischen Getränken ist somit nicht nur abhängig von Preisunterschieden, so dass der Bedarf an alkoholangereicherten Getränken "(...) zusätzlich von weiteren Faktoren wie etwa der Einkommenshöhe, dem absoluten Konsumniveau und den Trinkgewohnheiten abhängt." (DHS, 2001, S.23).

Des Weiteren ist zu nennen, dass Deutschland im internationalen Vergleich (EU- Staaten) bezüglich des Bierkonsums pro Kopf den dritten Platz einnimmt, hinsichtlich des gesamten Alkoholkonsums pro Kopf an fünfter Stelle steht (a.a.O., S.25).

Steuereinnahmen bezüglich des Verbrauchs von Bier, Schaumwein und Branntwein liefern ebenfalls Daten über den Alkoholkonsum in Deutschland. "Der Alkoholkonsum einer Bevölkerung wird mehr oder weniger stark, normalerweise jedoch immer in einem bedeutenden Umfang vom Preis beeinflusst, ...". (Edwards, 1997, S.106).

Verstehen
Der Alkoholismus

Siehe hierzu auch folgende Tabelle über die Einnahmen aus alkoholbezogenen Steuern (Angaben in Millionen DM bis 2000, ab 2001 in Millionen Euro, Vorjahresveränderungen in Prozent):

Jahr	Biersteuer		Schaumweinsteuer		Branntweinsteuer		Alkoholsteuer insgesamt	
1992	1.625	- 1,3 %	1.083	+ 3,0 %	5.544	+ 19,3 %	8.252	+ 12,3 %
1993	1.769	+ 8,9 %	1.136	+ 4,9 %	5.133	- 7,4 %	8.038	- 2,6 %
1994	1.795	+ 1,5 %	1.121	- 1,3 %	4.889	- 4,8 %	7.805	- 2,9 %
1995	1.779	- 0,9%	1.083	- 3,4 %	4.837	- 1,1 %	7.699	- 1,4 %
1996	1.719	- 3,4 %	1.064	- 1,8 %	5.085	+ 5,1 %	7.868	+ 2,2 %
1997	1.699	- 1,2 %	1.095	+ 2,9 %	4.662	- 8,3%	7.456	- 5,2 %
1998	1.662	- 2,2 %	1.028	- 6,1 %	4.426	- 5,1 %	7.116	- 4,6 %
1999	1.655	-0,4 %	1.067	+ 3,8 %	4.367	- 1,3 %	7.089	- 0,4 %
2000	1.650	- 0,3 %	934	-12,5 %	4.207	- 3,7 %	6.791	- 4,2 %
2001	828	- 1,8 %	457	- 4,3 %	2143	- 0,4 %	3428	- 1,3 %
2002	812	- 2,1 %	420	- 8,1 %	2149	+ 0,3 %	3381	- 1,4 %

(Tabelle entnommen aus DHS, 2005)

Ergänzend zu den bisher angegebenen Zahlen sei angemerkt, dass die Zahl der mitbetroffenen Eltern, Partner oder Kinder drei bis vier Millionen beträgt. (vgl. Sozia Verlag GmbH 1996, S.8).

Aufgrund der hohen Zahl von Alkoholkranken, stellt die Alkoholkrankheit neben den Herz-Kreislauf-Störungen und den Krebserkrankungen die dritthäufigste Erkrankung in Deutschland dar.

Die Zahl der Alkoholkonsumenten nimmt weiterhin zu, so dass Alkohol an erster Stelle der Suchtmittel steht (nach Kröger 1994, S.37).

Eine Folge der Alkoholabhängigkeit ist eine geringere Lebenserwartung der Betroffenen. Die Lebenszeit ist bei Männern um 15 % und bei Frauen um 12 % reduziert; davon sind vor allem die jüngeren und mittleren Jahrgänge betroffen.

Ein Kennzeichen der Alkoholabhängigkeit ist auch die erhöhte Suizidgefahr. 14% der Alkoholiker sterben durch den Suizid und 24% begehen Suizidversuche (vgl. DHS(1) 1993, S.11).

3.2.2 Begriffliches im Problembereich

Alkoholismus:

Bereits seit den 50er Jahren spricht man von Alkoholismus, der von der Weltgesundheitsorganisation als Krankheit anerkannt wurde. Dies erlaubt jedoch nicht den Schluss, dass einzig und allein eine ärztliche Behandlung zur Behebung beitragen kann (vgl. Burr 1991, S.37). Seit 1968 wird der Alkoholismus auch von juristischer Seite aus als Krankheit gesehen (siehe DHS(1) 1993, S.6).

Beim Alkoholismus handelt es sich um eine besondere Form der Sucht (nach Ward 1994, S.19). Es existieren mehrere Definitionen dieses Begriffs, die auch unterschiedliche Aussagen beinhalten. So bezeichnet Jellinek "jeglichen Gebrauch von alkoholischen Getränken, der einem Individuum oder der Gesellschaft oder beiden Schaden zufügt" (in: Tölle 1985, S.138) als Alkoholismus.

Feuerlein (1989, S.8) führt fünf Kriterien für Alkoholismus an:

1. Abnormes/pathologisches Trinkverhalten
2. Alkoholbedingte Schäden im körperlichen Bereich
3. Alkoholbedingte Schäden im psychosozialen Bereich

4. Physische Abhängigkeit: Toleranz bildet sich heraus und Entzugerscheinungen treten auf.
5. Psychische Abhängigkeit: Das Verlangen nach Alkohol wird immer größer, und das Denken konzentriert sich immer stärker auf die Droge Alkohol. Kontrollverluste treten auf.

Feuerlein (1989, S.9) betont, dass die ersten vier Kriterien als Folge eines Missbrauchs auftreten. Erst wenn man bei der betreffenden Person eine psychische Abhängigkeit beobachten kann, liegt nach Feuerlein (a.a.O.) eine Abhängigkeit vor. Der Alkoholismus beeinträchtigt nicht nur den körperlichen Bereich des Menschen, sondern nimmt auf seine ganze Person Einfluss, so dass er sein Denken und Fühlen verändert.

Da der Begriff Alkoholismus zu unscharf ist, setzt sich die Unterscheidung zwischen dem Alkoholmissbrauch und der Alkoholabhängigkeit immer mehr durch.

Alkoholmissbrauch:

Von Alkoholmissbrauch spricht man dann, wenn ein Alkoholkonsum zu körperlichen und/oder psychosozialen Schäden führt (nach DHS(1) 1993, S.6). Die Besonderheit der Droge Alkohol liegt darin, dass sie in verschiedenen Kulturen auch ein Genussmittel darstellt.

Ein Alkoholmissbrauch liegt auch dann vor, wenn die konsumierte Alkoholmenge der in der jeweiligen Kultur bestehenden Norm in Bezug auf den Alkoholkonsum zuwiderläuft. Die "soziokulturelle Norm" ist nicht einheitlich und wird in Weinanbaugebieten inhaltlich anders gefüllt sein, so dass die Grenze schwer zu ziehen ist.

Kommt es bei Konsumenten durch den Alkohol zu psychischen und/oder physischen Veränderungen, spricht man auch von Missbrauch. Der Alkoholkonsum in unangemessenen Situationen, wie z.B. im Straßenverkehr, wird unabhängig von der Alko-

holmenge als Alkoholmissbrauch bezeichnet. Die Grenze zwischen dem Alkoholmissbrauch und der -abhängigkeit ist fließend (nach Ward 1994, S.20).

Sucht:

Der Begriff Sucht lässt sich schwer eindeutig definieren. Aufgrund der ungenauen Begriffsbestimmung von Sucht, kommt es daher auch zu einer begrifflichen Abgrenzung zwischen dem Missbrauch und der Abhängigkeit.

Zum einen ist der Begriff Sucht identisch mit dem Begriff Krankheit, wobei Feuerlein als Beispiel die Gelbsucht anführt (nach Feuerlein 1989, S.4). Zum anderen bedeutet Sucht auch gleichzeitig Laster, wie z.B. Habsucht und Eifersucht.

Sucht ist auch ein Begriff, der viele Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsaspekte beinhaltet. Der jeweilige Blickwinkel entscheidet darüber, welche Bilder damit assoziiert werden. Ralf Junkers lehnt daher den Gebrauch dieses Begriffs in der Fachsprache ab und sieht es als sinnvoller und wertfreier an, "... von regelmäßigen Nutzern einer Droge mit entwickelter körperlicher oder psychischer Abhängigkeit ..." (Junkers 1995, S.21) zu sprechen.

Um die Komplexität des Phänomens Sucht definitorisch einzugrenzen, führt Junkers (1995, S.19) Merkmale an:

- eine psychische oder/und physische Abhängigkeit;
- eine Tendenz zur Dosissteigerung;
- ein Verlangen nach einem bestimmten Zustand;
- einen unkontrollierten Konsum.

Wilson-Schaef (1989, S.32-34) hat sich auch mit dem Begriff der Sucht auseinandergesetzt und differenziert die substanzgebundenen und die prozessgebundenen Süchte.

Unabhängig davon, um welche Sucht es sich handelt: Sie funktionieren nach einem ähnlichen Schema, hinterlassen die gleichen Wirkungen, und die Verhaltensabläufe der Betroffenen ähneln sich in ihrer Dynamik.

V. Gebattel (in: Feuerlein 1989, S.5) ist zu dem Schluss gekommen, dass "... jede Form menschlicher Tätigkeit süchtig entarten kann."

Nach Wilson-Schaeff (1989, S.32) ist eine Sucht ein Prozess, dem der Betroffene machtlos ausgeliefert ist. Die Sucht durchläuft eine fortschreitende Entwicklung, die bis zum Tode führen kann, wenn nicht früh genug dagegen angegangen wird. Ein charakteristisches Kennzeichen der Sucht stellt für Wilson-Schaeff das Bedürfnis der Betroffenen dar, sich selbst und andere zu täuschen, zu lügen und zu leugnen. "Sucht ist alles, worüber wir versucht sind, zu lügen. Sucht ist alles, was wir nicht bereit sind, aufzugeben." (Wilson-Schaeff 1989, S.32).

Durch die Sucht nimmt man Gefühle, wie z.B. Schmerz, Wut, Liebe, und Wahrnehmungen nur noch verschwommen oder gar nicht mehr wahr, so dass der Betroffene mit diesen Empfindungen nicht umgehen kann und sich nicht damit auseinandersetzen muss.

Die verzerrten Wahrnehmungen werden zum Maßstab für das Denken und Fühlen, und nicht die Sinne. Der Betroffene verliert so den Kontakt zu sich selbst und somit auch zu seiner Umwelt. Der Süchtige hat keinen Kontakt mehr zu sich selbst und zeigt der Umwelt auch ein verzerrtes Bild von sich, so dass er mit anderen immer weniger vertraut sein kann. Der Süchtige merkt, dass irgendetwas nicht in geordneten Bahnen läuft. Seine verzerrten Denkstrukturen senden ihm jedoch die Information, dass es an anderen liegt. Die Verantwortung für sein Leben überträgt der Süchtige auf andere, indem er ihnen die Schuld für seine Situation zuschiebt.

Sucht als ein psychosoziales Phänomen stellt eine Verhaltensweise dar, die das Ziel hat, auf belastende Situationen ausweichend zu reagieren und eine Erleichterung zu erreichen. Damit ist sie eine Form der Lebensbewältigung.

Dient ein Suchtmittel in Überlastungssituationen der Entspannung, so ist die Sucht eine destruktive Problembewältigung. Das Suchtmittel wird zur Spannungsreduzierung und zur Verdrängung unangenehmer Gefühle eingesetzt. Der Suchtmittelkonsument versucht auf diesem Weg, sein inneres Gleichgewicht wieder herzustellen. Wenn das Suchtmittel das Verhalten des Konsumenten bestimmt, dann wird Sucht als Krankheit angesehen. "Nicht mehr der Betroffene entscheidet über den Gebrauch, sondern das Mittel bestimmt sein Leben, und er wird abhängig davon" (Sozia Verlag GmbH 1996, S.7).

Die Sucht "... ist (...) eine extreme, gesundheitsschädigende Erscheinung normaler menschlicher Neigungen" (Ward 1994, S.18f). Sie bedeutet die Reaktion des Süchtigen auf etwas, das so eine Wirkung auf ihn hat, dass er glaubt, ohne dieses nicht mehr leben zu können. Dadurch entstehen Abhängigkeitsverhältnisse, die in Richtung gesundheitliche Schädigung tendieren.

Es gibt drei **Phasen der Suchtentwicklung** (vgl. Sozia Verlag GmbH 1996, S.15f):

1. Vorphase
2. Kritische Phase
3. Chronische Phase

Im Verlauf dieser kovariierenden Phasen verändert sich für den Konsumenten sowohl das Verhältnis zum Suchtmittel als auch die Funktion des Suchtmittels.

Diese Entwicklung beginnt in der Vorphase mit dem normalen Konsum von Dingen oder Mitteln, die bei der Lebensführung eine hilfreiche Funktion innehaben. Die Person, die ein Mittel gezielt dafür einsetzt, ihren Gefühlszustand zu ändern, ist suchtgefährdet. Sie zeigt ein ausweichendes Verhalten. Das Suchtmittel wird missbräuchlich eingesetzt.

Dient das Mittel immer wieder zum Spannungsabbau, ist die Gefahr einer Gewöhnung und somit auch von einer Abhängigkeit sehr groß.

In der chronischen Phase kann der Betroffene auf das Mittel nicht mehr verzichten, so dass er bei einem Absetzen mit psychischen und/oder physischen Entzugssymptomen

reagiert. So wird dann weiterhin zum Suchtmittel gegriffen, um die unangenehm empfundenen Symptome zu verdrängen (siehe Gross in: Sozia Verlag GmbH 1996, S.15f).

Alkoholabhängigkeit:

"Abhängigkeit ist ein Zustand periodischer oder chronischer Intoxikation, hervorgerufen durch wiederholte Zufuhr eines Arzneistoffes (natürlicher oder synthetischer Art)" (Demel 1976, S.6f).

Der Konsum einer Droge versetzt einen lebenden Organismus in einen besonderen psychischen und/oder physischen Zustand. Der Abhängige verändert sein Verhalten und spürt den Zwang, die Droge ständig oder periodisch zu konsumieren, um eine ganz bestimmte Empfindung spüren zu können oder gegen die negativen Gefühle beim fehlenden Konsum ankämpfen zu können. Ein charakteristisches Merkmal der Abhängigkeit stellt die psychische Abhängigkeit von der Wirkung einer "psychotropen Substanz" (Demel 1976, S.7) dar.

Die Abhängigkeit ist ein ständig fortschreitender Prozess. Abhängige Menschen können den Konsum nicht mehr beenden; sie denken nur noch an die Beschaffung und die Einnahme der Droge, durch die sich die abhängige Person in ihrem Wesen ändert.

Die Abhängigkeit wird in zwei verschiedene Arten unterteilt. Es gibt eine physische und eine psychische Abhängigkeit.

Feuerlein (1989, S.6) betrachtet Entzugserscheinungen und eine Toleranz gegenüber der Droge als charakteristische Merkmale der physischen Abhängigkeit. Menschen, die physisch abhängig sind, zeigen nach einem länger anhaltenden Konsum einer Droge bestimmte Symptome, sobald sie auf den Gebrauch verzichten und die Droge plötzlich absetzen.

Gleichzeitig entwickeln diese Menschen durch eine längere Einnahme der Droge eine Verschiebung des Schwellenwertes.

Zur psychischen Abhängigkeit führt Feuerlein (1989, S.6) eine Definition der WHO an, die unter psychischer Abhängigkeit "... das unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren oder dauernden Einnahme der Substanz, um Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu vermeiden" (Eddy u. Mitarb. 1965) versteht.

Es gibt diese zwei Arten der Alkoholabhängigkeit:

1. Körperliche Abhängigkeit:

Der Abhängige baut eine immer höhere Alkoholtoleranz auf, und der Verzicht auf Alkohol führt zu Entzugssymptomen.

2. Psychische Abhängigkeit:

Der Alkoholabhängige leidet unter Kontrollverlust und konsumiert weiterhin Alkohol, trotz der auftretenden Folgeprobleme. Sein Denken konzentriert sich ausschließlich auf den Alkohol.

Die Alkoholabhängigkeit schließt den Alkoholmissbrauch mit ein. Man spricht dann von Alkoholabhängigkeit, wenn sich beim Alkoholkonsument eine Toleranz aufgebaut hat und er auf das Absetzen von Alkohol mit Entzugserscheinungen reagiert (nach Feuerlein 1984).

Alkoholiker:

Eine alkoholkrankte Person ist dann suchtkrank, wenn sie ihren Umgang mit dem Suchtmittel nicht mehr kontrollieren kann. Der Alkoholiker kann sich selbst nicht helfen. Er kann die Alkoholkrankheit nur in den Griff bekommen, wenn er sich seinen unkontrollierten Alkoholkonsum eingestehen kann und zugibt, dass er Hilfe braucht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat eine Definition des Begriffs Alkoholiker aufgestellt (vgl. Ward 1994, S.17f): "Alkoholiker sind jene Alkohol trinkenden Menschen, deren Abhängigkeit vom Alkohol so stark ist, dass sie erkennbare geistige Störungen zeigen, dass der Alkohol ihre geistige oder körperliche Gesundheit, ihre zwischenmenschlichen Beziehungen oder ihre normalen sozialen oder wirtschaftlichen Funktionen beeinträchtigt. Als Alkoholiker bezeichnet man auch jene Menschen, bei denen Anzeichen für solche Entwicklungen erkennbar sind. Diese Menschen brauchen eine entsprechende ärztliche oder therapeutische Behandlung."

Für diese Arbeit soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass beim Alkoholiker eine physische und psychische Abhängigkeit vorliegen kann, der ein Missbrauch in der Regel voranging. In Anlehnung an die Weltgesundheitsorganisation und erweitert um Begriffe aus anderen Definitionen (Feuerlein, 1984, S.3ff) definiert der Autor wie folgt:

Missbrauch ist die einmalige, mehrmalige oder ständige Verwendung jeder Art von Drogen ohne medizinische Indikation bzw. in übermäßiger Dosierung, der Konsum von Drogen am falschen Platz und zur falschen Zeit.

Physische Abhängigkeit ist ein Anpassungszustand, der sich in schweren Störungen somatischer Natur, die als Entzugsproblematiken auftreten, äußert, wenn die Mitteldosis vermindert, die Droge abgesetzt oder ihre Wirkung durch die Verabreichung eines spezifischen Antagonisten modifiziert wird.

Psychische Abhängigkeit ist das nicht, nur schwer bezwingbares Verlangen nach periodischer oder ständig wiederholter Einnahme der Droge, welches zum "Nicht-mehr-aufhören-können" führt und dem die Kräfte des Verstandes untergeordnet werden.

Epidemiologie des Alkoholismus:

Zur Verdeutlichung und auf der Grundlage der bisherigen Aussagen sollen nachfolgend noch einige Differenzierungen vorgenommen werden.

Betrachtet man die Epidemiologie des Alkoholismus, so ist vorwegzunehmen, dass zur Unterscheidung eines "normalen" Alkoholkonsums gegenüber dem eines schädlichen Gebrauchs Mengenbegrenzungen als Gefährdungsindikatoren definiert werden müssen. Laut der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind 40 g Reinalkohol täglich als kritische Grenze anzusehen, die British Medical Association (BMA) sowie nach dem Kuratorium der DHS gilt demnach ein täglicher Konsum von 30 g Reinalkohol als Gefährdungsgrenze (Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 2000, S.147).

Anzumerken ist, dass in der Fachwelt unterschiedlichste Operationalisierungen einer Alkoholgefährdung existieren und die Vorstellungen über einen gewohnheitsmäßigen Alkoholkonsum bis hin zu einem regelmäßigen Alkoholkonsum aufgrund von variierenden Altersklassen und unterschiedlichen Studien voneinander abweichen. Im Folgenden soll die Bestimmung der Konsumentengruppen und weiterhin deren Prävalenz nach der Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit aufgeführt werden, da die epidemiologischen Ergebnisse sich derzeit auf einen anschaulichen Kenntnisstand befinden.

Folgende Abstufungen beinhalten oben genannte Kriterien und dienen der Klassifizierungen eines Gefährdungsrisikos:

- "Risikoarmer Konsum" (bis 30 g. bzw. 40 g Reinalkohol pro Tag für Männer; bis 20 g für Frauen),

- "Riskanter Konsum" (mehr als 30 g bzw. 40 g bis 60 g Reinalkohol pro Tag für Männer; mehr als 20 g bis 40 g für Frauen),
 - "Gefährlicher Konsum" (mehr als 60 g bis 120 g Reinalkohol pro Tag für Männer; mehr als 40 g bis 80 g für Frauen) und
 - "Hochkonsum" (mehr als 120 g Reinalkohol pro Tag für Männer und mehr als 80 g Reinalkohol pro Tag für Frauen)."
- (a.a.O., S.147).

Die Lübecker TACOS (Transitions in Alcohol Consumption and Smoking) Studie liefert im Zusammenhang mit der Bundesstudie zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen, bei der 18- 59 Jährige erfasst worden sind, anschauliches repräsentatives Datenmaterial bezüglich einer Alkoholabhängigkeit und des -missbrauchs und stützt hierbei verwendete DSM- IV- Kriterien. Hierbei sind 1,6 Mio. Bundesbürger mit einer aktuellen Alkoholabhängigkeit (12-Monats-Prävalenz) behaftet, eine abklingende Alkoholabhängigkeit ist bei 3,2 Mio. Menschen vorzufinden. 2,7 Mio. Menschen befinden sich in einem aktuellen Alkoholmissbrauchsstadium und die Anzahl der Personen, die früher einmal Alkohol in missbräuchlicher Weise konsumierten, wird auf 8 Mio. geschätzt. (a.a.O., S.151).

Neben der Lübecker TACOS Studie, die auf regionaler Ebene u.a. Datenmaterial für die Erfassung von Prävalenz und Inzidenz von Substanzmissbrauch liefert, ist die Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) sowie die Bundesstudie von 1997 aufgrund ihrer bundesweiten Ausschöpfungsquote von weitaus größerer Bedeutung. Beide Studien gewähren im Hinblick der Konsumentengruppen von "risikoarmem Konsum" bis hin zum "Hochkonsum", einen Einblick in den Alkoholkonsum und zu alkoholbezogenen Störungen in der Bevölkerung.

Beruhend auf den Ergebnissen beider bundesweiten Erhebungen liegt der Anteil der Konsumenten mit riskantem Konsum bei 10,3 % der 18- 59 jährigen Respondenten, dies entspricht nach der Bundesstudie 5,0 Mio. Menschen. 11,9% der mindestens 14

jährigen Erhebungsteilnehmer, ca. 8,3 Mio. Menschen, sind basierend auf den Ergebnissen der BzgA dieser Kategorie zuzuordnen. Gefährlicher Konsum tritt bei 2,9 %, ca. 1,4 Mio. Bundesbürgern, auf (Bundesstudie) bzw. bei 4,9 %, umgerechnet etwa 3,4 Mio. Menschen nach der Studie der BzgA. Betrachtet man die Prozentzahlen der Konsumenten mit Hochkonsum, so sind diese mit 0,5% zu beziffern, dies entspricht ca. 350.00 Personen (BzgA). Die in der Bundesstudie befragten Hochkonsumenten stellen einen prozentualen Anteil von 0,9 % dar, was einer Zahl von 440.000 Personen entspricht (siehe hierzu Schriftreihen des Bundesministeriums für Gesundheit, 2000, S.152).

Beide Studien liefern durch ihre Grundgesamtheit Bundesstudie (deutsch sprechende Wohnbevölkerung im Alter von 18- 59 Jahren), BzgA (deutsch sprechende Wohnbevölkerung im Alter ab 14 Jahren), auch Ergebnisse über die Geschlechterverteilung. Demnach lässt sich erkennen, dass in den Konsumentengruppen mit "riskantem, gefährlichem und Hochkonsum" Männer prozentual die höher gefährdeten Konsumenten sind.

Eine kurze Gegenüberstellung soll dies verdeutlichen:

Konsumenten mit riskantem Konsum:

	BzgA	Bundesstudien
Männer	17,9 %	15,2 %
Frauen	6,5 %	5,5 %

Verstehen
Der Alkoholismus

Konsumenten mit gefährlichem Konsum:

	BzgA	Bundesstudien
Männer	7,3 %	4,6 %
Frauen	2,8 %	1,2 %

Konsumenten mit Hochkonsum:

	BzgA	Bundesstudien
Männer	0,8 %	1,3 %
Frauen	0,2 %	0,4 %

(Tabellen erstellt auf der Grundlage der Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, 2000, S.152)

Alkoholmissbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit tritt in den mittleren Altersgruppen am häufigsten auf. Die EBIS- Statistik (1994) hält die in den Beratungsstellen erschienenen Alkoholiker fest und liefert somit wichtige Erkenntnisse über die Altersverteilung der Deutschen Alkoholiker.

Verstehen
Der Alkoholismus

Die nachfolgende Tabelle zeigt Wertangaben in Prozent an. Zur Erläuterung: Der Anteil von männlichen, vom Alkohol abhängigen, Personen im Alter von 20- 24 Jahren (die eine Beratungsstelle aufgesucht haben) beträgt 2,9 %.

Alter	Abhängigkeit		Schädlicher Gebrauch	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
< 18	0,1	0,1	1,3	3,8
18 – 19	0,4	0,4	2,6	3,5
20 – 24	2,9	2,0	11,6	8,1
25 – 29	8,8	6,2	18,1	14,1
30 – 39	34,7	30,6	31,9	32,2
40 – 49	30,6	32,7	19,3	22,5
50 – 59	19,0	22,8	12,4	12,0
> 60	3,3	4,7	2,6	3,4
Unbekannt	0,2	0,4	0,2	0,4
Summe 25 - 59	93,1	92,3	81,7	80,8

(Tabelle entnommen aus Feuerlein et al., 1998, S.112)

Die Inzidenz der Alkoholiker kann auch mittels Aufnahmeziffern stationärer bzw. ambulanter Institutionen ermittelt werden. So geht nach Feuerlein unter diesem Gesichtspunkt "eine ähnliche Häufung in den mittleren Altersgruppen (...) hervor." (Feuerlein et al., 1998, S.112).

Die EBIS- Statistik lässt unter anderem einsehen, dass in der Jugendphase bis hin zur Adoleszenz der schädliche Gebrauch im Gegensatz zum mittleren und höheren Alter häufiger ist.

Bei weiblichen Jugendlichen (unter 20 Jahren) ist ferner der prozentuale Anteil mit 7,3 %, die Alkohol in schädlichem Maße gebrauchen, höher als bei männlichen Jugendlichen (3,9 %). Nur 0,5 % beider Gruppen sind vom Alkohol abhängig. 2,4 % der

männlichen Jugendlichen im Alter von 18– 20 Jahren konsumieren über 40 g bzw. 20 g täglich, wobei hingegen 3,4 % weibliche Jugendliche derselben Alterskategorie entsprechend Alkohol zu sich nehmen. In der Altersgruppe der 21- 24 Jährigen lässt sich bei Männern gegenüber den Frauen ein erhöhter Konsum feststellen: Männer (7,3 %), Frauen (2,9 %).

Menschen im höheren Lebensalter (über 60 Jahre) konsumieren weniger Alkohol als diejenigen, die sich in der mittleren Lebensspanne befinden. Oberbayerischen Felduntersuchungen bezüglich des Alkoholismus ergaben, dass "... 3,3 % der Männer und weniger als 1 % der Frauen mit 64 und mehr Jahren einen behandlungsbedürftigen Alkoholismus aufwiesen". (a.a.O., S. 114).

Der Anteil von Alkoholikern im gesetzlichen Rentenalter ist aus Gründen der hohen Mortalitätsrate bei Alkoholkranken sehr gering. Hinzu kommt, dass ältere Menschen, die einen Alkoholmissbrauch in ihrer mittleren Lebensspanne ausgeübt haben, diesen u.a. wegen der verminderten Toleranzfähigkeit reduzieren.

Bei angenommenen 2,5 Mio. Alkoholikern deutschlandweit befinden sich ca. 1,2 % (ca. 30.000) in einer stationären Behandlung. 2,5 % (etwa 62.000) sind jährlich statistisch in stationären Entgiftungsbehandlungen festzuhalten. (Feuerlein et al., 1998, S.119).

Feuerlein bezieht sich ferner auf Schätzungen von Ziegler, der annimmt, dass in o.g. Statistik nur ein Drittel aller Beratungsstellen erfasst worden sind. Demnach ist nach einer Hochrechnung die gesamte Anzahl der in allen Beratungsinstitutionen betreuten Alkoholkranken etwa 115.000 (Inzidenzzahl). "Dies entspricht etwa 4,6 % der geschätzten Gesamtzahl von 2,5 (bis 3) Millionen Alkoholikern (...)" (a.a.O., S.119).

Die Zahl der stationären Behandlungsfälle von Alkoholikern in psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäusern werden nach Angaben von Wienberg (1992) in Feuerlein 1997 geschildert. So ergibt sich ein jährlicher Betreuungswert von ca. 62.000 Personen

in psychiatrischen Krankenhäusern (umgerechnet etwa 2,5 % der Jahresprävalenzzahl der Alkoholiker). Demgegenüber stehen 60.000 Alkoholiker (24 % von ca. 2,5- 3 Mio. geschätzten Alkoholikern), die eine stationäre Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern erfahren.

Stimmer liefert mit seinen Ausführungen ein anschauliches Bild hinsichtlich der Alkoholkonsumenten. Er nimmt an, "... dass in Deutschland 5 % Alkoholiker, 5 % Abstinente, 30 % geringe Konsumenten und 60 % starke Konsumenten leben, wobei man letztere noch unterteilen könnte in 30 %, die Alkohol vermehrt als Konfliktlösungsstrategie benutzen und 30 %, die Alkohol in einem erheblichen Ausmaß im Rahmen "geselliger" Unternehmungen konsumieren." (Stimmer, 1999, S.25).

3.2.3 Symptome des Alkoholismus

Nachfolgend werden einige, auch in der Sozialen Arbeit beobachtbare, Merkmale des Alkoholismus aufgeführt. Sie dienen damit auch einer evtl. (Früh-) Diagnose der Erkrankung.

Alison (1991, S.9-16) führt einige Symptome des Alkoholismus auf und teilt diese in drei Kategorien ein:

1. Symptome, die einen vagen Hinweis auf den Alkoholismus geben können, jedoch keinen Absolutheitsanspruch haben, sondern von Fall zu Fall sehr verschieden sein können und von den Betroffenen subjektiv geprägt sind:

- Sie zeigen eine gespaltene Persönlichkeit (Jekyll-Hyde-Persönlichkeit).
- Sie sind unfähig, über familiäre Probleme und Beziehungen zu sprechen.
- Sie üben destruktive Kritik aus.
- Auf Kritik reagieren sie aggressiv und überempfindlich.
- Sie verdrehen Tatsachen in dem Maße, dass andere an ihrem eigenen Urteil Zweifel haben.
- Sie sind verschwenderisch und gleichzeitig knauserig.
- Sie zeichnen sich durch ihre Wichtigtuerei aus.
- Sie weichen aus und lügen.
- Sie haben einen indirekten Blick.
- Sie sind vergesslich.

2. Symptome, die mit einer größeren Wahrscheinlichkeit auf Alkoholismus hindeuten:

- Sie haben Unfällen am Steuer/im Straßenverkehr.
- Sie zeigen häufige finanzielle Schwierigkeiten.
- Sie haben persönliche Probleme im Arbeitsleben.

- Sie trinken heimlich oder übermäßig.
 - Sie sprechen den Alkoholkonsum nicht als Ursache für andere Probleme an.
 - Sie reduzieren Gewalttätigkeiten.
3. Symptome, die bei einem chronischen Alkoholismus auftreten können, dennoch nicht in jedem Fall gezeigt werden müssen:
- Sie vernachlässigen den körperlichen Zustand und
 - ihr äußeres Erscheinungsbild.
 - Sie sinken im sozialen Status ab.
 - Sie reduzieren die moralischen Standards.
 - Sie zeigen Reue und Zerknirschung.
 - Sie leiden unter Selbstmitleid.
 - Sie zeigen einen desolaten psychischen und physischen Zustand.

Das Auftreten dieser Symptome hängt auch entscheidend davon ab, zu welchem Zeitpunkt der Alkoholismus als solches erkannt wird. Einige der oben genannten Anzeichen für Alkoholismus treten in manchen Fällen nur gering in Erscheinung. So spielen für manche Betroffene die finanziellen Schwierigkeiten eine geringere Rolle. Die Symptome des Alkoholismus treten meist dann erst in Erscheinung, wenn die Entwicklung des Alkoholismus bereits weit fortgeschritten ist und eventuell schon chronischen Charakter angenommen hat.

3.2.4 Aspekte des Alkoholismus

Die Alkoholkrankheit besitzt eine multifaktorielle Genese. Das Zusammenspiel zahlreicher Ursachen aus den verschiedenen Bereichen bedingt den Alkoholismus, wobei bei den einzelnen Individuen die unterschiedlichsten Bereiche für die Entstehung verantwortlich sind. Demzufolge sind auch verschiedene Aspekte zu benennen.

Medizinisch-somatische Aspekte (siehe Katz 1981, S.89-96):

Die körperlichen Folgeschäden durch den Alkoholismus sind von Individuum zu Individuum verschieden. Nach den Vertretern dieser Richtung werden sich die negativen Auswirkungen in den Körperbereichen niederschlagen, die für den Abhängigen eine Schwachstelle darstellen. Die möglichen Krankheiten können Magen-Darm-Störungen, Herzschäden, Kreislaufstörungen, aber auch Nervenentzündungen oder eine Beeinträchtigung des Sehvermögens sein. (nach Hartenfels; vgl. Odermatt in: Katz 1981, S.89).

Medizinische, psychiatrische, neurologische Aspekte:

Alkoholiker sind zu einem Großteil Menschen, die in irgendeiner Art und Weise unter einer psychischen Beeinträchtigung leiden und manisch depressiv, aber auch schizophren sein können. So betrachten die Vertreter dieser Richtung den Alkoholismus als "Sekundärkrankheit" (Katz 1981, S.89), da zuvor bereits eine andere Krankheit oder Persönlichkeitsstörung vorhanden war. Als Folgen der Alkoholsucht betrachten Feuerlein u.a. (in: Katz 1981, S.90) die Alkohol-Epilepsie, die Alkohol-Demenz, das Korsakow-Syndrom, Nervenerkrankungen usw.

Psychologische Aspekte:

Die Psychologen schenken insbesondere den Entwicklungsstörungen, wie z.B. Sprachstörungen, Verhaltensstörungen, Ticks, Lernschwächen, Angst usw. besondere Aufmerksamkeit (vgl. Richter; siehe Rieth in: Katz 1981, S.90). Sie konzentrieren sich auf die menschlichen Verhaltensweisen, die auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen einen entscheidenden Einfluss ausüben. Vor allem Suchtkranke werden durch Erziehungsstile, deren grundlegende Elemente Zwang und Dressur sind, in erheblichem Maße geprägt.

Tiefenpsychologische Aspekte:

Mithilfe der von Freud dargestellten Strukturtheorie über die menschliche Psyche versuchen die Tiefenpsychologen, das psychische Innenleben von Alkoholikern zu erklären:

Bei Suchtkranken wird vonseiten der Tiefenpsychologie unterstellt, dass sei in der oralen, der analen und der phallischen Phase eine gestörten Triebsteuerung hatten/erlebten, so dass es bei diesen Menschen zur oralen Fixierung kommt und sie ihre Aggressionen nicht ausagieren können.

Nach von Viebahn (in: Katz 1981, S.91) bewirken die Hemmungen zum einen Leeräume und zum anderen ein übersteigertes Denken im Bereich des Besitzes und des Machtstrebens.

Bei Alkoholkranken besteht ein stark ausgeprägtes Ungleichgewicht zwischen dem "Es", dem "Ich" und dem "Über-Ich", so dass sie unter unbewussten Konflikten und Kommunikationsschwierigkeiten leiden.

Die Süchtigen leiden vielfach unter Minderwertigkeitsgefühlen, die auf ungünstige Lebensbedingungen zurückzuführen sind.

Bei der Entstehung des Alkoholismus treten neurotische Symptome, wie z.B. Depressivität, Hysterie und Schizophrenie auf.

Anthropologische und theologische Aspekte:

Die Anthropologen und Theologen orientieren sich an den Inhalten der Bibel. Für sie ist der Alkoholiker wie alle anderen Menschen hilfsbedürftig; dennoch hat er zusätzlich noch mit extremen Ausnahmesituationen zu kämpfen:

1. Der Alkoholkranke fragt nach dem Sinn und Ziel seines Lebens und danach, woher er kommt und nach seinem Hier und Jetzt.
2. Er fühlt sich mit seinem Leben vielfach überfordert.
3. Er lebt in Auseinandersetzung und im Konflikt mit dem Glauben und dem Unglauben.
4. Diese Menschen schwanken sowohl zwischen dem Gedanken an Selbstmord und ihrer inneren Ausgeglichenheit hin und her.
5. Sie bewegen sich zwischen Leben und Tod.

Soziologische Aspekte:

Unter dem soziologischen Blickwinkel gesehen hat die Alkoholkrankheit die Funktion eines Symptoms, das den Abhängigen nach außen krank bzw. als von der Norm abweichend erscheinen lässt. Der Abhängige wird "... als Symptom- und Folgenträger, als Ausgelieferter unter beherrschenden Bedingungen" (Katz 1981, S.93f) gesehen. Die Ursachen dafür sind bestimmte gesellschaftliche Verhältnisse, bestehende Zwänge und Bewertungen:

1. Schichtspezifische Bedingungen im Bereich des Berufs, der Schule, aber auch außerhalb spielen eine Rolle.

2. Verschiedene politische Situationen spielen in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit eine Rolle.
3. Allgemeine Rollen- und Schichtprobleme begünstigen die Alkoholismusedwicklung.

Die Soziologen sind davon überzeugt, dass der Alkoholiker für den Nichtabhängigen eine Alibi-Funktion darstellt. Man kann sich selbst als gut bezeichnen und von den eigenen Schwierigkeiten ablenken.

Aspekte der Sozialarbeit und Sozialpädagogik:

Die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen verfolgen im Umgang mit süchtigen Menschen folgende Ziele:

1. Sie sehen den Patienten mit seiner Notlage, sie akzeptieren und verstehen ihn aus dieser Situation heraus.
2. Sie berücksichtigen seine Sozialisationsdefizite.
3. Sie betrachten ihn vor dem Hintergrund seiner zerstörten Werte.
4. Sie akzeptieren ihn in seiner Außenseiterposition.
5. Sie sehen seine Labilität im Zusammenhang mit seiner Lebensgeschichte.
6. Sie achten den Menschen mit seiner kaum vorhandenen Fähigkeit, Hilfe annehmen zu können und seiner Ausweglosigkeit.

3.2.5 Formen des Alkoholismus

Jellinek, ein immer noch aktueller Klassiker, hat sich ausführlich mit der Thematik auseinandergesetzt, ob es sich bei dem Phänomen des Alkoholismus um eine Krankheit handelt.

Die Alkoholiker stellen keine homogene Gruppe dar. So kam auch Jellinek zu dem Ergebnis, dass der Alkoholismus verschiedenste Zustände und Leiden beinhaltet und dieser Begriff daher eine Differenzierung erforderlich macht.

Die von Jellinek entwickelte Typologie des Alkoholismus mit fünf Kategorien hat sich am weitesten verbreitet. Eine eindeutige Abgrenzung der verschiedenen Alkoholtypen gelingt nicht immer, so dass auch Mischtypen vorkommen (vgl. Böcker/Hochmuth in: Schlüter-Dupont 1990, S.17).

Jellinek hat folgende fünf Grundformen des Alkoholismus beschrieben (nach Katz 1981, S.70-79; vgl. Feuerlein 1989, S.155-159; siehe Schlüter-Dupont 1990, S.16-18):

Alpha-Alkoholismus

Dieser Alpha-Typ wird auch als Konflikt-, Erleichterungs- oder Betäubungstrinker bezeichnet.

Durch den Konsum von Alkohol befreit er sich von seelischen und körperlichen Belastungen. Diese Alkoholiker leiden an seelischen Störungen, und sie versuchen, ihre Angst und ihre Spannungszustände mithilfe des Alkohols zu betäuben, zu entspannen und Erleichterung zu bekommen. In Bezug auf den Ort, das Ausmaß, die Menge und die Wirkung des Trinkens, zeigen sie ein anormales Verhalten. Vor allem gefühlsbetonte und stimmungsschwankende Menschen sind davon betroffen. (siehe Katz 1981, S.72).

Der Alpha-Typ ist nur seelisch abhängig. Dieser Zustand kann jahrelang andauern, ohne dass sich eine Sucht entwickelt. So leidet der Konsument unter einer psychischen Abhängigkeit ohne Kontrollverlust.

Der Alkoholmissbrauch hinterlässt Schäden im sozio-ökonomischen und psychischen Bereich. Die soziale und wirtschaftliche Situation der Familie wird gefährdet und die seelisch körperliche Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und die Persönlichkeitsentfaltung (nach Katz 1981, S.72; vgl. Feuerlein 1989, S.155). In manchen Fällen wird der Alpha-Alkoholismus zum Gamma-Alkoholismus.

Beta-Alkoholismus

Die Beta-Alkoholiker werden als Gelegenheits- bzw. Verführungstrinker (nach Feuerlein 1989, S.155) und als Wochenendtrinker bezeichnet (siehe Schlüter-Dupont 1991, S.17).

Bei diesem Alkoholiker entwickelt sich weder eine psychische noch eine physische Abhängigkeit, und sie leiden nicht unter einem Kontrollverlust. Ihr Alkoholkonsum nimmt immer mehr zu und kann sich zu beträchtlichen Mengen steigern. Die Ernährung wird vernachlässigt. Es kommen deshalb noch Ernährungsfehler hinzu, so dass sie vor allem unter schweren körperlichen Schäden zu leiden haben. (z.B. Magenschleimhautentzündung, Fettleber, Leberzirrhose, verkürzte Lebensdauer).

Ausschlaggebender Grund für ihren Alkoholmissbrauch ist ihre trinkfreudige Umgebung, aber auch ihre zahlreichen berufsbedingten Anlässe. Die Alkoholiker behalten vielfach ihr ganzes Leben lang diese Form bei.

Das Absetzen des Alkohols ruft keine Entzugssymptome hervor, und Alkoholiker dieses Typs sind weder süchtig, noch alkoholkrank. (vgl. Katz 1981, S.74). Vielmehr ist sein Alkoholtrinken ein Anzeichen für eine andere Krankheit. Der Beta-Alkoholiker kann auch zum Gamma- oder Delta-Alkoholiker werden.

Gamma-Alkoholismus

Die Gamma-Alkoholiker werden als süchtige Trinker bezeichnet. Diese Form des Alkoholismus ist in Deutschland am häufigsten anzutreffen und tritt auch am auffälligsten in Erscheinung. Alkoholiker, die sich in diesem Stadium befinden, können eine Zeit lang auch abstinent leben. Entscheidet er sich jedoch für den Konsum von Alkohol, kann er den weiteren Konsum nicht mehr kontrollieren. Jellinek spricht von einem "Kontrollverlust". Hat er zu trinken begonnen, kann er damit nicht mehr aufhören. Er trinkt dann bis zum Vollrausch oder bis sich der Körper dagegen wehrt.

Diese Alkoholismusform hat einen stark fortschreitenden Charakter, und der Alkoholiker unterliegt einem Krankheitsprozess. Zu Beginn hat diese Form Ähnlichkeiten mit dem Alpha-Alkoholismus. Zunächst dient der Alkoholkonsum dem Spannungsabbau. So wird der Alkoholiker seelisch immer labiler und kann Belastungen nur noch durch immer häufigeren und stärkeren Alkoholkonsum meistern.

Die Gewebswiderstandsfähigkeit gegen den Alkohol nimmt immer mehr zu (Toleranzsteigerung). Der Zellstoffwechsel entwickelt eine dem Alkoholkonsum entsprechende Anpassungsfähigkeit. Im späteren Stadium der Erkrankung nimmt dann die Alkoholverträglichkeit rapide ab, so dass kleinste Alkoholmengen zu einem starken Rausch führen. (vgl. Katz 1981, S.75f)

Nachdem der Gamma-Alkoholiker Alkohol konsumiert hat, hat er Verlangen nach mehr Alkohol. Die psychische Abhängigkeit ist bereits länger vorhanden; jetzt kommt die körperliche Abhängigkeit hinzu. Nach Absetzen des Alkohols treten Entzugssymptome (z.B. Unruhe, Zittern, Schwitzen, Ängste usw.) auf.

Am Ende dieser Entwicklung tritt der Kontrollverlust ein, das Hauptkennzeichen der Alkoholabhängigkeit. Der Alkoholiker hat die Fähigkeit verloren, mit dem Trinken

aufhören zu können. Ein Kontrollverlust bedeutet also, dass fast jeder Alkoholkonsum mit einem Rausch endet.

Der Gamma-Alkoholismus führt im körperlichen, psychischen und sozioökonomischen Bereich zu Schäden. Aufgrund der Schäden im körperlich-seelischen Bereich kann man hier von einer Alkoholkrankheit sprechen.

Delta-Alkoholismus

Der Delta-Alkoholiker wird auch als "Spiegel-Trinker" bezeichnet. Er ist ebenfalls wie der Gamma-Alkoholiker süchtig. Der Trinker kann sich dem Alkohol überhaupt nicht mehr enthalten. Die Alkoholabstinenz führt zu Entzugserscheinungen, so dass ständig ein gewisser Alkoholspiegel beibehalten werden muss.

Im Gegensatz zum Gamma-Alkoholiker zeigen Delta-Alkoholiker keinen Kontrollverlust, sondern sie sind unfähig, abstinent zu bleiben. Sie konsumieren ständig Alkohol. Trotz des ununterbrochenen Konsums sind sie selten völlig betrunken. Sie können sich oft jahrelang unauffällig verhalten, so dass z.B. Probleme im sozialen Bereich erst sehr spät offensichtlich werden.

Der Körper wurde jedoch durch die regelmäßigen Alkoholmengen in Mitleidenschaft gezogen, so dass es zu Organschädigungen und Vergiftungen des zentralen Nervensystems kommt. Die Folgen davon können Charakterveränderungen und Geisteskrankheiten sein.

Für den Delta-Typ ist die physische Abhängigkeit charakteristisch; die psychische Abhängigkeit bildet sich erst im Laufe der Entwicklung heraus.

Epsilon-Alkoholismus

Der Epsilon-Typ wird auch als episodischer Trinker oder Quartalssäufer bezeichnet. (vgl. Schlüter-Dupont 1991, S.17). Der Epsilon-Alkoholismus tritt insbesondere bei Personen auf, die immer wieder mit Verstimmungen und unangenehmen Gefühlszuständen zu kämpfen haben. In diesen Phasen verspüren sie einen unwiderstehlichen Alkoholdrang. Sie unterliegen in den Phasen einem Kontrollverlust, und es kommt zu heftigen Trinkexzessen, die den Alkoholiker bis an den Rand seiner physischen Belastbarkeit bringen.

Es kommt zu heftigen Ausschreitungen und erheblichen psycho-sozialen Folgen. Nach Tagen des ungezügelter Alkoholkonsums können die Betroffenen wieder kontrollierte Mengen zu sich nehmen oder ganz auf den Alkohol verzichten.

Nach Jellinek zählen nur der Gamma- und der Delta-Alkoholismus als echte Krankheiten, "... weil sie im pharmakologischen Sinn Süchte sind." (in: Glatt 1976, S.7). So sind nur der Gamma- und der Delta-Typ Alkoholabhängige im eigentlichen Sinn (nach Schlüter-Dupont 1990, S.17).

In diesen beiden Zuständen besteht eine körperliche Abhängigkeit. Der Stoffwechsel ist so stark auf den Alkohol eingestellt, dass das Absetzen des Alkohols körperliche Entzugserscheinungen hervorruft. Der Alpha- und der Beta-Typ sieht Jellinek als gefährdete Formen der Alkoholabhängigkeit an.

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass es fünf Grundformen des Alkoholismus gibt: Alpha-Typ (Konflikt und/oder Erleichterungstrinker), Beta-Alkoholiker (Gelegenheitstrinker), Gamma-Trinker (süchtiger Trinker), Delta-Alkoholiker (Spiegeltrinker) und Epsilon-Typ (episodischer Trinker).

Zur Vertiefung sollten die Merkmale der einzelnen Trinkertypen wiederholt werden.

3.2.6 Phasen des Alkoholismus

Die Entwicklung der Alkoholabhängigkeit geht meist allmählich und langsam vor sich, so dass sich der Beziehungsaufbau zum Alkohol über eine gewisse Zeit hinwegstreckt.

Es wurden verschiedene Versuche unternommen, den Entwicklungsverlauf der Alkoholabhängigkeit in Phasen einzuteilen. Die bekannteste Einteilung stammt von Jellinek. Mit Hilfe von Fragebogenuntersuchungen, die er an Angehörigen der Anonymen Alkoholiker durchgeführt hat, stellte er eine Reihe von Symptomen fest.

Diese stellen eine Entwicklung in drei Phasen dar. Eine vierte Phase, die voralkoholische Phase, schaltet er vor dieser Entwicklung ein. (vgl. Katz 1981, S.59-70; nach Schlüter-Dupont 1990, S.20-25; siehe Feuerlein 1989, S.159; vgl. DHS(1) 1993, S.9-10).

Die voralkoholische Phase

Diese Phase wird auch präalkoholisch bzw. symptomatisch bezeichnet. Das Trinken von Alkohol erfüllt in dieser Phase die Funktion eines Symptoms.

Zunächst wird Alkohol nur zu Anlässen und in Gesellschaft getrunken. Lebt der Betroffene in einer Gesellschaft, in der der Alkoholkonsum toleriert und gefördert wird, steigert dies seine Alkoholmenge.

In dieser Phase erfüllt der Alkohol für den Trinker bereits eine Funktion. Die anfänglich geringen konsumierten Mengen dienen z.B. dem Kontaktaufbau oder dem Herstellen der inneren Ruhe. Der Alkohol hilft ihm, z.B. auch Ängste und Spannungen abzubauen, so dass er den Konsum immer mehr steigert. Bemerkt er diese positive Wirkung des Alkohols dadurch, dass er den psychischen Druck beseitigt, kommt sehr

schnell ein Lernprozess in Gang: Der Trinker wird dann zum Alkohol greifen, wenn er eine Problemsituation auf sich zukommen sieht oder er einen psychischen Spannungszustand bemerkt.

Diese Phase kann Monate aber auch Jahre andauern. Innerhalb eines Zeitraumes bis zu zwei Jahren kommt es zu einem täglichen Erleichterungstrinken, um gegen Stimmungsschwankungen ankommen zu können. Im Laufe der Zeit steigert sich auch die Alkoholtoleranz, so dass die Alkoholmenge zunehmen muss, um Spannungen abbauen zu können.

Die Prodromalphase

In diesem Stadium treten nach Jellinek (in: Glatt 1976, S.12-14) bereits Symptome und Verhaltensweisen auf, die auf die Tendenz zur Alkoholabhängigkeit hinweisen. Die Prodromal-Phase kann somit auch als Vorläufer der Sucht betrachtet werden.

Diese Phase dauert einige Monate bis zu fünf Jahren an.

Nach Jellinek treten folgende sieben Symptome auf:

1. Erinnerungslücken:

Es kommt hier vermehrt zu Gedächtnislücken, so dass der Alkoholiker im nüchternen Zustand nicht mehr weiß, was er unter Alkoholeinfluss gemacht hat.

2. Heimliches Trinken:

Er bemerkt seine anormale Einstellung zum Alkohol. Um den negativen Sanktionen zu entgehen, trinkt er nur noch in Momenten, in denen er nicht auffällt.

3. Dauerndes Denken an Alkohol:

Dieses Symptom macht deutlich, wie stark er den Alkohol braucht.

4. Gieriges Trinken:

Der Alkoholiker benötigt immer mehr eine größere Menge an Alkohol, um den erwünschten Effekt erzielen zu können. Durch das schnelle Trinken einiger Gläser bei Trinkbeginn wird diese Wirkung schnell erzielt.

5. Schuldgefühle:

Ein unklares Bewusstsein über sein anormales Trinkverhalten ruft Schuldgefühle hervor.

6. Anspielungen auf Alkohol werden vermieden:

Das Thema Alkohol wird dem Betroffenen unangenehm.

7. Alkoholbedingte Gedächtnislücken nehmen zu:

In der Prodromalphase führt der hohe Alkoholkonsum nur selten zu einem richtigen Rausch, so dass der Alkoholiker nicht sehr auffällig ist. Die häufiger vorkommenden Gedächtnislücken sind das letzte Zeichen vor der Sucht, der in dieser Phase nach Meinung von Jellinek nur noch durch völlige Abstinenz entgegengetreten werden kann.

Die kritische Phase

Diese Phase dauert meistens einige Jahre an.

Folgende Symptome sind für die kritische Phase kennzeichnend:

1. Kontrollverlust:

Der Kontrollverlust stellt das Hauptmerkmal der Alkoholsucht dar. Ist der Alkoholiker nicht mehr in der Lage, mit dem Trinken aufzuhören oder mäßig zu konsumieren, so ist er süchtig geworden. Man kann in dieser Phase von einer Alkoholkrankheit sprechen, da im körperlich-seelischen Bereich erhebliche Schäden vorhanden sind.

2. Erklärungsversuche zum Trinkverhalten:

Er will vor allem sich selbst beweisen, dass er sein Trinkverhalten noch kontrollieren kann.

3. Soziale Belastungen:

Kennzeichnend für diese Phase ist, dass sämtliche Lebensbereiche des Trinkers negativ in Mitleidenschaft gezogen werden. Es treten Probleme in der Familie und am Arbeitsplatz auf, und seine Selbstachtung erfährt eine erhebliche Beeinträchtigung. Zu einer frühen Phase des kritischen Bereiches versucht der Betroffene solche Probleme durch ein überkorrektes und sehr angepasstes Verhalten zu vermeiden.

4. Großspuriges Benehmen:

Dadurch versucht er, seine negativen Gefühle über sich selbst zu kompensieren, da er mit Gefühlen der Unzulänglichkeit und der Schuld zu kämpfen hat. Ferner kann er durch den auch vorhandenen großspurigen Konsum seine Umwelt von sozialen und finanziellen Belastungen ablenken.

5. Aggressives Verhalten:

Die eigenen Schuldgefühle und Unzulänglichkeiten werden bei anderen gesucht.

6. Dauernde Zerknirschung:

Die durch den Alkohol auftretenden Belastungen stellen für ihn eine weitere Gelegenheit für den Alkoholkonsum dar. Er verfällt häufig in Selbstmitleid und Verbitterung. Er kommt in einen Teufelskreis, da seine Lebenssituation seinen Alkoholkonsum verstärkt.

7. Perioden völliger Alkoholabstinenz:

Es kommt immer wieder zu Selbstheilungsversuchen, durch die er sein Trinken kontrollieren will. Die Abstinenzphasen entwaffnen auch die Umwelt, da sie als Beweis für eine Nichtabhängigkeit dienen.

8. Das Trinksystem wird geändert:

Ein weiterer Selbstheilungsversuch stellt das Aufstellen von Regeln für die Art und Weise des Alkoholkonsums dar.

9. Freundschaften werden aufgegeben:

Der Alkoholiker kann nicht mehr normal trinken, so dass die Distanz zu den Nicht-Alkoholikern immer größer wird.

10. Arbeitsplätze werden aufgegeben:

Die immer größer werdenden Probleme am Arbeitsplatz führen dazu, dass der Alkoholiker oft selbst kündigt.

11. Das Benehmen konzentriert sich auf Alkohol:

Er räumt dem Alkoholtrinken eine wichtigere Stellung als anderen sozialen Bezügen ein.

12. Verlust an äußeren Interessen:

Es dreht sich alles nur noch um sich selbst, so dass er Dingen aus der Umwelt gegenüber nicht mehr aufgeschlossen ist.

13. Neuauslegung zwischenmenschlicher Beziehungen:

Die Beziehungen zum Gegenüber werden immer weniger und negativer.

14. Auffallendes Selbstmitleid:

Der Alkoholiker fühlt sich völlig unglücklich, was noch durch die Ausgrenzung der Umwelt verstärkt wird.

15. Gedankliche und geografische Flucht:

Er hat unrealisierbare Gedankengänge, wechselt den Arbeitsplatz und die Wohnung.

16. Änderungen im Familienleben:

Die restlichen Familienmitglieder suchen die Distanz zum Kranken und der Umwelt.

17. Grundloser Unwille:

Für die Verhaltensweisen seiner Umgebung kann der Kranke kein Verständnis aufbringen.

18. Sichern des Alkoholvorrats:

Er versteckt an verschiedenen Orten seinen Alkohol, da er für sein Leben unbedingt notwendig ist.

19. Vernachlässigung angemessener Ernährung:

Mit der fortschreitenden Abhängigkeit achtet er immer weniger auf seine Ernährung. Die Mangelernährung führt häufig viel früher zu Schäden als der Alkohol selbst. Es kommt zu Organschäden und Magenschleimhautentzündungen, und der Alkoholiker nimmt immer weniger Normalkost zu sich.

20. Alkoholbedingte Beschwerden führen zu einer Krankenhauseinweisung:

Der Alkoholiker verschweigt vielfach seine Alkoholsucht als Ursache.

21. Abnahme des Sexualtriebes:

Diese häufig auftretende Folgeerscheinung führt zu Eheproblemen.

22. Alkoholische Eifersucht:

Die Distanzierung der Ehefrau ruft Feindseligkeiten hervor, und der süchtige Partner erklärt ihren Rückzug mit außerehelichem Geschlechtsverkehr.

23. Regelmäßiges morgendliches Trinken:

Die Folgeprobleme der Alkoholabhängigkeit, wie z.B. Schuldgefühle, vermindertes Selbstwertgefühl usw., führen zu solchen extremen Anspannungen, dass er sich bereits nach dem Aufstehen mit Alkohol beruhigen muss.

Die chronische Phase

Jellinek bezeichnet diese Phase als Endstadium einer Entwicklung zur Alkoholabhängigkeit.

In der chronischen Phase verbringen die Betroffenen ihre Zeit nur noch mit dem Trinken von Alkohol, ohne dabei an Familie oder Arbeit zu denken. In dieser Phase begibt sich der Alkoholiker in manchen Fällen in Behandlung; wesentlich häufiger sterben sie jedoch an ihren körperlichen Schäden (nach Glatt, 1976, S.17).

In der chronischen Phase treten folgende Symptome auf:

1. Verlängerter Rausch:

Die Rausche finden auch tagsüber statt und hindern ihn oft tagelang an anderen Aktivitäten.

2. Abbau ethischen Verhaltens

3. Beeinträchtigung des Denkens:

Tagelang andauernde Exzesse beeinträchtigen seine Denk- und Konzentrationsfähigkeit.

4. Alkoholbedingte Geistesstörungen

5. Bei ca. 10% treten "alkoholische Psychosen" auf.

6. Trinken mit Personen, die unter dem eigenen Niveau liegen:

Der Alkoholiker verliert moralisch ethische Werte, so dass es ihn vielfach nicht interessiert, wo und mit wem er trinkt.

7. Zuflucht zu technischen Produkten:

In dieser Phase greift er zu minderwertigen Alkoholika oder anderen alkoholhaltigen Substanzen.

8. Verlust der Alkoholtoleranz:

Die Alkoholverträglichkeit nimmt plötzlich und rapide ab, so dass bereits kleinere Alkoholmengen zu Ausfallerscheinungen und Vollräuschen führen.

9. Unerklärbare Ängste

10. Zittern

11. Psychomotorische Hemmungen:

Er verliert die Fähigkeit, einfache mechanische Vorgänge zu bewältigen.

12. Der Alkoholiker trinkt mit Besessenheit:

Das Trinken wird völlig zwangsmäßig ausgeführt.

13. Unbestimmte religiöse Wünsche und auch Wahnvorstellungen

14. Das Erklärungssystem versagt:

Er trinkt weiterhin besessen, ohne dies jedoch vor sich und anderen zu erklären. Er sieht für sich keine andere Möglichkeit als zu trinken.

15. Zusammenbrüche:

Seelische und körperliche Zusammenbrüche können zu Selbstmordversuchen führen.

Als Zusammenfassung wird hier festgehalten, dass es einen Phasenverlauf des Alkoholismus gibt, der sich bis zu fünfzehn Jahre hinziehen kann. In den Phasen werden über 40 Merkmale beschrieben, die teilweise auch in der Praxis der Sozialen Arbeit zu beobachten sind und die dem Praktiker wertvolle Hinweise liefern können.

Insgesamt dient das Kapitel "3. 2 Der Alkoholismus" dem Erkennen des Alkoholismus in der Praxis der Sozialen Arbeit. Insbesondere die beobachtbaren Verhaltensmerkmale der Betroffenen dienen der Klärung der Alltagswahrnehmungen. Daher sind zur Wiederholung die Merkmale zusammenfassend zu vertiefen.

Insbesondere in den Abschnitten 3.2.5 und 3.2.6 wurden Merkmale beschrieben, die in der Suchtkrankenhilfe eine lange Tradition haben und die als Grundlagenwissen unverzichtbar sind. Die Merkmale dienen auch noch heute der Klärung des Krankheitsbildes und sie sind auch in Anträgen auf eine Rehabilitationsbehandlung zu beachten. So sind sie immer noch integraler Bestandteil der Suchtkrankenhilfe, da auch noch keine neueren und besseren Beschreibungsformen vorliegen.

Deutlich betont werden soll an dieser Stelle, dass die Merkmale der Klärung und nicht der Stigmatisierung dienen dürfen. Feste, in erzgegossene Kriterien, bergen immer die Gefahr in sich, dass sie zu einer unveränderbaren Festschreibung führen, die dann zu einer Stigmatisierung führt. Daher meint Klärung, dass die Merkmale zur Einordnung von Verhaltensweisen und zur Absicherung von Alltagswahrnehmungen genutzt und entsprechende Kriterien genau geprüft werden müssen, bevor beobachtete Phänomene beschrieben, eingeordnet und zu einer Krankheits-Stand-Beschreibung genutzt werden.

3.3 Ursachen von Suchterkrankungen

In diesem Kapitel werden einzelne Ansätze und Konzepte verschiedener Suchttheorien dargestellt. In den Abhandlungen "Schwächen und Kritik" wird der Versuch unternommen, die Schwächen der einzelnen Ansätze und Konzepte bezüglich ihrer Aussagen und Argumentationen, sowie im Hinblick auf die Entstehung und Ursachen von Abhängigkeiten zu untersuchen.

3.3.1 Persönlichkeitsorientierte und psychodynamische Theorieansätze

Persönlichkeitsorientierte Ansätze

Im Bereich der Persönlichkeitspsychologie ergibt sich aus der Annahme über prämor-
bide Persönlichkeitsmerkmale und der Annahme, dass Alkohol aus Gründen der Affektregulation konsumiert wird, ein Erklärungsansatz für den Alkoholismus (Cox 1987/Feuerlein, 1998, S.95f).

Prämorbidie Persönlichkeitsmerkmale zeigten sich u.a. in Längsschnittuntersuchungen bei Jugendlichen, so z.B. Impulsivität, Nonkonformismus, das Ablehnen sozialer Werte, abweichendes Verhalten und Hyperaktivität. Der Zusammenschluss präorbider Merkmale und der Affektregulation zu einem Erklärungskonzept ist durch eine weitere Annahme bedingt, nämlich, dass präorbide Persönlichkeitsmerkmale eine verstärkte Affektregulation erforderlich machen (a.a.O., S.96).

In der psychiatrischen Lehrbuchbeschreibung werden Alkoholabhängige als willens- und charakterschwach, hyperthym, dysthym, ängstlich, hysterisch, erregbar, weichlich usw. beschrieben. Bei Battegay (1978) weisen Alkoholiker eine unreflektierte, zurückhaltende Affektlabilität, Ablehnung emotional betonter Situationen und eine starke Fixierung auf die orale Phase auf. Die zahlreichen Untersuchungen der Persönlich-

keitsmerkmale von Suchtkranken haben ergeben, dass sehr wohl deviante Merkmale im Vergleich gesunder Menschen vorliegen. Da aber keine grundlegende Übereinstimmung der Merkmale feststellbar ist, werden mehrere Untergruppierungen von Persönlichkeitsvarianten angenommen (Grünberger 1977, vgl. Tretter, 1998, S.135).

Im Zusammenhang mit der Persönlichkeit lassen sich drei Grundverhaltensrichtungen festlegen, die den Übergang von biologischen und psychischen Faktoren kennzeichnen. Diese Verhaltensrichtungen sind als gesteigertes Suchverhalten nach Neuigkeiten, als ausgeprägtes schadenvermeidendes Verhalten und als verstärktes belohnungsabhängiges Verhalten zu bezeichnen (Cloninger et al. 1988, vgl. a.a.O., S.136 und Feuerlein, 1998, ebd.).

Für eine Alkoholismusedwicklung lassen sich danach zwei unterschiedliche Konstellationen beschreiben. Beim ersten Typ lässt sich ein vermindertes Suchverhalten nach Neuigkeiten, eine starke Vermeidungstendenz und ein übermäßig starkes belohnungsabhängiges Verhalten feststellen.

Für den zweiten Typ ist eine schwache Schmerz- und Vermeidungstendenz, ein geringes belohnungsabhängiges Verhalten und ein ausgeprägtes Neugierverhalten festzustellen.

Ansätze aus der Psychoanalyse bzw. aus der Psychodynamik

Aus der Sicht der Psychoanalyse wird Sucht bzw. Abhängigkeit als ein Anzeichen oder Merkmal einer bestehenden Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die grundlegenden Aspekte einer psychodynamischen Sichtweise zur Suchtentwicklung sind, die Triebdynamik, die Objektbeziehungen und ichpsychologische Defizite einer Person (vgl. Feuerlein, 1998, S.94.)

Die Triebdynamik als Ansatz der "alten" Psychoanalyse (nach Freud) geht davon aus, dass das Verlangen nach dem Suchtstoff auf einer Regression zu oralen Wünschen

basiert. Das Konstrukt der Objektbeziehungen besteht aus den Beziehungen zur Umwelt und zu anderen Menschen (Objektpräsentanzen) und Beziehungen zum eigenen Selbst (Selbstrepräsentanzen).

Die Stabilität der Objektbeziehung richtet sich u.a. nach der Qualität der Selbstrepräsentanzen und der Objektpräsentanzen. In diesem Zusammenhang wird das Suchtmittel als Übergangsobjekt bzw. als Objektersatz gesehen. "Bei Suchtkranken soll aufgrund frühkindlicher Störungen der Mutter-Kind-Interaktion eine Spaltung der Objekte und des Selbst in gute und böse Anteile einerseits und eine Verschmelzung von Objekt (Umwelt) und Selbst (mangelnde Autonomie, persistierende Abhängigkeit) vorliegen." (Tretter, 1998, S.136).

Die ichpsychologischen Defizite kommen in einer Veränderung der Wahrnehmung, der Affekt- und Impulskontrolle, des Urteilsvermögens und der Über-Ich-Struktur zum Ausdruck, wobei sich dabei vergleichbare Aspekte zu Borderline-Störungen ergeben. Defizite, die nun in den Selbst- und Objektpräsentanzen vorhanden sind, überfordern das Ich in seiner Regulationsfunktion von Über-Ich und Es, was auch als "Ich-Schwäche" bezeichnet werden kann. Das Ich weicht nun auf Abwehrmechanismen aus, wie z.B. die Projektion, Externalisierung, Verleugnung usw.

Die Wirkung der Abwehrmechanismen reicht in vielen Fällen nicht aus, um eine Belastungsreduktion herbeizuführen. Bei einem solchen Zusammenbruch der Ich-Regulation entsteht Angst und weitere negative Gefühle (wie das Gescheitertsein, Verlassensein, Ohnmacht usw.), die das gesamte Erleben des Menschen beeinflussen.

Durch den Rausch gelingt es, diese aversiv erlebten Zustände zu reduzieren. Im Rauschzustand können positive Elemente des Selbst aktiviert werden. Somit kommt es zu einer veränderten Selbst- und Umweltwahrnehmung im Rausch, diese bedingt jedoch die Verstärkung der Beziehungsstörungen im realen Nüchternzustand (siehe Abb.; Psychodynamischer Konsumkreislauf). Dies kann auch mit dem Ansatz des

Stresskonzeptes und der Spannungs-Reduktions-Hypothese in Zusammenhang gebracht werden.

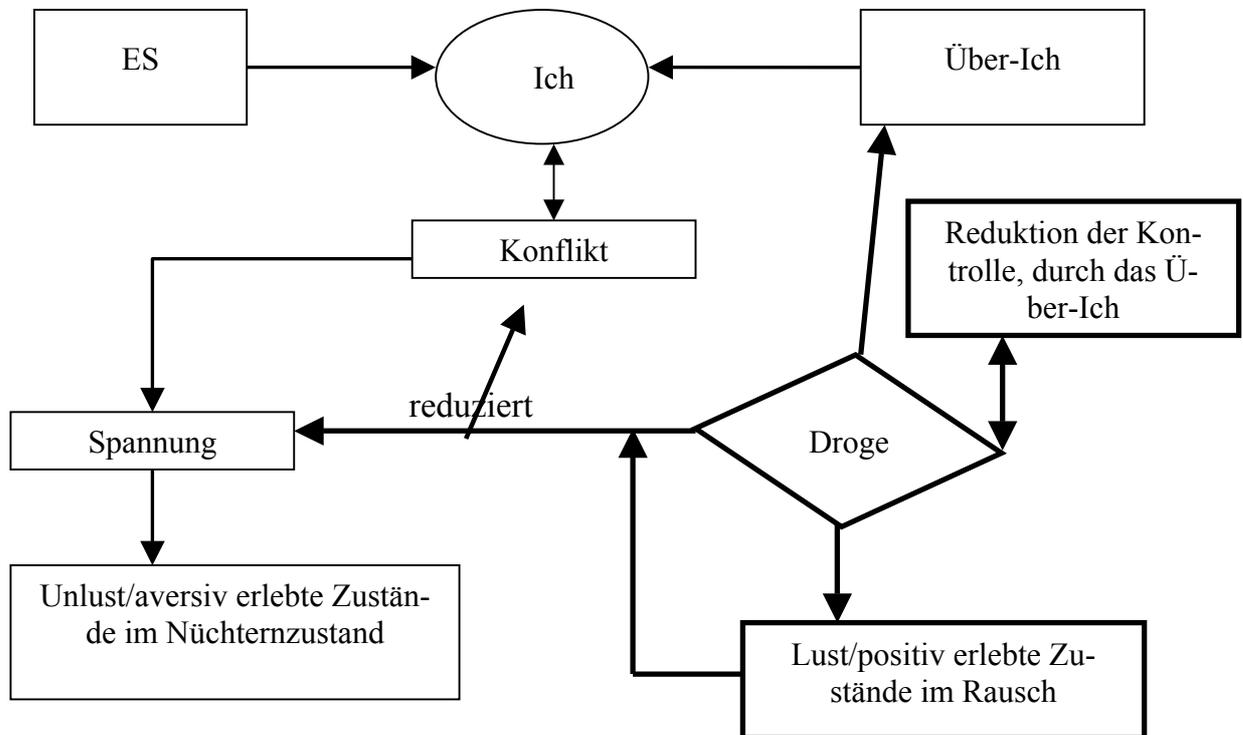


Abb.

"Psychodynamischer Konsumkreislauf": Die Droge reduziert Spannungen des Ichs, die durch Konflikte zwischen ES und Über-Ich entstehen. Somit erfolgt eine Wahrnehmungsveränderung bzw. -täuschung im Rauszustand im Bezug auf reale Situationen. Der Drogenkonsum verursacht Schuldgefühle, durch die Kontrollfunktion des Über-Ichs. Diese Schuldgefühle werden wiederum durch den Drogenkonsum reduziert, da die Droge direkt das Über-Ich in seiner Kontrollfunktion hemmt.

Für die Erklärung süchtigen Verhaltens ist der Abhängigkeitsautonomie-Konflikt des Abhängigen als zentraler psychodynamischer Bezugsrahmen zu sehen. In diesem Kontext lassen sich nach Blane (1968) folgende Typen unterscheiden (vgl. Feuerlein, 1998, S.95):

(1) Der Abhängigkeitstyp:

Die Person steht zu ihrer Sucht bzw. Abhängigkeit.

(2) Gegenabhängigkeitstyp:

Die Person vertuscht und verleugnet seine Abhängigkeit und versucht, sie zu kontrollieren.

(3) Abhängigkeits-Gegenabhängigkeits-Typ:

Die Person wechselt zwischen den bei (1) und (2) beschriebenen Verhaltensformen.

Danach sind nach Kufner (1989) zwei Grundmotivationen des menschlichen Verhaltens beschrieben worden. (Feuerlein, 1998, S.95). Als erstes wäre hier die Bindungsmotivation zu nennen. Sie ergibt sich aus der Annahme eines passiven Abhängigkeitsbedürfnisses (vergleichbar mit der frühkindlichen Symbiose [Mutter-Kind-Beziehung]). Die andere Grundmotivation ist als Autonomiestreben zu verstehen. Diese Autonomiebedürfnisse werden sowohl auf eine innere Autonomie (Selbstbild, Ich-Funktion etc.), als auch auf eine äußere Autonomie (Macht bzw. Einfluss gegenüber anderen etc.) bezogen.

Schwächen und Kritik persönlichkeitsorientierter und psychodynamischer Ansätze

Persönlichkeitsorientierte Ansätze

Der Erklärungsansatz, über die Annahme präorbider Persönlichkeitsmerkmale und der notwendigen Affektregulation kann nur für einen bestimmten Teil der Abhängigen verwendet werden. Die oben beschriebenen Persönlichkeitsmerkmale können nicht in allen Fällen von Alkoholismus bzw. von anderen Suchterkrankungen festgestellt werden, es gibt also keine einheitliche "präorbide Persönlichkeit" (Wanke, 1987) im Bezug auf eine Abhängigkeitserkrankung. (Feuerlein, 1998, S.95).

Ebenso zeigt das Konzept nach Cloninger et.al. (1988) markante Schwächen auf. Die Ergebnisse wurden in einer Längsschnittstudie (nach Cloninger) erfolgreich belegt. Dennoch bleibt das Faktum der Unspezifität des Erklärungsansatzes im Bezug auf eine Suchtentwicklungs- bzw. Suchtursachenklärung, da auch andere Persönlichkeitsstörungen durch diesen Erklärungsansatz erklärt werden können (a.a.O., S.96).

In der Gesamtbetrachtung der Persönlichkeitsmerkmale bleibt unklar, ob diese schon vor der Entwicklung einer Suchtkrankheit, also präorbid bestehen. Denn diese Merkmale könnten ebenso die Folge der veränderten Persönlichkeit (durch die Sucht bzw. Abhängigkeit) sein. Einzig gesichertes präorbides Persönlichkeitsmerkmal bei Jugendlichen scheint die "Hyperaktivität" zu sein (Vaillant, 1983; Tretter, 1998, S.135).

Daraus könnte man auch annehmen, dass durch psychologische Testuntersuchungen häufig nur individuelle Folgen einer Suchterkrankung beschrieben werden und nicht ursächliche Bedingungen der Persönlichkeit, die als Auslöser für eine Suchterkrankung verantwortlich gemacht werden können. Nach diesen Annahmen ist es kaum möglich, wenn Jugendliche abweichende Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Affektlabilität, Nonkonformismus) aufweisen, eine gesicherte Aussage über eine spätere Sucht-

entwicklung zu machen. Es können allenfalls im therapeutischen Verlauf einer Behandlung solche Persönlichkeitsmerkmale gefunden werden und mit der Suchtentwicklung in Zusammenhang gebracht werden. Ein Grund für diese Schwierigkeiten scheint dabei auch zu sein, dass die Untersuchungsansätze i.d.R. sich auch für die Untersuchung anderer Persönlichkeitsstörungen verwenden lassen. Das Problem, Persönlichkeitsmerkmale als Folge oder Ursache einer Suchtkrankheit zu bestimmen, erschwert eine genaue Beschreibung einer Suchtentwicklung.

Allein in der Persönlichkeit Ursachen für eine Suchtentwicklung zu finden scheint schon deshalb schwierig zu sein, da für die Suchtentwicklung andere entscheidende Bedingungsfaktoren, wie z.B. Umweltbedingungen, verhaltenspsychologische Faktoren und Faktoren der Droge (wie Wirkung, Suchtpotenzial usw.) in der persönlichkeitsorientierten Konzeptbildung nicht beachtet werden.

Psychodynamische Ansätze

Die psychodynamischen Aspekte der Suchtentwicklung stellen u.a. im therapeutischen Zusammenhang (Gruppentherapie) eine wichtige Basis dar, um die entsprechenden Abwehrmechanismen dem Abhängigen aufzeigen zu können. Damit kann ein gewisses Verständnis im Bezug auf die Beziehungsprobleme der einzelnen Personen im therapeutischen Prozess erzielt werden. (Tretter, 1998, S.137) Die psychodynamischen Erklärungsansätze geben die Möglichkeit, psychische Mechanismen, die sich z.B. auf der Verhaltensebene zeigen, näher zu betrachten.

Um allerdings genauere Aussagen über die Suchtentwicklung machen zu können müssen weitere Faktoren (z.B. spezifische Bedingungen einzelner Drogen) in die Betrachtung mit einbezogen werden. Ursachen bzw. Bedingungen der Suchtentwicklung können daher nur in einem integrativen Modell der Suchtentwicklung klärend aufgegriffen werden. Ein integratives Modell der Suchtentwicklung impliziert die gemeinsame Betrachtung der Bereiche Person, Umwelt und Droge in einem Modell, dem sogenannten Drogen-Dreieck. Erklärungsansätze für den Bereich der Person ergeben sich somit aus

den persönlichkeitsorientierten und psychodynamischen Theorieansätze sowie aus den Ansätzen der Verhaltenstheorien.

3.3.2 Biologische Suchttheorien

Ansätze aus der Biologie und Neuropsychologie der Sucht

Aus biologischer Sicht basiert die Abhängigkeitsentwicklung auf der Wechselbeziehung zwischen Anlage (Erbgrundlage) und Umwelt. Ergebnisse aus Verlaufsstudien zeigen, dass ein ca. 4-fach höheres Risiko für Alkoholismus bei Söhnen von Alkoholiker-Eltern, die kurz nach der Geburt adoptiert wurden (Söhne hatten keinen Kontakt zu ihrer Familie) besteht. Auf der anderen Seite zeigte sich, dass Söhne, die bei ihren biologischen Eltern (Alkoholiker) aufwuchsen, nicht häufiger an Alkoholismus erkrankten als die Adoptivsöhne. Zwillingsstudien haben ihrerseits ergeben, dass die Konkordanzrate für Alkoholismus bei eineiigen Zwillingen ca. 60 % beträgt (Zerbin-Rüdin, 1985, Tretter, 1998, S.133).

Demnach kann angenommen werden, dass Alkoholismus genetisch mitverursacht wird, wogegen stressreiche Lebensereignisse nicht speziell zum Alkoholismus führen. (a.a.O.). Nach einer Langzeitstudie Vaillant (1983) kommen die meisten Alkoholiker aus intakten bzw. stabilen Familien. Relativ wenige Alkoholiker (12 %) zeigten schon in der Schulperiode auffällige Verhaltensmuster, von diesen 12 % sind aber ca. die Hälfte an Alkoholismus erkrankt. Außerdem werden Bedingungen, wie Alkoholismus bei Eltern, bei Verwandten und das Integriertsein in eine Permissivkultur zentrale Bedeutung beigemessen. Dem gegenüber stehen Ergebnisse aus retrospektiven Studien, die u.a. "broken-home"-Situationen in der Herkunftsfamilie als zentrale Bedingung, für eine Abhängigkeitsentwicklung, in den Vordergrund stellen. (a.a.O.).

Eine weitere Annahme biologischer Konzepte ist, dass alle psychotropen Substanzen bzw. Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial direkt oder indirekt auf das Belohnungs-

system im Gehirn wirken. Beispielsweise wirkt Alkohol vorwiegend indirekt auf das Belohnungssystem, wobei mittlerweile auch von direkten Effekten ausgegangen wird. Hierbei wäre die direkte Kontrolle der Ausschüttung von Dopamin im Nucleus accumbens und im Nucleus caudatus zu nennen. Im Weiteren wird davon ausgegangen, dass Alkohol (akut und/oder chronisch) die Funktion des b-Endorphins (aus dem endogenen Endorphinstoffwechsel) verändert. Diese Veränderungen werden mit der euphorisierenden Wirkung des Alkohols in Verbindung gebracht. (Feuerlein, 1998, S.92).

Biologische Theorieansätze schreiben dem Gedächtnis eine zentrale Stellung bei der Suchtentwicklung zu. Dabei besteht eine neuronale Verbindung zwischen dem endorhinalen Kortex und dem Hippokampus, der eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von Gedächtnisleistungen spielt. Somit werden erste Drogenerfahrungen im Gehirn gespeichert, dadurch werden Informationen im assoziativen Gedächtnis verknüpft und sind damit potenzielle Auslöser für eine erneute Drogeneinnahme. Dieses Phänomen lässt sich auch mit der Mehrzahl klinischer Erfahrungen vergleichen und wird der psychischen Abhängigkeit, auch als "craving" bezeichnet, zugeordnet (Böning 1989, vgl. a.a.O.).

Der hier beschriebene Vorgang, lässt sich beispielsweise mit einem Computerprogramm auf einer Festplatte vergleichen, denn in der Regel ist das Programm des Alkoholismus auch nach Jahren der Abstinenz noch abrufbar. Als Auslöser ist meistens der erneute Alkoholkonsum zu nennen.

Die Annahme eines Belohnungssystems basiert auf Selbstreizversuche bei Tieren durch Elektrostimulation. Die Ergebnisse zeigten, dass Regionen vom Frontalhirn bis hin zum verlängerten Rückenmark gereizt bzw. aktiviert wurden. Dieser Bereich entspricht auch weitgehend dem limbischen System (Rommelspacher, 1992, 1996, vgl. Feuerlein, 1998, S.93).

Aus der Vielzahl der Tierversuche im Hinblick auf die Suchtentwicklung kann bis jetzt nur ein Ansatz als erfolgreich bezeichnet werden. Und zwar wurde den Tieren über einen langen Zeitraum die Möglichkeit geben, zwischen alkoholfreien und alkoholhaltigen Getränken zu wählen. Nach Wolffgramm (1992, 1996) lassen sich folgende Phasen der Suchtentwicklung aus diesem Tierexperiment ableiten (vgl. a.a.O., S.66ff):

In der ersten Phase, die als Kennenlernphase zu bezeichnen ist, lernt das Tier den Wirkungseffekt des zur Verfügung gestellten Suchtmittels kennen. Lerneffekte vollziehen sich über die klassische und operante Konditionierung, in dem das Tier lernt, zum einen die Substanz (z.B. Alkohol) von anderen Substanzen (z.B. Wasser) zu unterscheiden und zum anderen die Substanz so zu dosieren, dass der gewünschte Wirkungseffekt auftritt. Bei Ratten konnte beispielsweise nach zehn bis zwanzig Tagen eine stabile Konsummenge festgestellt werden.

Darauf folgt ein Stadium der kontrollierten Substanzaufnahme bzw. des kontrollierten Konsums, hierbei haben Situationsänderungen wie beispielsweise eine Kurz- oder Langzeitisolation erheblichen Einfluss auf die Menge des Suchtmittelgebrauchs. Wobei unter gleich bleibenden äußeren Bedingungen die durchschnittlichen Konsummengen unverändert bleiben (Übergangsphase).

Der Übergang in das "Stadium der Sucht" vollzieht sich allerdings fließend bzw. schleichend. Anhand Langzeituntersuchungen mit Ratten, die zu einer verstärkten Alkoholpräferenz neigen, konnte festgestellt werden, wenn der Alkoholkonsum über einen längeren Zeitraum von außen gestoppt wird und danach wieder angeboten wird erfolgt der erneute Konsum in exzessiver Form. Dieses Phänomen ist vergleichbar mit dem Phänomen des "point of no return" bei einem Rückfall eines abstinenten Alkoholikers.

Zusammenfassend können neben biologischen und neurologischen Effekten u.a. "psychosoziale Effekte" wie sozialer Stress, durch verschiedene Haltungsbedingungen

(z.B. Isolation oder Zusammenleben auf engem Raum) als bedingende und fördernde Faktoren im Bezug auf Verhaltensänderung und somit auch auf den Suchtmittelkonsum festgehalten werden. Im Tierexperiment lassen sich u.a. die positiven Verstärkungseffekte der Suchtmittel überprüfen, in dem die Tiere zwischen dem Ort, an dem das Suchtmittel erhältlich ist und dem Ort, an dem diese Substanz nicht erhältlich ist wählen. Die Präferenz bezüglich der Platzwahl gibt somit Hinweise, mit welcher Intensität Verstärkungseffekte auf das jeweilige Tier einwirken (vgl. Feuerlein, 1998, S.66ff).

Ein anderer Hintergrund für biologische Erkenntnisse sind psychologische Untersuchungen, die Korrelate bzw. mögliche Kausalfaktoren für eine Suchtentwicklung herausstellen (Keup, 1985; vgl. Tretter, 1998, S.133).

In diesem Kontext konnten Mäusepopulationen gezüchtet werden, die "Appetit auf Alkohol" aufweisen. Die Untersuchungen ergaben dabei spezifische Stoffwechselveränderungen bei den Versuchstieren. Sowohl das Alkoholabbauenzym Alkoholdehydrogenase (ADH baut Alkohol zu Azetaldehyd ab) als auch das Abbauenzym Aldehyddehydrogenase (ALDH baut Azetaldehyd zu Azetat ab) ist bei diesen Tieren höher als bei den Vergleichspopulationen. Außerdem konnte festgestellt werden, dass das Azetaldehyd mit bestimmten Aminen (z.B. Dopamin) zu so genannten Tetrahydropapaverolinen kondensiert.

Diese neu entstandene Stoffgruppe weist eine enge Verwandtschaft mit den endogen gebildeten Opiaten aus dem Endorphinstoffwechsel auf (vgl. Tretter, 1998, S.133).

Des Weiteren konnte festgestellt werden, wenn das Tetrahydropapaverolin (aus der Stoffgruppe der Tetrahydroisochinoline) direkt in das Gehirn gegeben wird, tritt eine erhöhte Alkoholpräferenz bei den Tieren auf. Die Annahme der indirekten Wirkung des Alkoholmetabolismus auf das Belohnungssystem, wird darauf gestützt, dass zwischen Alkohol und Opiaten keine Kreuztoleranz auftritt. Das bedeutet, dass es bei einer Toleranzentwicklung für Alkohol zu keiner Toleranzentwicklung gegenüber Opiaten kommt (vgl. a.a.O.).

Bei Untersuchungen der psychotropen Effekte des Alkohols sind verschiedene Stoffwechselveränderungen sichtbar geworden. Beispielsweise kann davon ausgegangen werden, dass eine akute Alkoholzufuhr zu einer Minderung des Noradrenalinstoffwechselsystems (NA) führt, wogegen eine chronische Zufuhr zu einer Erhöhung des Stoffwechsels beiträgt. Bei akuter (hoher) Zufuhr wird das Dopaminstoffwechselsystem (DA) aktiviert, chronische Zufuhr führt zu einer Verminderung der Stoffwechselaktivität. Außerdem wurden Wechselwirkungen zwischen dem Serotoninstoffwechselsystem (5-HT, ist für die Schlaf–Wach–Regulation zuständig), dem Endorphinstoffwechsel (E-Stoffwechsel), dem Acetylcholinstoffwechselsystem (ACh, ist zuständig für die Unterdrückung gelernten Verhaltens, wenn Belohnung nicht erfolgt) und auf das neuronal, hemmende Gamma-Aminobuttersäure-System (GABA, wird auch von Benzodiazepinen in ihrer Hemmwirkung verstärkt) festgestellt (vgl. a.a.O.).

Besonders relevante Gehirnstrukturen im Bezug auf diese Systeme sind z.B. die Formatio reticularis für das ACh-System, der Nucleus Raphe für 5-HT und der Locus coeruleus für das NA-System im Hirnstamm, außerdem die Substantia nigra für DA und GABA, der Hypothalamus für das E- und DA-System, der Thalamus, das Striatum für das E-, DA-System und GABA. Bei Untersuchungen dieser Regionen konnten folgende Beobachtungen gemacht werden. Beispielsweise kann Monoaminoxidase (ein Noradrenalin abbauendes Enzym) nach dem Tod eines Alkoholikers in erhöhter Konzentration im Cortex und im Hypothalamus festgestellt werden.

Die elektrische Reizung des Hypothalamus führt bei einigen Versuchstierarten (z.B. Mäuse und Ratten) zu einer erhöhten Präferenz gegenüber Alkohol und zur Konsumsteigerung. Außerdem konnte durch Hebeldruckexperimente festgestellt werden, dass durch die Reizung im Bereich des Hypothalamus ein suchtartiges Hebeldruckverhalten bei den Tieren erfolgen kann (vgl. a.a.O., S.133).

Schwächen und Kritik

Die neueren Ergebnisse aus Adoptions-, Zwillingsstudien und Langzeitverlaufsstudien (vgl. Vaillant 1983), können hereditäre Faktoren des Alkoholismus empirisch belegen. Diese Ergebnisse dürfen aber nicht überbewertet werden, da gerade Langzeitstudien auch eine zentrale Stellung der Umweltfaktoren bzw. -bedingungen im Bezug auf eine Suchtentwicklung belegen (vgl. a.a.O.).

Dieser Erklärungsansatz gilt u.a. für Studien, bei denen "Umwelt" als dynamisches Netzwerk gesehen wird. In die Untersuchung müssen also Lebensbereiche wie Arbeit, Wohnen, Freizeit, Kultur usw. einbezogen werden und nicht nur Konstrukte wie beispielsweise Schichtzugehörigkeit und Einkommen (vgl. a.a.O.).

Eine Schwäche der einzelnen Adoptions- bzw. Zwillingsstudien ist, dass sie im Bezug auf ihre methodischen Grundlagen große Unterschiede aufzeigen und somit zu starken Differenzen in der jeweiligen Erkenntnislage führen.

Durch Tierversuche lassen sich einige interessante Aspekte bzw. Ergebnisse zur Suchtentwicklung belegen. Durchaus können dadurch auch Parallelen zwischen der Suchtentwicklung bei Tieren und Menschen festgestellt werden. Diese sind aber noch zu undifferenziert und zu wenig erforscht, um zur Klärung der Abhängigkeit bei Menschen beizutragen (Feuerlein, 1998, S.93).

Beispielsweise können nur begrenzte Aussagen über die Alkoholwirkung gemacht werden, da die Wechselbeziehungen zwischen den einzelnen Stoffwechselsystemen (z.B. NA, DA, E, GABA) eine Abschätzung erschweren. Des Weiteren ergeben sich Schwierigkeiten allein daraus, dass die neuropharmakologischen Ergebnisse über eine Abhängigkeitsentwicklung noch zu artspezifisch (hinsichtlich der Klassifizierung der Stoffwechselsysteme und der einzelnen Rezeptoren), zu viele Widersprüche in sich bergen und nicht klar gegeneinander abgrenzbar sind. Als Grund kann hierfür, beispielsweise die weitere Unterteilung der oben genannten Systeme in Subsysteme (die wiederum aus einer Vielzahl unterschiedlicher Rezeptoren bestehen), aufgeführt werden (vgl. Tretter, 1998, S.134).

In der Gesamtbetrachtung der biologischen bzw. neurobiologischen Erklärungsansätze tragen sie sehr wohl zur Klärung weiterer psychologischer Mechanismen der Suchtentwicklung bei. Dennoch bleibt unklar, ob es sich bei den neu gewonnenen Aspekten um Ursachen oder Korrelate zur Suchtentwicklung handelt. Eine entscheidende Schwäche der biologischen Theorien ist die Nutzbarkeit ihrer Ergebnisse für die Arbeit mit Suchtkranken. Beispielsweise ein Nachweis, dass süchtiges Verhalten auf einer genetischen Grundlage besteht, bringt für die Therapie der Suchterkrankungen wenig.

Mit einer Enzymbehandlung kann eine körperliche Abhängigkeit behandelt werden, doch wahrscheinlich ist diese Enzymbehandlung wenig hilfreich im Rahmen einer Behandlung von psychischer Abhängigkeit. Somit wird die meist stärkere psychische Abhängigkeit vernachlässigt.

Beispiel einer psychischen Abhängigkeit: Ein Raucher, der "aufhören" will, hat seinen Körper relativ schnell vom Nikotin entwöhnt. Aber die weitaus schwierigere Aufgabe dürfte in diesem Zusammenhang das Wegkommen von Gewohnheiten (z.B. "etwas-zwischen-den-Fingern-haben", rauchen nach dem Essen) und vom Rauchen in Stresssituation sein. Diese Beispiele sollen in diesem Zusammenhang genügen.

Bezogen auf die Suchtentwicklung ist der Klärungsbereich der biologischen Ansätze auf bestimmte Phänomene und psychologische Mechanismen beschränkt. Ein zusammenhängendes Bild der Suchtentwicklung lässt sich, aus den vorher besprochenen Gründen nicht konstruieren. Ein zentraler Schwachpunkt dieser Ansätze bleibt, die Vernachlässigung psychosozialer Aspekte bzw. Faktoren, die an der Suchtentwicklung beteiligt sind.

3.3.3 Verhaltenstheorien

Ansätze der Verhaltenstheorien

Die Ansätze und Modelle innerhalb der Verhaltenstheorien werden am Beispiel Alkoholkonsum und Trinkverhalten beschrieben und untersucht. Eine Grundannahme aller Verhaltenstheorien, dass Suchtverhalten gelerntes Verhalten ist. Damit unterliegt süchtiges Verhalten, ebenso wie andere Verhaltensstörungen, denselben Lernprinzipien (vgl. Feuerlein, 1998, S.96).

Erste Trinkerfahrungen machen Kinder und Jugendliche, nach dem Ansatz des Modelllernens (Bandura 1965, 1979), in der Familie oder in Peer-groups. Unter Modellernen wird der Erwerb oder eine Veränderung von Verhaltensweisen verstanden. Demnach werden Verhaltensweisen durch die Beobachtung realer oder symbolischer Modelle, entweder angeeignet, geändert oder gehemmt. Nach Bandura sind Aufmerksamkeit, Behalten, Reproduktion und Motivation zentrale Merkmale des Modellernens (vgl. Schermer, 1991, S.86-87). Die stressdämpfende, entspannende, aber auch stimulierende Wirkung des Alkohols sind für einen Menschen positiv erlebte Erfahrungen, die für ein späteres Suchtverhalten ausschlaggebend sein können. Wenn in dieser Phase des Lernens negative Rauscherfahrungen überwiegen, z.B. starke "Alkoholvergiftung", wäre eine spätere Abstinenz nicht ausgeschlossen. Durch das Modellernen können somit bereits erste Lernerfolge für oder gegen den Alkoholismus verzeichnet werden. Weitere Lernprozesse können durch den Ansatz, der klassischen und operanten Konditionierung beschrieben werden.

Beim Konzept der klassischen Konditionierung wird von einer festen Verbindung zwischen Reiz und Reaktion ausgegangen, d.h. auf einen bestimmten Reiz (z.B. bestimmte Stresssituation) erfolgt eine Reaktion (z.B. Alkohol trinken). Der Lerneffekt bedingt sich demnach, durch die Kontingenz (der zeitliche und räumliche Zusammenschluss) zwischen Stimulus und Reaktion. In diesem Kontext finden Prozesse der Diskrimina-

tion, d.h. die Einengung der Reaktion auf einen spezifischen Stimulusbereich und der Reizgeneralisierung statt.

Der Prozess der Diskrimination ist eigentlich nicht zu vernachlässigen, dies soll an dieser Stelle trotzdem geschehen, da der Prozess der Reizgeneralisierung im Zusammenhang mit der Suchtentwicklung bedeutender zu sein scheint. Hierbei werden bestimmte Reaktionen auf andere Stimulibereiche, die Ähnlichkeiten zu den Stimuli in der Lernphase haben, ausgeweitet (vgl. Schermer, 1991, S.27).

Beispielsweise eine Person hat Ärger mit Arbeitskollegen, dieser wird zum Stress; die Person trinkt deshalb Alkohol. In diesem Zusammenhang ist Ärger der Stressor, somit Reiz bzw. Stimulus und der Alkoholkonsum die Reaktion. Im Hinblick auf eine Reizgeneralisierung würde dies bedeuten, dass Alkoholkonsum (Reaktion) auf ähnlich stressbedingte Situationen, z.B. Ärger in Familie oder Ärger mit dem Chef, folgt.

Innerhalb der operanten Konditionierung kann im Grunde davon ausgegangen werden, dass Alkohol bzw. andere Rauschmittel durch Kontingenz mit positiven Erfahrungen (positive Erfahrung aus dem Modellernen) zum positiven Verstärker, dessen positive Eigenschaften überwiegen die negativen, z.B. Leberschäden. Durch bestimmte Gegenkonditionierungen werden, z.B. im Rahmen einer Aversionstherapie, positive in negative Verstärker umkonditioniert, z.B. Entspannung in Übelkeit (vgl. Feuerlein, 1998, S.96).

Das Konzept der operanten Konditionierung nach Skinner, bezieht sich hauptsächlich auf die Annahme einer Reaktions-Konsequenz-Verbindung, d.h. der Reizsituation wird allenfalls eine Hinweisfunktion zugeschrieben (vgl. Schermer, 1991, S.55).

Die Beziehungen zwischen dem Reiz, der Reaktion und der daraus folgenden Konsequenz, für das Verhalten, wird in so genannten Kontingenzen ausgedrückt, d.h. z.B. eine "Wenn-Dann-Relation", wobei der Aspekt "Wenn" eine Bedingung angibt, auf die eine bestimmte Konsequenz folgt (vgl. a.a.O., S.56).

Alkoholkonsum wird zum negativen Verstärker für unangenehm erlebte Situationen bzw. Zustände, die dadurch reduziert werden. In diesem Zusammenhang muss auf einzelne Begriffe wie "Verstärkung" und "Zustand" gesondert eingegangen werden. Skinner hat "Verstärkung" folgendermaßen definiert: "Der Vorgang der Verstärkung wird als die Darbietung einer bestimmten Stimulusart in einer zeitlichen Beziehung zu einem Stimulus oder einer Reaktion definiert. Ein verstärkender Reiz wird deshalb durch seine Fähigkeit, die resultierende Veränderung hervorzurufen, definiert" (Zitat.: Skinner, 1966, S.62. In: Schermer, 1991, S.56). Mit dem Begriff "Zustand" wird ein bestimmter Umstand bzw. eine bestimmte Situation als Auslöser beschrieben, wie z.B. Kündigung des Arbeitsplatzes oder Scheidung.

Der Vorgang der negativen Verstärkung, des Alkohols, auf aversive Reize entspricht weitgehend auch der Spannungs-Reduktions-Hypothese und dem Stresskonzept nach Pohorecky (1991), (vgl. Feuerlein, 1998, S.97). In der Anfangsphase des Alkoholkonsums, also bei geringen Dosen, herrschen noch positive Erfahrungen bezüglich des Konsums vor. Im weiteren Verlauf und bei Dosissteigerung (chronischem Konsum) überwiegen negative Erfahrungen des Alkoholkonsums, jetzt sollte normalerweise eine Hemmung der Reaktion (Konsum) erfolgen. Die negativen Reize, die sowohl körperlicher (Entzugserscheinungen) als auch sozialer (Stigmatisierung) Art sein können, verursachen Spannungen bzw. Stress. Durch weiteren Alkoholkonsum wird versucht, diese Zustände erneut zu reduzieren. Beim erneuten Konsum entstehen allerdings wieder Zustände, wie z.B. Schuldgefühle und soziale Ächtung.

Das Verhalten lässt sich an dieser Stelle auch mit einem "Teufelskreis" von Spannungs- bzw. Stressreduktion und Spannungs- bzw. Stressaufbau durch den Konsum beschreiben. Bei Klärung der mangelnden Kontrolle des Alkoholkonsums, scheint ein Punkt besonders zentral und bedeutsam zu sein und zwar, dass die diskriminierenden Reize für negative Konsequenzen des Alkoholkonsums nur eine untergeordnete Rolle spielen, falls sie überhaupt beachtet werden (vgl. a.a.O., ebd.).

Ein Grund für diese Annahme könnte sein, dass die kurzfristig erlebten positiven Eigenschaften des Alkoholkonsums im Vordergrund stehen, wobei negative Erfahrungen

bzw. Aspekte des Konsums erst nach langfristiger Betrachtung des Konsumverlaufs erkennbar werden. Das Resultat hierbei wäre, dass die positiven Verstärkungen des Konsums negative (reduzierende Verstärkungen) überwiegen. Eine besondere Bedeutung bei der Untersuchung des Verhaltens, kommt dem Stresskonzept in der Verbindung mit der Spannungs-Reduktions-Hypothese zu. Bei einem Vergleich von Alkoholiker und Nichtalkoholiker, die sozialem Stress ausgesetzt werden, verringert der Nichtalkoholiker seinen Konsum von Alkohol während der Alkoholiker ihn erhöht (vgl. a.a.O., ebd.).

Im Stresskonzept erhält der Mangel an sozialen Kompetenzen als Komponente der Stressanfälligkeit eine wichtige Rolle. So wird z.B. in Stresssituationen, wenn alternative bzw. geeignete Bewältigungsstrategien fehlen, auf Alkohol bzw. andere Rauschmittel als allgemeine Problemlöser zurückgegriffen.

Ebenso werden in diesem Zusammenhang mangelnde Selbstwirksamkeitserwartungen (mangelnde subjektiv erlebte Kompetenz), durch eine so genannte "Alkoholkompetenz" substituiert (vgl. Feuerlein, 1998, S.98).

Andere Erklärungsansätze für Entstehung und Folgen bzw. Wirkung positiver Valenzen auf süchtiges Verhalten sind die kognitiven Theoriekonzepte. Sie unterscheiden sich deutlich in ihren Annahmen von der klassischen Konditionierung.

Der Versuch, durch Erfolgserwartungskonzepte die positiven Eigenschaften (Valenzen) des Alkoholkonsums zu erklären, ist ein Beschreibungsansatz kognitiver Theorien. Bei den kognitiven Modellen stehen v.a. subjektive Wahrnehmungen, Bewertungen und intentionale Handlungen im Vordergrund der Analyse von Suchtverhaltensweisen.

Das Selbstregulationskonzept, setzt ihr Hauptaugenmerk in erster Linie auf die Untersuchung der Funktion kognitiver Aspekte bei der Planung und Ausführung von Handlungen, mit anderen Worten: "die Bedeutung der Bewusstheit beim Lernen und Handeln" (Schermer, 1991, S.93) untersucht wird. Selbstregulation bedeutet das Verhalten

unabhängig von äußeren Einflüssen (externe Bestrafung oder Belohnung) selbstständig zu steuern (persönlichkeitspsychologisch: "Willenskraft"). Der Selbstregulationsprozess setzt ein, wenn gewohnte Handlungsabläufe gestört sind. Eine Störung kann zum einen durch das Fehlen von Handlungsstrategien, zum anderen durch die Auswahl zwischen mehreren Alternativen (Handlungsstrategien) oder durch die Unfähigkeit bestimmte Handlungen bzw. Reaktionen durchzuführen auftreten.

Außerdem besteht die Selbstregulation hauptsächlich aus drei Prozessen: (1) der Selbstbeobachtung, (2) die Bewertung und (3) die Selbstreaktion. So ist anzunehmen, dass der Kontrollverlust des Trinkverhaltens einer Störung des Selbstregulationskonzepts bzw. einem Problem der Selbstkontrolle zugrunde liegt (Kanfer 1986, Bandura 1977), (in: Feuerlein, 1998, S.99). Die Anwendung des Selbstregulationskonzepts auf den Kontrollverlust (z.B. beim Trinken) würde bedeuten, dass das Verhalten nicht mehr der Selbstkontrolle bzw. der Unabhängigkeit von äußeren Faktoren unterliegt, sondern abhängig von der Zufuhr externer Belohnung ist.

Erwartungen haben im Zusammenhang mit der Selbstregulation eine zentrale Funktion. Nach Tolman (1932) wird der Begriff Erwartung, als "Wissen" über Reize bzw. Stimuli, Verhaltensweisen und deren Konsequenzen definiert. Im Gegensatz zur klassischen und operanten Konditionierung stehen bei erwartungstheoretischen Interpretationen der Lernprozesse süchtigen Verhaltens nicht mehr die Kontiguität zwischen Reiz und Reaktion und dessen Verstärkung im Mittelpunkt, sondern die Wahrnehmung der Beziehung zwischen Reiz, Reaktion und Konsequenz. Dabei wird angenommen, dass eine subjektive Repräsentanz von Reiz- und Konsequenzbedingungen im kognitiven System des Menschen vorhanden sein muss.

Daraus resultiert am Ende, dass objektive Bedingungen der Reize bzw. Stimuli nicht entscheidend sind, sondern in welcher Art und Weise die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Bedingungen wahrgenommen werden. Da Wahrnehmungen auch Täuschungen unterliegen sind, können somit u.a. objektiv vorhandene Beziehungen nicht erkannt, aber auch objektiv nicht vorhandene Beziehungen angenommen werden (vgl.

Schermer, 1991, S.98). Im Folgenden soll ein Beispiel eine Täuschung der Wahrnehmung verdeutlichen.

Ein Alkoholiker ist der Meinung, unter Alkoholeinwirkung sind Problemsituationen besser zu bewältigen. Er nimmt hierbei eine objektiv nicht vorhandene Beziehung, zwischen der Problemsituation (Reiz), dem Alkoholtrinken (Reaktion bzw. Verhalten) und dem Rausch (Konsequenz) als Bewältigung an.

Um auf die Repräsentanz von Reiz- und Konsequenzbedingungen zurückzukommen, könnte man jetzt annehmen, dass durch die Täuschung der Wahrnehmung eine subjektive Repräsentanz von Reiz- und Konsequenzbedingungen gebildet wurde, die zur Annahme von objektiv nichtvorhandenen Beziehungen (vgl. Beispiel) führen.

Die Selbstwirksamkeitserwartungen nach Bandura (1977) stellen ein zentrales Modell für Entstehung süchtigen Verhaltens dar. Selbstwirksamkeit wird als Kompetenz der Person verstanden, sich mit bestimmten Aufgaben auseinander zu setzen. Die dadurch entwickelten Kompetenzerwartungen stehen in Wechselbeziehung mit den Ergebniserwartungen aus dem operanten Modell (operante Konditionierung).

"Die wahrgenommene Selbstwirksamkeit stellt eine Beurteilung der eigenen Befähigung, ein bestimmtes Leistungsniveau zu erreichen, dar, wohingegen eine Ergebniserwartung eine Beurteilung der wahrscheinlichen Konsequenz ist, die ein solches Verhalten hervorrufen wird" (Bandura 1986, S.391).

Der Mangel an subjektiv erlebter Kompetenz (Selbstwirksamkeit) Aufgaben bzw. Problemsituationen zu lösen, hat demnach zur Folge, dass auf die "Alkoholkompetenz" (im Sinne einer Ergebniserwartung) zurückgegriffen wird. Mit dieser Annahme wird der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartungen und der Annahmen im Stresskonzept deutlich.

Interne und externe Attributionen dürfen bei näherer Betrachtung kognitiver Aspekte der Suchtentwicklung nicht außer Acht gelassen werden. Sie sind im Sinne kognitiver Prozesse zentrale Einflussfaktoren auf das Suchtverhalten (vgl. Tretter, 1998, S.139).

Als Beispiel: Herr A erhält eine Kündigung:

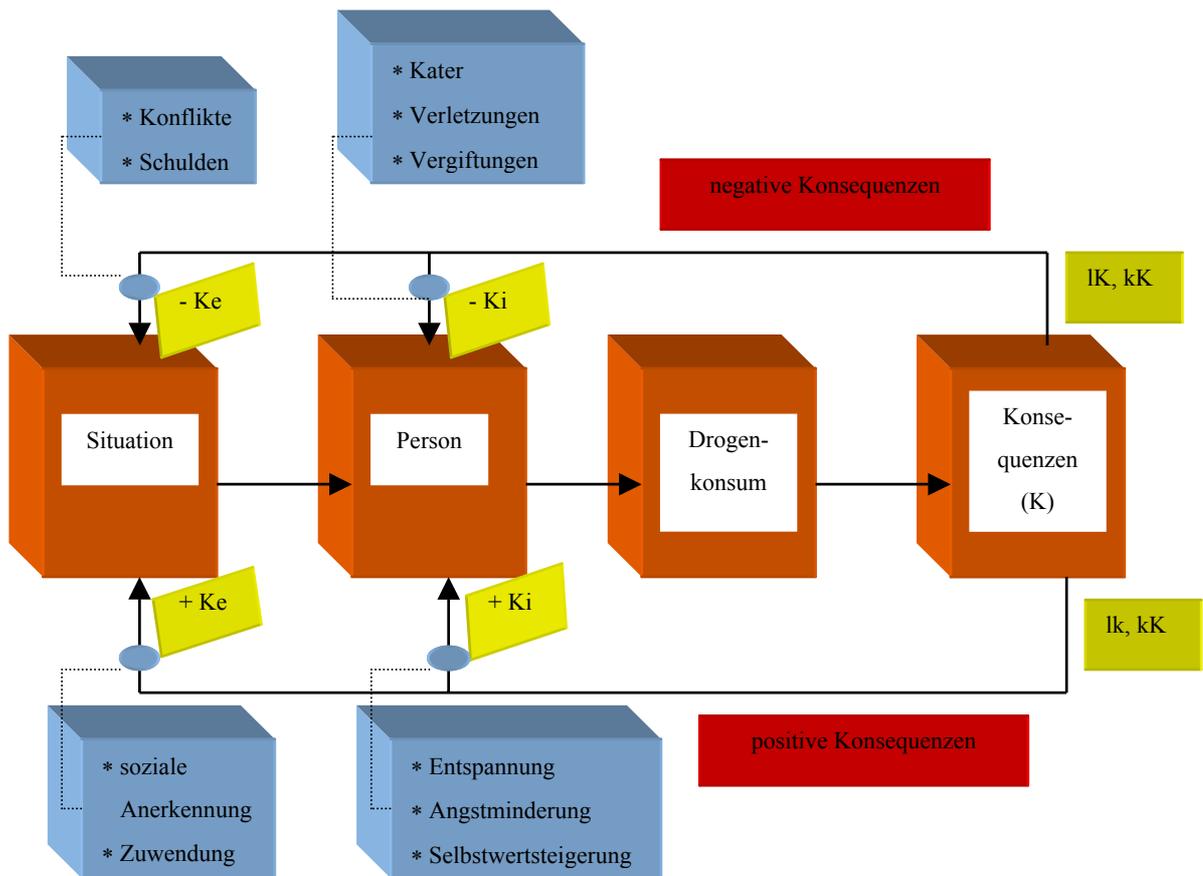
- a. sieht er den Grund der Kündigung bei sich, also in seinem Trinkverhalten, handelt es sich um eine interne Attribution
- b. macht er den Arbeitgeber oder Kollegen für den Grund (z.B. Intoleranz) der Kündigung verantwortlich, handelt es sich um eine externe Attribution.

Nach den Annahmen im vorangegangenen Beispiel sind also externe Attributierungen von zentraler Bedeutung bei einer Stabilisierung bzw. Hemmung des Verhaltens. Aber auch interne Attributierungen spielen im Bezug auf das Suchtverhalten eine wesentliche Rolle, insbesondere bei Rückfällen. Für den erneuten Konsum wird durch interne Attribution ausschließlich dem eigenen Versagen die Schuld gegeben. Dabei entstehen so genannte Abstinenzverletzungseffekte, die beispielsweise wie folgt lauten können: "Jetzt ist sowieso alles egal." (vgl. a.a.O., S.140).

Die sozialkognitive Lerntheorie nach Marlatt (1976, 1989) soll zur Klärung der Konsumwahrscheinlichkeit in bestimmten Situationen beitragen. Nach diesem Konzept ist der Konsum in einer Situation abhängig von (1) der Höhe der subjektiv erlebten Belastung; (2) den wahrgenommenen eigenen Kontrollmöglichkeiten; (3) der Anwesenheit subjektiver Alternativen zur Bewältigung der Situationen und der subjektiven Kompetenzvorstellungen (positiv oder negativ); (4) Erwartungserwartungen an den Alkohol, als Problemlöser; (5) der Griffnähe des Alkohols und bestehenden Trinkzwängen (vgl. Tretter, 1998, S.139).

Zur Analyse süchtigen Verhaltens wird u.a. das SORKC-Modell nach Kanfer und Saslow (1965, 1974) als Grundmodell verwendet (vgl. a.a.O., S.137). Nach diesem Modell besteht die Suchtentwicklung aus einer Verbindung von Bedingungen der Situation (S), Bedingungen des Organismus (O), Reaktion (R), Kontingenzen (C) und Konsequenzen (K). Bei der Anwendung des Modells müssen einzelne Elemente noch einmal differenziert betrachtet werden, z.B. die Reaktionen (R) können zwischen affektiven, kognitiven und handlungsorientierten Reaktionen unterschieden werden. Ebenso sind Konsequenzen (K) als kurzfristige (kK), als langfristige (lK), als innere (Ki) und als äußere Konsequenzen (Ke) zu unterscheiden.

Verstehen
Ursachen von Suchterkrankungen



"Lerntheoretisches Modell der Suchtentwicklung", in Verbindung mit dem SORKC-Modell nach Kanfer und Saslow (1965, 1974), (Quelle: vgl. a.a.O., S.138). In diesem Schaubild bestimmen die Situation, die Person und ihr Verhalten und die daraus folgenden kontingenten positiven und negativen Konsequenzen die Wahrscheinlichkeit des wiederholten Konsums. Wobei die Konsequenzen einen zentralen Einfluss auf die Person und die Situation haben.

Die soziale Lerntheorie stellt das umfassendste Erklärungskonzept innerhalb der Verhaltenstheorien dar (vgl. Feuerlein 1998). In die Betrachtung werden Einflüsse von Familie und Peer-group, Sozialisationsbedingungen, Bedingungen aus dem Modellerleben, Erwartungen an den Alkohol, unterschiedliche soziale Kompetenzen (vgl. Stresskonzept), situative und biologische Aspekte der Alkoholwirkung mit einbezogen. Dieser Ansatz ist vergleichbar mit dem Modell von Kanfer (1976 und obiger Abb.), dementsprechend könnte beispielsweise eine Suchtentwicklung wie folgt beschrieben werden:

Ein Jugendlicher wird an seinem Geburtstag von seinem Vater auf ein Glas Bier eingeladen ("erste Trinkerfahrungen aus dem Modellernen"). Die direkte Wirkung des Alkohols wird dabei als positiv erlebt. Diese als kurzfristig, positiv, innere Konsequenz erlebte Wirkung, wirkt positiv verstärkend für weiteres Trinken.

Das Eingeladen werden und das Zuprosten vom Vater sind als kurzfristige, positive, äußere Konsequenzen zu verstehen, die wiederum als positive Verstärker auf den Konsum wirken. Der Jugendliche hat in einer anderen Situation ein Rauscherlebnis, das er als befreiend, stimulierend bzw. aktivierend erlebt und den Wegfall von Hemmungen spürt. Dies ist mit der negativen Verstärkung des Alkohols zu erklären und führt ebenfalls zu einer erhöhten Konsumbereitschaft. Im Beispiel hat der Jugendliche jetzt gelernt, dass man zu Familienfesten (Geburtstag) Alkohol trinkt. Des Weiteren kann durch eine Reizgeneralisation, im Sinne der klassischen Konditionierung, das Trinken allein als angenehm empfunden werden. Dieses Phänomen wird bei Heroinsüchtigen ebenso beobachtet, die beim Anblick einer Spritze "schussgeil" werden.

Im weiteren Verlauf des Beispiels steigert der Jugendliche seinen Konsum. Damit häufen sich auch die Trinkexzesse. Negative Erfahrungen, wie Gangstörungen, Erbrechen und der "Kater" am anderen Morgen bzw. Streit mit anderen und Unfälle gehören u.U. zu den häufigen Erfahrungen im Rausch.

Die Erfahrungen sind im Modell die kurzfristigen, inneren und äußeren negativen Konsequenzen des Alkoholkonsums. Bei manchen Personen kann es jetzt schon zu Abstinenzabsichten bzw. Mäßigung des Trinkens kommen, da diese negativ erlebten Zustände normalerweise dem Konsumbedürfnis entgegen wirken. Die weitere Entwicklung des Trinkens ist durch so genannte "Positiv-Negativ-Bilanzen" gesteuert, wenn dabei auf der negativen Seite ein deutlicher Überhang entsteht, sind Änderungen des Verhaltens möglich. Ein weiteres Beispiel im Kontext einer Stresssituation verdeutlicht die Zusammenhänge der direkten Alkoholwirkung im Hinblick auf das Stresskonzept. Während der Stresssituation wirkt der Alkohol zunächst beruhigend, entspannend und entlastend, die Situation wird somit als angenehm empfunden (in-

ner, kurzfristig, positive Konsequenz). Dieser Prozess wird auch als Appetenz-Aversions-Konflikt beschrieben (Feuerlein 1989), (vgl. In: Tretter, 1998, S.138).

Eine Vermeidung des Konflikts (Aversion) ist mit Angstzuständen (innere, langfristig, negative Konsequenz) verbunden, die teilweise durch Alkohol direkt gedämpft bzw. reduziert werden können. Der Konflikt bzw. die unangenehme Situation wird durch den Alkohol eher positiv erlebt (Appetenz) (innere, kurzfristig, positive Konsequenz). Die Entspannungserfahrungen verstärken regelmäßiges Entspannungstrinken, was durch weitere Verstärkung zum Reflex-Entspannungstrinken wird.

Dabei wird der Alkohol selbst zu einem sekundären Verstärker. Bedürfnisse, wie z.B. die Selbstwertsteigerung, sind für diesen Menschen nur im Rauschzustand (als innere, kurzfristig, positive Konsequenz) und meist nur durch Anerkennung der sozialen Umwelt (äußere, kurzfristig, positive Konsequenz) subjektiv erlebbar. Dies führt zu einer Manifestierung des rauschbezogenen Verhaltens, das Resultat ist die Schwächung sozialer Kompetenzen im Nüchternzustand (innere, langfristig, negative Konsequenz). Dieser Mangel im Nüchternzustand, wird nun durch das Wissen um die Selbstwirksamkeit im Rauschzustand, die so genannte "Alkoholkompetenz" (innere, langfristig, positive Konsequenz), ersetzt.

Außerdem führen Entzugserscheinungen (innere, langfristige, negative Konsequenz) zu weiterem Alkoholkonsum, aufgrund seiner negativen Verstärkung, um die Entzugserscheinungen zu reduzieren (innere, langfristige, positive Konsequenz).

Die hier aufgestellten Annahmen aus der Lerntheorie und der Verhaltensanalyse, führen zu einem Konzept einer "selbstverstärkenden Bedingungsstruktur des Konsumverhaltens". Dabei werden vor allem die automatisierenden Aspekte der Suchtentwicklung veranschaulicht und in den Vordergrund der Untersuchung gestellt.

Schwächen der Verhaltenstheorien

Als erste Trinkpartner von Kindern und Jugendlichen sind in den häufigsten Fällen die Eltern zu nennen. Des Weiteren werden erste Trinkerfahrungen ebenso häufig in Peer-groups gesammelt. Dabei spielt das Lernen am Modell eine wesentliche Rolle, aber sie ist nicht unbedingt ursächlich verantwortlich für den Alkoholismus, sie kann lediglich eine Weichen stellende Erklärungsfunktion für sich beanspruchen. Das ergibt sich schon allein daraus, dass nicht alle Kinder und Jugendliche, die zu Hause ihre ersten Erfahrungen mit Alkohol machen, alkoholabhängig sind und werden. Dennoch ist das Lernen am Modell, in diesem Fall die Eltern, nicht zu unterschätzen. Kinder und Jugendliche werden schon sehr früh (durchschnittlich mit 10 Jahren) an den Geschmack von Alkohol gewöhnt. Die Annahmen des Modellernens über Ursachen der Abhängigkeit dürfen aber nicht undifferenziert bewertet werden, denn nach dem Ansatz des Modellernens, wie oben behandelt, müssten streng genommen alle Eltern von Betroffenen Alkoholismus, zumindest eine starke Abhängigkeitsgefährdung aufzeigen, was empirisch nicht belegbar ist (vgl. Tretter, 1998, S.133).

Des Weiteren finden erste Trinkerfahrungen auch in Peer-groups unter Aspekten des Modellernens statt, jedoch dürfen dabei gruppenspezifische und individuelle Bedingungen nicht vergessen werden, wie z.B. Neugierde, hohe Risikobereitschaft, Gruppendruck bzw. -zwang, z.B. "man will dazu gehören".

Diese Bedingungen per se als Ursachen für eine Entwicklung einer Abhängigkeit zu bezeichnen, ist nach Meinung des Autors oberflächlich bzw. kurzsichtig, wie die Annahme, alle Eltern von Alkoholikern müssen Alkoholiker sein. Der Ansatz des Modellernens kann nur in bestimmten Fällen (z.B. bei Betrachtung einzelner Krankheitsverläufe) punktuell, im Bezug auf erste Trinkerfahrungen und die Gewöhnung an Alkohol, eine Klärung anbieten.

In der Gesamtbetrachtung der Ursachenforschung verdeutlicht das Konzept (Lernen am Elternmodell) einzelne Aspekte, die eine Suchtentwicklung wahrscheinlich machen, aber nur im Rahmen der legalen Drogen (z.B. Medikamente, Alkohol, Nikotin, Koffein). Diese Stoffe sind i.d.R. häufig als Genussmittel in Gebrauch und kommen je

nach Vorliebe in jedem Haushalt mehr oder weniger vor. Für die Entwicklung einer Medikamentabhängigkeit das Konsumverhalten der Eltern ein wesentlicher Einflussfaktor auf eine spätere Suchtentwicklung.

Bei stoffungebundenen Abhängigkeiten, wie Arbeitssucht, Spielsucht und Essstörungen, spielt das Lernen am Modell ebenso eine Rolle. Einstellungen und traditionelle Normen und Werte der Familie stellen innerhalb der Primärsozialisation von Kindern und Jugendlichen eine zentrale Einflussgröße dar. Essstörungen entstehen häufig aufgrund familiärer Bedingungen, hier wäre u.a. der sexuelle Missbrauch zu nennen. In diesem Fall ist Entwicklung einer Essstörung nicht mit dem Modellernen zu erklären, da insbesondere die Essstörung als Fluchtversuch bzw. als Versuch der "Hässlichmachung" (nicht mehr "begehrenswert" zu sein) entwickeln.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Konzept des Modellerns keine fundamentalen Erkenntnisse im Bezug auf eine Gesamtbetrachtung der Ursachen einer Abhängigkeitsentwicklung hervorgebracht hat. Sie kann allenfalls beim Alkoholismus mögliche Bedingungen für eine Alkoholpräferenz beschreiben.

Nach dem Prinzip der klassischen Konditionierung können die Beziehungen zwischen Reiz und Reaktion beschrieben werden. Dabei wird angenommen, dass diese Beziehungen aus der räumlich-zeitlichen Nähe von Reiz (Stimulus) und Reaktion (Verhalten) entstehen. Nach dem klassischen Modell der Konditionierung reicht also die Kontiguität als Bedingung für den Eintritt von Lerneffekten (vgl. Schermer, 1991, S.45). Zur Erklärung des Zustandekommens bestimmter Verhaltensweisen werden somit kognitive, motivationale Elemente des Lernens und der Verhaltensentstehung vernachlässigt.

Folglich muss man zu der Annahme kommen, dass der Mensch keinen eigenen Einfluss auf Lernprozesse hat, "der Mensch wird konditioniert". Die klassische Konditionierung kann bei fast allen Lebewesen festgestellt werden und lässt sich in ihrer Funktion als "grundlegendes Prinzip einfacher Anpassung des Organismus an sich ändernde Umweltbedingungen" (Zit.: Schermer, a.a.O.) beschreiben. Mit diesem Prinzip sind

v.a. physiologische Regulationsprozesse des vegetativen und zentralen Nervensystems angesprochen.

Damit ist die klassische Konditionierung, im Hinblick auf lerntheoretische Erkenntnisse der Suchtentwicklung bzw. -ursachen sehr schwach in ihrer Erklärungsfunktion. Jedoch könnte sie zur Beschreibung eines Rückfalls, z.B. eines "trockenen" Alkoholikers, verwendet werden. Wenn beispielsweise davon ausgegangen wird, dass die Alkoholabhängigkeit (wie ein Computerprogramm auf der Festplatte) im Gehirn gespeichert ist. Der "trockene" Alkoholiker trinkt nach einigen Jahren wieder Alkohol, im Gehirn wird ein "Schalter" umgelegt (Vergleich zu Computer, Drücken der Entertaste) und das Programm Alkoholismus läuft von neuem ab. Dieser Prozess ist auch als Anpassung des Gehirns an die neue Situation zu beschreiben, dabei wird Alkoholkonsum zum Reiz und der Ablauf des Programms (Alkoholismus) zur Reaktion.

Die operante Konditionierung (nach Skinner), die verstärkungstheoretische Aspekte des Lernens in den Vordergrund stellt, hat erwiesenermaßen einen bedeutenden Einfluss auf die Gesamtentwicklung der Psychologie, u.a. aber auf die Instrumentalisierung der Erkenntnisse, die aus Laboruntersuchungen gewonnen worden sind (vgl. Schermer, 1991, S.80-81). Markante Schwächen zeigt der Ansatz allerdings in der Übertragbarkeit der Ergebnisse vom Tierversuch in den Humanbereich. Diese Schwierigkeiten entstehen mitunter durch eine generelle Vernachlässigung kognitiver Aspekte bzw. Einflussfaktoren (z.B. Attributionsprozesse) und biologischer Faktoren (z.B. neuronale Vernetzung). In diesem Konzept wird die Möglichkeit der bewussten Steuerung des Verhaltens negiert, man nimmt an, dass der Lerneffekt durch sich selbst bedingende Aspekte der Beziehung zwischen Reiz, Verhalten und Konsequenz entsteht.

Mit dem Ansatz der operanten Konditionierung lassen sich z.B. einzelne Faktoren bzw. Bedingungen beschreiben, die für eine Manifestation bestimmter Verhaltensmuster verantwortlich sein können. Diese Bedingungen bzw. Faktoren werden in diesem Sinne als positive und negative Verstärker bezeichnet. Dieses Konzept lässt sich gut mit der Spannungs-Reduktions-Hypothese und dem Stresskonzept, wie oben erläutert, in Verbindung bringen.

Allerdings werden bei einer differenzierten Betrachtung des Stresskonzeptes, hier der wechselseitigen Beeinflussung von Alkohol und Stress, einige Schwierigkeiten sichtbar. Ein Problem liegt in der konkreten theoretischen Klassifizierung von Stressereignissen bzw. –situationen (vgl. Feuerlein, 1998, S.98). Die bisherigen Erkenntnisse, zum einen mit Hilfe von Ereignislisten, unter Berücksichtigung eines angenommenen Stressquotienten und einer Theorie "Stress durch Verlust sozialer Rollen", können keine generellen Aussagen über den Einfluss von Stresssituationen geben.

Ein wichtiger Grund hierfür ist wohl die unterschiedlich subjektiv erlebte Belastung, für das einzelne Individuum. Dies würde bedeuten, je geringer die Frustrationstoleranz gegenüber Stresssituationen ist, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer Abhängigkeit.

Nach dieser Annahme muss die Frustrationstoleranz per se als Ursache gesehen werden, was allerdings zu gewagt erscheint. Die Art und Weise wie jemand mit Frustrationen umgeht, ist in diesem Zusammenhang ein zentraler Einflussfaktor auf das Verhalten.

Bei einer differenzierten Betrachtung der Auswirkungen von Frustration auf das Verhalten stehen zwei Möglichkeiten im Vordergrund, zum einen die Aggression und zum anderen die Resignation.

Aggression dürfte bei einer Suchtentwicklung weniger bedeutsam sein, jedoch könnte man Aggression, die gegen den eigenen Körper gerichtet ist (Autoaggression), als korrelierender Faktor zur Suchtentwicklung sehen. Beispielsweise Essstörungen (den eigenen Körper ablehnen) oder als Folge der Abhängigkeit (keinen Ausweg mehr sehen, mit der Folge eines Suizids bzw. Suizidversuchs) können als autoaggressive Verhaltensweisen bezeichnet werden. Trotz dieser Erklärungsbeispiele kann auch die Autoaggression nicht als bedingendes Konstrukt bezeichnet werden, denn z.B. Suizid und Selbstzerstümmelung müssen nicht mit süchtigem Verhalten verbunden sein, sondern sind auch per se Ausdrucksmöglichkeiten autoaggressiven Verhaltens.

Bedeutsamer, im Zusammenhang mit der Frustration und der Suchtentwicklung, scheint die Resignation zu sein.²³ Resignation muss an dieser Stelle als Fluchtversuch aus dem z.B. immer komplexer werdenden gesellschaftlichen Gefüge verstanden werden. Gründe dafür können vielfältiger Natur sein, wie der Ausbruch aus dem starren Normen- und Werteverständnis in unserer Gesellschaft (z.B. Familie, Tradition.), das Scheitern am steigenden Leistungsdruck durch die Gesellschaft (unsere Gesellschaft ist eindeutig eine Leistungsgesellschaft, das Ansehen steigt mit der Leistungskapazität des Menschen) und die Perspektivlosigkeit der Zukunft (Ausbildung, Beruf usw.).

Der Jugendliche schafft sich mit dem Griff zur Droge eine vermeintlich andere Lebenswelt, mit der er sich im Rausch auseinander setzen kann und in der Probleme und Aufgaben lösbar erscheinen. Somit wäre ein Rückschluss zur operanten Konditionierung gegeben, dieser könnte folgendermaßen lauten: Der Leistungsdruck der Gesellschaft, der auf dem Jugendlichen lastet, wird als aversiver Zustand erlebt. Der Jugendliche konsumiert Alkohol, denn seine Erfahrungen mit Alkohol waren meist positiver Natur (im Rausch kann man vergessen, Selbstwertsteigerung, entspannend usw.), jedoch an Negatives im Zusammenhang mit Alkohol wird nicht gedacht (Übelkeit, Organschäden usw.). Der Alkoholkonsum wird also zum Verstärker gegenüber den negativen Zuständen, die somit reduziert werden.

In der Gesamtbetrachtung für Suchtentwicklung, muss jedoch gesagt werden, dass diese Konstruktion der Frustration, als Teilsystem des Stresskonzepts und der Spannungsreduktions-Hypothese, zu keiner geschlossenen Klärung der Ursachen beitragen kann, jedoch zentrale und wichtige Hinweise liefert. Wie in diesem Fall können Teilaspekte der Suchtentwicklung bzw. -entstehung verdeutlicht werden.

Allein aus dem Faktum der Frustration kann jedoch keine Entstehung süchtigen Verhaltens beschrieben werden. Der Jugendliche hat ebenso die Möglichkeit mit Aggression (wie oben beschrieben), Delinquenz und Depression (oder andere Psychosen) seine Frustration zu äußern. Somit ist noch unklar, welche Prozesse, Einflüsse und Moti-

²³ Meinung des Autors

vationen (z.B. Kognitionen, Familie und Peer-group, welches Suchtmittel, etc.) in diesem Sinne für süchtiges Verhalten verantwortlich sind.

Die kognitiven Theorieansätze, hier das Selbstregulationskonzept, die sozialkognitive Lerntheorie, die Selbstwirksamkeitserwartungen und Attributionsprozesse, beschreiben je nach Ansatz einzelne Aspekte zur Suchtentwicklung, wie z.B. die sozialkognitive Lerntheorie nach Marlatt. Dieser Erklärungsansatz dient weniger zur Klärung der Ursachen von Abhängigkeiten per se, sondern stellt ausschließlich Bedingungen der Situation des Konsums, in Verbindung mit individuellen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen der Person in den Vordergrund. Persönlichkeitsmerkmale spielen in dieser Betrachtung keine Rolle, was auch als Schwäche dieses Ansatzes bezeichnet werden könnte. Kognitive Ansätze sind als integrative Modelle zu sehen, die eine nähere Betrachtung der Interaktionen zwischen körperlichen Faktoren (z.B. Wirkung der Droge auf das Belohnungssystem im Gehirn) der Suchtentwicklung und psychologischen Aspekten (z.B. Attributionen) als zweckmäßig erscheinen lassen.

Dabei muss die Frage nach Ursache, Korrelat oder Folge der Suchtentwicklung unbeantwortet bleiben. Kognitive Konzepte sind daher keine Erklärungsmodelle, die eine Rundumklärung der Suchtentwicklung geben können.

Sie stellen aber im Sinne psychoanalytischer Modelle auf Grund ihres integrativen Charakters, für die Praxis, ein wichtiges Hilfsmittel zur Erklärung spezifischer Verhaltensausprägungen im Bezug auf Abhängigkeiten dar (vgl. Tretter, 1998, S.141).

Die soziale Lerntheorie in Verbindung mit dem verhaltensanalytischen Modell (SORKC-Modell) kann als umfassend bezeichnet werden. Ihre Schwäche liegt in der Annahme, dass das Verhalten durch sich selbstverstärkende Prozesse gesteuert wird. Diese Prozesse sind, wie schon besprochen, auch vorhanden, wobei ebenso eine sogenannte Automation des Verhaltens stattfindet. Aber allein durch eine Beschreibung dieser Prozesse wird man zu keiner befriedigenden Klärung der Ursachen einer Abhängigkeit kommen²⁴ Der Grund dafür ist, dass die Selbstverstärkungsprozesse so wie

²⁴ Meinung des Autors

die Automation des Verhaltens entweder als Ursache oder als Folge des Suchtverhaltens beschrieben werden können. Wichtige verhaltenssteuernde, kognitive Aspekte im Bezug auf süchtiges Verhalten werden mehr oder weniger vernachlässigt, d.h. insbesondere Attribuierungen, die einen großen Einfluss auf die Verhaltensauswahl haben, werden nicht in die Betrachtung einbezogen. Nach dieser Annahme, wird der Person die Fähigkeit entzogen, eigens Verhalten selbst bzw. bewusst zu steuern. Dies widerspricht den grundlegenden Annahmen aus dem Selbstregulationskonzept und dem Konzept der Selbstwirksamkeit der kognitiven Theorienansätze.

Bei näherer Betrachtung der gesamten Bandbreite der Verhaltenstheorien, lassen sich zwei Hauptrichtungen herausarbeiten. Zum einen die Richtung der unbewussten Verhaltensmodulation durch das Lernen und zum anderen die bewusste Modulation unter Einbeziehung kognitiver Leistungen des Menschen. Beide Richtungen können keine global befriedigende Aussagen zu den Ursachen von Abhängigkeiten machen, sondern liefern wichtige Teilaspekte für eine stoffliche Abhängigkeitsentwicklung. Die stoffungebundenen Abhängigkeiten werden im Bezug auf einen Erklärungsansatz wenig berührt. Im Hinblick auf die Klärung der stoffungebundenen Abhängigkeit (z.B. der Spielsucht), muss auf das Drogen-Dreieck als Erklärungskonzept verwiesen werden.

3.3.4 Soziologische und sozialpsychologische Theorien

Ansätze aus der Soziologie

Ein zentrales Anliegen soziologischer Theorien ist eine makroanalytische Klärung bzw. Betrachtung der Suchtentwicklungen bzw. -ursachen und deren epidemiologische Auswirkungen in verschiedenen Gesellschaften und sozialen Gruppen (vgl. Feuerlein 1998, Tretter 1998).

Grundlagen für die Untersuchungen sind folgende Fragestellungen: (vgl. Feuerlein, 1998, S.99)

- (1) Welche Funktion und Aufgabe hat der Drogenkonsum für das Funktionieren und für die soziale Integration einer Gesellschaft?
- (2) Wie können die Konsumgewohnheiten in verschiedenen Gesellschaften oder sozialen Gruppen anhand soziologisch relevanter Gesichtspunkte wie Regeln, Normen und Wertvorstellungen beschrieben werden?
- (3) Welche Definitionen beansprucht eine Gesellschaft im Bezug auf Drogenkonsum und Drogenmissbrauch?

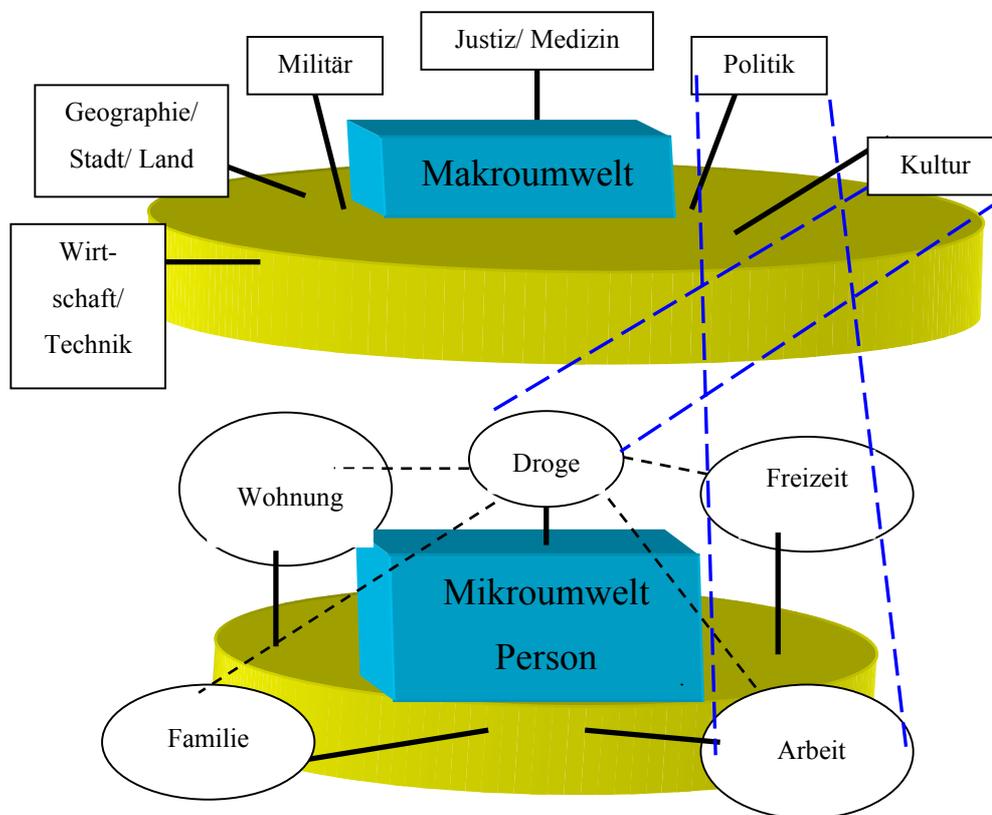
Das Suchtverhalten wird aus der Sicht der Soziologie als abweichendes Verhalten definiert. Ab welchem Zeitpunkt von Suchtverhalten gesprochen wird, ist durch soziale Normen und Regeln der einzelnen Gesellschaften bestimmt (vgl. a.a.O.). Der Rauschmittelkonsum ist in ein komplexes Netz der Gesellschaft und dabei in die Umwelt eingebunden.

Die Eckpunkte sind dabei z.B. Politik, Klima, Justiz, Kultur, Wirtschaft und Familie. Diese Liste ist sicherlich nicht vollständig, sie reicht aber aus, um die zentrale Bedeutung des makrosozialen Umfeldes für die Entwicklung von Abhängigkeiten bzw. Süchten herauszustellen.

Um eine sinnvolle Analyse der Suchtentwicklung bzw. -ursachen bestreiten zu können, ist ein so genanntes "Zwiebelschalen-Modell" die geeignete Methode. Es müssen

zunächst globale Aspekte bzw. Zusammenhänge der Drogenproblematik geklärt werden, um für das Suchtproblem bzw. die Suchtursachen des einzelnen Menschen ein Verständnis zu bekommen. Im Kontext dieser Abhandlung wird dieser Klärungsversuch anhand einer Art "von Oben nach Unten Analyse" vorgenommen.

"Eine derartige Betrachtungsweise entspricht im modernen akademischen Denken einer Kulturökologie der Drogen und der Sucht" (Tretter, 1998; In: Feuerlein, 1998, S.99).



Modell der "von Oben nach Unten Analyse". Makroumweltfaktoren beeinflussen die Zusammenhänge der Suchtursachen bzw. -entwicklung in der Mikroumwelt der Person (Tretter, 1998, S.191). Die Beispiele (gestrichelt) zeigen die Verbindung der Makrofaktoren mit den Mikrofaktoren. Die Politik beeinflusst die Arbeitssituation des Einzelnen und das Klima bestimmt die Produktionsländer und somit auch das Angebot im Bezug auf Suchtstoffe. Beide Makrofaktoren beeinflussen auch andere Mikrofaktoren, dies kann aber aus Gründen der gebotenen Übersichtlichkeit nicht dargestellt werden.

Diese Betrachtungsweise führt zu einem soziologischen Theoriegebäude, der Kulturökologie der Abhängigkeiten bzw. Süchte. Im Mittelpunkt des Interesses steht in diesem Zusammenhang der Einfluss des Normen- und Wertesystems, des Wissens und Glaubenssystems einer Gesellschaft bezogen auf das Drogenproblem. Mit diesem Ansatz lässt sich die Kulturgeschichte der Menschheit, in Bezug auf den Gebrauch legaler Drogen (Alkohol, Kaffee, Nikotin) und illegaler Drogen (Opium, Kokain und Haschisch) anhand zeitlicher und geografischer Faktoren untersuchen.

Für eine solche Untersuchung sind u.a. Faktoren, wie die soziale Funktion der Drogen, Anbauggebiete der Ursprungspflanzen, Produktionstechniken usw. wichtige Kriterien, um einen globalen Denkansatz zu erhalten. Wichtige Aspekte in diesem Kontext sind agrarwirtschaftliche Produktionstechniken und gesellschaftliche Nutzungskriterien der Drogen bzw. Suchtstoffe (vgl. Tretter, 1998, S.192).

Ein kulturökologischer Ansatz muss zur Analyse der Suchtproblematik folgende Rahmenbedingungen als Untersuchungsgrundlage berücksichtigen: (1) Raum, (2) Klima, (3) Pflanze, (4) Agrartechnik und (5) Konsumkultur (vgl. a.a.O.). Im Einzelnen sollen diese Faktoren jetzt nicht genauer betrachtet werden, außer die Konsumkultur, da dieser Aspekt in Bezug auf die Auswahl der Konsumstoffe und deren Bewertung (z.B. Gefahren) eine wichtige Rolle spielt.

Dabei zeigt eine globale Betrachtung des Suchtmittelkonsums bzw. der Konsumkultur häufig, dass einheimische Drogen (in Deutschland Alkohol) in Bezug auf das Gefahrenpotenzial i.d.R. unterschätzt werden (zumindest vom Großteil der Bevölkerung) und fremde Drogen (aktuell Haschisch) in Bezug auf das Gefahrenpotenzial überschätzt werden. Dieses Phänomen ist im Mittelalter (z.B. Todesstrafe bei Kaffee- und Nikotinkonsum) als auch in der Gegenwart (am Beispiel Haschisch) feststellbar (vgl. a.a.O.).

Unter dem kulturökologischen Blickwinkel entstehen zwei weitere Teiltheorien, zum einen eine Angebotstheorie und zum anderen eine Nachfragetheorie. Mit diesen Ansätzen aus der Wirtschaft soll der Versuch unternommen werden, die Verbreitung des Konsums bzw. die Verbreitung eines Suchtstoffes zu erklären (vgl. a.a.O., S.193).

Eine grundlegende Annahme der Angebotstheorie im Zusammenhang mit der Verbreitung des Suchtmittelkonsums ist, dass in traditionellen Konsumregionen i.d.R. ursprüngliche Produkte aus einer Pflanze (Coca, Opium usw.) aufgrund des großen Angebots konsumiert werden. In Lateinamerika wird zwar zunehmend auch Kokain konsumiert, aber in weit geringerem Ausmaß als Cocablätter. Genauso wird in Indochina bedeutend weniger Heroin konsumiert als Opium. Dadurch ist das Angebot konsumbestimmender Faktor hinsichtlich einer bestimmten Stoffgruppe.

Im Gegensatz dazu muss aus der Sicht der Nachfragetheorie grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass in traditionellen Konsumregionen Suchtstoffe konsumiert werden, die i.d.R. einer starken Nachfrage der Konsumenten unterliegen. Um an das vorherige Beispiel anzuknüpfen, wird demnach in Lateinamerika überwiegend Coca konsumiert, weil innerhalb der Konsumentengruppe die Nachfrage nach Kokain nach dessen Einführung auf dem Drogenmarkt in Lateinamerika nicht sonderlich gestiegen ist. Ein anderes Beispiel: Mit der Grenzöffnung in Ostdeutschland wurde das Angebot des illegalen Drogenmarktes enorm in die Höhe getrieben. Dennoch ist der Konsum an illegalen Drogen in den ersten Jahren nach der Grenzöffnung nicht sonderlich angestiegen, da die Nachfrage der ostdeutschen Jugendlichen eher auf Alkoholika konzentriert war.

Mit diesen Beispielen wird deutlich, dass die Akzeptanz und somit die Nachfrage, den Konsum einer bestimmten Stoffgruppe wesentlich stärker beeinflusst, als das Angebot.

Ein weiterer Theorieansatz, der sich aus der Kulturökologie ergibt, ist die Betrachtung der Rauschkultur der Industrieländer bzw. -gesellschaften (vgl. Tretter, 1998, S.193). Im Blickfeld einer Untersuchung der Rauschkultur stehen z.B. geografische Regionen wie Städte, ländliche Gebiete und Länder. In der globalen Betrachtung multikultureller Länder und Städte (z.B. Holland, San Francisco) zeigt sich, dass sie eine zunächst streuende Funktion der traditionellen Konsumformen aufweisen.

Konflikte bzw. Probleme zeigen sich bei den Kulturen, die in dem jeweiligen Stoffbereich unerfahren sind, überproportional hoch (Alkoholismus bei nordamerikanischen Indianergruppen, "Heroinismus" bei chinesischen Bevölkerungsgruppen). Ein weiterer

Punkt im Zusammenhang mit der Rauschkultur scheinen jeweilige Weltanschauungen und religiöse Überzeugungen in einer Kultur zu sein (vgl. a.a.O., S.194). In einer Gesamtbetrachtung der Länder bzw. Staaten bezüglich der Nachfrage von bestimmten Drogenarten werden in Industrieländern Beruhigungsmittel (in Leistungsgesellschaften werden die Beruhigungsmittel als Mittel zum "Abschalten" bzw. zur Flucht aus dem Leistungsdruck verwendet) und in den sich industrialisierenden Entwicklungsländern Aufputschmittel (in diesen Ländern wird ein Gegenpol für das Gefühl der Ausweglosigkeit gesucht, Leistungssteigerung durch den Drogenkonsum zu erfahren) nachgefragt.

Religionen haben insofern Einfluss, indem sie bestimmten Stoffgruppen gegenüber tolerant oder intolerant entgegenstehen, wie z.B. der Islam. Im Islam wird der Alkoholkonsum abgelehnt, dafür wird dem Konsum von Opium und Haschisch tolerant begegnet (vgl. Tretter, 1998, ebd.).

Dem Theoriegebäude der Kulturökologie ist das der sozialökologischen Betrachtungsweise sehr ähnlich. Als Grundsystem des sozialökologischen Ansatzes gilt dasselbe grundlegende System wie bei der kulturökologischen Sichtweise der Suchtentwicklung, wobei hier u.a. die Analyse des kollektiven Verhaltens und der Strukturmerkmale einer Gesellschaft und sozialen Gruppen als Gegenstand des Forschungsinteresses beansprucht wird.

Explizit handelt es sich um eine Analyse der Wechselbeziehungen bzw. der Zusammenhänge der Bereiche "Bevölkerung", "soziokulturelles System", "Technologie" und "Drogen" in ihrem Bezug zur räumlichen und zeitlichen Verteilung der Stoffgruppen (vgl. a.a.O., S.194).

Ein weiterer Ansatzpunkt für die Betrachtung aus der sozialökologischen Sichtweise ist mit dem Faktum der weltweiten Drogenkreisläufe mit den dazugehörigen Geldkreisläufen gegeben. Dabei können soziokulturelle Systemebenen und physiologische Bedingungen des Konsums zusammenfassend untersucht werden. Eine zentrale Hypothese ist hierbei eine Nachfragetheorie, die mit der Nachfragetheorie aus dem kulturökologischen Ansatz vergleichbar ist.

In diesem Kontext besteht die Annahme, dass in einer bestimmten Kulturregion bei Konsum von heimischen Drogen im Gegensatz zum Konsum nichtheimischer Drogen, weniger suchtbetragene Gefahren bzw. Probleme für die Menschen in dieser Region entstehen. Demnach muss eine gewisse Kompatibilität zwischen Kultur bzw. Gesellschaft und heimischer Drogen angenommen werden. Des Weiteren müssen dabei über mehrere Generationen gewachsene Konsumerfahrungen bestehen um die Suchtgefahr geringer zu halten (vgl. Tretter, 1998, S.195).

Ein weiteres Konzept der Sozialökologie ist das der ökologischen Ungleichheit. Unter dem Konzept der ökologischen Ungleichheit werden ökologische und ökonomische Unterschiede zwischen Industrieländern (Konsumländer) und Entwicklungsländern (Produktionsländer) verstanden. Diese Unterschiede verursachen globale Probleme in der Drogenpolitik. Allein aus dem Umstand der sehr kostengünstigen Produktion der Drogen in den Entwicklungsländern und den immensen Marktpreisen in den Industrieländern lohnt sich das Handeln mit Drogen.

Damit stellt der Handel einen gewissen Anteil der Deviseneinkunft für die Produktionsländer dar (Gewinnspanne Faktor 1:10-20), (a.a.O.).

"Damit wird die Drogenpolitik zu einer Dimension der Entwicklungspolitik." (Tretter, 1998, S.195-196).

Ein weiterer Ansatz ist das soziale System und Drogenkonsum. Die allgemeinen soziokulturellen Handlungsstrukturen der Industrieländer (Konsumländer) lassen sich in diesem Kontext als Leistungsgesellschaft und Konsumgesellschaft typisieren. Allerdings kann durch eine solche Typisierung nur ein Teil der gesellschaftlichen Strukturen beschrieben werden. Daher wird nach dem heutigen konzeptuellen Verständnis der Gesellschaftsformen in den Industrieländern, von einer postmodernen Kultur gesprochen, die eine breite Charakterisierung der bestehenden Gesellschaftsstrukturen zulässt (vgl. a.a.O., S.197). Zentrale Merkmale sind in diesem Kontext eine zunehmende Pluralisierung und Spezialisierung der Gesellschaft. Das gesellschaftliche Gefüge der Industrieländer lässt sich dahingehend auch als Orientierungs- und Handlungsprogramm beschreiben, wobei "Leistung", "Konsum" und "Erlebnis" hierbei Teilprogramme dar-

stellen. Diese Teilprogramme prägen Handlungen und Verhaltensweisen des einzelnen Individuums im Alltag und darüber hinaus im Umgang mit anderen Mitgliedern der Gesellschaft. Dieses System ist daher die soziale Umwelt einer Person in der Gesellschaft (vgl. a.a.O., S.198).

Liegt eine Störung der Person-Umwelt-Passung vor, entstehen vermehrt Stresssituationen, die in diesem Zusammenhang zu einem erfolgreichen Drogenkonsum führen können, (vgl. Tretter, 1998, S.198).

Im Weiteren sollen zwei makrosoziale Stressoren im Bezug auf ihre pathologische Wirkung für die Gesellschaft bzw. Person betrachtet werden. Als Beispiel sollen Merkmale der Leistungsgesellschaft und der Konsumgesellschaft verwendet werden: (vgl. a.a.O., S.199)

- (1) Leistungsgesellschaft: In diesem Zusammenhang werden Punkte wie Termindruck und Quantität des Outputs (z.B. Aspekte im Bezug auf den Arbeitsmarkt) in die Analyse mit einbezogen. In diesem Zusammenhang wird u.a. von einem verstärkten Bedürfnis nach Aufputschmitteln bzw. Beruhigungsmitteln ausgegangen, die den Leistungsdruck reduzieren sollen.
- (2) Konsumgesellschaft: Merkmale sind hier u.a. das Konsumbedürfnis und der "Hunger" bzw. das Streben nach Bedürfnisbefriedigung. In diesem Zusammenhang lassen sich pathologische Verhaltensweisen wie z.B. Konsumexzesse beschreiben.

Bei der weiteren Untersuchung möglicher Suchtursachen aus der Sicht der Soziologie, müssen u.a. die soziokulturellen Funktionen verschiedener Drogen in einer Gesellschaft betrachtet werden (vgl. a.a.O., S.200). Haschisch wird beispielsweise in einigen asiatischen Kulturen als Heilmittel und nicht als Rauschmittel verwendet.

Die Rauschwirkung wird dabei eher als positive Nebenwirkung gesehen. In westlichen Kulturen ist der Haschischkonsum i.d.R. verboten, da Haschisch nach dem Verständnis der meisten Industrieländer medizinisch nicht verkehrsfähig ist (Ausnahme: einige THC-haltige Medikamente sind unter ärztlicher Kontrolle erhältlich).

Ein Beispiel für die soziokulturelle Funktion des Alkohols: In Deutschland werden alkoholische Getränke i.d.R. weitgehend als harmlos eingestuft, dies gilt u.a. für Bayern im Bezug auf Bier. Das Bier wird als Nahrungsmittel gesehen und erhält Bezeichnungen wie "Biersuppe" oder "flüssiges Brot".

Dabei müssten eigentlich alkoholische Getränke, auch Bier aus medizinischer Sicht in den Bereich der starken Rauschmittel angesiedelt werden (vgl. Barbiturat-Alkohol-Typ nach der WHO), (vgl. Tretter, 1998, S.201).

Um Alkohol als Genussmittel bezeichnen zu können, muss als Ziel des Konsums der Genuss und nicht der Rausch sozial gebilligt sein, wie es in südlichen mediterranen Mittelmeerländern der Fall ist.²⁵ Aus diesen Umständen ist die Funktion der Droge immer von der jeweiligen Gesellschaft abhängig, die die Grenzen des erlaubten und intendierten Rauschstoffkonsums bestimmt (vgl. Tretter, 1998, S.201).

Bei der Frage nach den soziokulturellen Grundeinstellungen über den Konsum von Drogen hat Bales (1946) drei verschiedene Einstellungen zum Alkoholkonsum aufgestellt: (vgl. Feuerlein, 1998, S.85)

(1) Rituelles Trinken:

Das Trinken wird in bestimmten Zeremonien bzw. sakralen Handlungen eingebaut und unterliegt einer strengen sozialen Kontrolle.

²⁵ Meinung des Autors

(2) Sozial-konviviales Trinken:

Das Trinken ist in keinen rituellen Rahmen eingebunden, unterliegt aber bestimmten tradierten Regeln (z.B. der Konsum zu Mahlzeiten). Der Konsum ist somit ebenso einer gewissen sozialen Kontrolle unterworfen.

(3) Utilitaristisches Trinken:

Es wird aus Genuss und meist allein konsumiert, dazu werden auch die so genannten "Selbstheilungsversuche der Befindlichkeit" gezählt. Der Konsum unterliegt innerhalb dieser Konsumeinstellung keiner sozialen Kontrolle und dient dem Erleben der spezifischen Wirkung des Alkohols.

Des Weiteren werden nach Bales (1946) vier Konsumgesellschaften unterschieden, wodurch unterschiedliche soziokulturelle Funktionen und Einstellungen zum Alkoholkonsum in verschiedenen Kulturregionen dargestellt werden können: (vgl. a.a.O., S.56)

(1) Abstinenzkulturen:

Es herrscht ein Verbot jeglichen Alkoholgenusses. Als Beispiele sind hier islamische, buddhistische und hinduistische Kulturen zu nennen.

(2) Ambivalenzkulturen:

Es besteht ein Konflikt zwischen dem Pro und Contra des Alkoholkonsums. Dieser Konflikt herrscht u.a. in puritanisch orientierten Gesellschaften, wie z.B. einigen skandinavischen Länder, Kanada und den USA. In diesen Ländern ist der Konsum und Vertrieb von Alkohol bestimmten Beschränkungen unterworfen. Unter diesen Bedingungen weicht der öffentliche Konsum dem Konsum im privaten Bereich. Unter den Alkoholabhängigen lässt sich ein hoher Anteil an Konflikttrinkern und Abhängigen mit Kontrollverlust feststellen.

(3) Permissivkulturen:

Der Konsum bzw. Genuss von Alkohol wird gebilligt. Der Rausch und ähnliche Zustände werden in diesen Kulturen abgelehnt. Diese Form des Konsums lässt sich u.a. in den südeuropäischen Ländern (Süditalien, Südfrankreich) feststellen. Es besteht eine frühe Gewöhnung der Bevölkerung an Alkoholika, allerdings in einer limitierten Menge.

(4) Permissiv-funktionsgestörte Kulturen:

Es wird nicht nur der "normale Alkoholgenuss" gebilligt, sondern Exzesse werden in Kauf genommen. In reiner bzw. extremer Form ist diese Kultur nicht vorzufinden. Dafür lassen sich aber bestimmte Unterformen in verschiedenen Ländern feststellen. Beispielsweise können in einigen osteuropäischen und südamerikanischen Ländern relativ hohe Werte im Bezug auf die Frequenz und Menge des Alkoholkonsums festgestellt werden. Auch in einigen ost- und nordeuropäischen Ländern (z.B. auch Deutschland) wird bei bestimmten Anlässen der Konsum von Alkohol in großen Mengen gebilligt sowie der Exzess in Kauf genommen (auf Volksfesten o.Ä.).

Abschließende Bemerkungen

Wie ersichtlich geworden ist, haben Faktoren aus der Makroumwelt, wie beispielsweise Politik, Wirtschaft und die Medien Einfluss auf die Mikroumwelt der Person und somit auf eine Sucht- bzw. Abhängigkeitsentwicklung (vgl. Tretter, 1998, S.201).

In diesem Zusammenhang wird häufig die Werbung zur Zielscheibe harter Kritik. Dabei steht z.B. die Alkoholwerbung bei Sportveranstaltungen in der Schusslinie der Kritiker, da in diesem Fall häufig mittels Belohnungsstrategien geworben wird.

Als bedenklich gilt bei dieser Art von Werbestrategie, dass Belohnung und Abhängigkeit bzw. Sucht suchtpsychologisch eng miteinander verbunden sind.

Bei einer näheren Betrachtung der Jugendlichen, im Bezug auf die Drogenproblematik, lassen sich einige zentrale Aspekte für die Entwicklung bzw. Entstehung abweichenden Verhalten (z.B. Sucht, Abhängigkeit) herausarbeiten. Der Jugendliche unterliegt einmal dem Grundproblem des Autonomiebedürfnisses und zum anderen dem Beziehungs- bzw. Abhängigkeitsbedürfnis. Dieser Übergang ist u.a. durch Veränderungen in den Beziehungen zur Familie und zu Freunden bzw. Gleichaltrigen gekennzeichnet.

Außerdem hat sich die Situation des heutigen Jugendlichen, im Gegensatz zu Jugendlichen vor 50 Jahren, sehr stark geändert. Jugendliche in der heutigen Zeit werden frü-

her mit dem Verlust der Kindheit und daher mit einem früheren Einsetzen der Jugend bzw. Pubertät konfrontiert. Darüber hinaus setzt das Erwachsenenalter häufig erst später ein und folgt nach der Postadoleszenz. Wie oben schon erwähnt, ist unsere Gesellschaft durch Pluralität und Spezialisierung gekennzeichnet. Daraus entstehen eine Vielzahl von Wahlmöglichkeiten für Jugendliche im Sinne der Individualisierung, der Persönlichkeitsentwicklung und der Lebensplanung.

Diese Vielzahl der Wahlmöglichkeiten finden sich auch in der Konsumwelt des Jugendlichen wieder, z.B. Fernsehprogramme, Videospiele, Computer, Mode. Auf ihn stürzen große Mengen an Produkten ein, ein genaues Befassen mit einzelnen Dingen ist kaum mehr möglich. Die Annahme, dass Jugendliche unter Entscheidungs- und Konsumstress in der heutigen Gesellschaft stehen ist hierbei nicht unbegründet (vgl. Tretter, 1998, S.113).

Ansatz aus der Sozialpsychologie

Als sozialpsychologisches Konzept ist die Theorie des Problemverhaltens nach Jessor und Jessor zu nennen (vgl. Jessor und Jessor, 1983, S.110). Diese Theorie ist in verschiedene Systeme gegliedert: Zum einen in ein System der Persönlichkeit, sowie ein System der wahrgenommenen Umwelt und zum anderen in ein System des Verhaltens. Die daraus resultierenden Wechselbeziehungen bilden einen so genannten dynamischen Zustand, der auch als Anfälligkeit für Problemverhalten bezeichnet wird. Das System der Persönlichkeit wird durch bestimmte Merkmale konstruiert, wie Werte und Erwartungen, Überzeugungen und Einstellungen usw. In diesem Zusammenhang sind die Merkmale der Persönlichkeit kognitive Elemente der Person, die soziale Bedeutung und Erfahrung widerspiegeln. Die Umwelt wird von Merkmalen, wie z.B. Unterstützungstärke, sozialer Einfluss, Kontrolle und Erwartungen, Modelle bezogen auf das Verhalten etc. konstruiert. Dieser Variablenbereich kann zu den Persönlichkeitsvariablen gerechnet werden.

Ihre Aufgabe ist, erkennbare und wahrnehmbare Umweltmerkmale eines Menschen zu beschreiben. Manifestes Verhalten resultiert danach aus der Wechselbeziehung zwischen dem System der Persönlichkeit und dem der wahrgenommenen Umwelt. Nach

dieser Darstellung schreibt die sozialpsychologische Theorie, "weder der Person noch der Situation kausale Priorität zu." (Jessor und Jessor, 1983, S.110).

Im weiteren Verlauf sollen die einzelnen Systeme (Person, Umwelt und Verhalten) näher beschrieben werden.

Das Persönlichkeitssystem wird in drei Teilsysteme unterteilt (vgl. a.a.O., S.112). Als Erstes wird das Motivation-Anregung-System beschrieben. Dieses System ist durch Variablen gekennzeichnet, die einen richtungsweisenden und orientierenden Charakter bzw. Einfluss auf eine Handlung haben. Dazu gehören die Ziele einer Person und die motivationalen Quellen für das jeweilige Verhalten. Für das Auftreten von bestimmten, zielgerichteten Verhaltensweisen ist sowohl die Wertigkeit, die einem Ziel beigegeben wird, als auch die Erwartung an eine Zielerreichung von Bedeutung.

Der Wert eines Zieles bzw. die Erwartungen, die an ein Ziel gerichtet sind, besitzen motivationale Eigenschaften im Bezug auf die handelnde Person.

Das zweite Teilsystem der Persönlichkeit ist das persönliche Überzeugungssystem. Dieses System beschreibt Variablen kognitiver Kontrollen, die dem Auftreten deviantem bzw. problematischem Verhalten entgegenwirken sollen. Solche Kontrollvariablen entstehen aufgrund bestehender Überzeugungen im Bezug auf die eigene Person, die Gesellschaft und die Beziehung bzw. dem Verhältnis der Person zur Gesellschaft. Der Einfluss der Überzeugungen besteht darin, dass sie Impulse, die zum Problemverhalten führen können, unterdrücken.

Solche Impulse entstehen z.B. aus dem System der "Motivation und Anregung". Im Bezug auf das Überzeugungssystem können wiederum vier verschiedene Bereiche (Gesellschaftskritik, Entfremdung, Selbstachtung und interne bzw. externe Verstärkungskontrolle) unterschieden werden (vgl. Jessor und Jessor, 1983, S.112).

Das letzte System in diesem Zusammenhang ist das der "internalisierten Kontrolle". Dabei werden Kontrollvariablen beschrieben, die dem Auftreten von deviantem Verhalten entgegenwirken. Das System besteht aus drei Variablen, nämlich der Devianztoleranz, der Religiosität und der Diskrepanz zwischen dem Für und Wider des Drogenkonsums (z.B. Abwägung der positiven und negativen Folgen des Konsums), (vgl. a.a.O., ebd.).

Bei der Betrachtung des Systems der Persönlichkeit als Ganzes bekommt die dynamische Beziehung zwischen dem Teilsystem des Antriebs (Motivations-Anregungs-System) und den Teilsystemen der Kontrolle (Überzeugungssystem und internalisiertes Kontrollsystem) eine primäre Bedeutung für das handelnde Individuum. Folgende Faktoren, die im Persönlichkeitssystem wirken, können Problemverhalten bzw. abweichendes Verhalten zur Folge haben: (vgl. Jessor und Jessor, 1983, S.113)

- eine geringe Bewertung der schulischen Leistungen;
- Unabhängigkeit wird höher bewertet als die schulische Leistung;
- geringe Erwartung bezüglich Schulerfolgen;
- die Haltung gegenüber der Gesellschaft ist kritischer, außerdem liegt ein höheres Maß an Entfremdung von der Gesellschaft vor;
- weniger Selbstachtung und starke Orientierung an eine externe Verstärkerkontrolle.

Diese Aufzählung soll an dieser Stelle genügen. Festzuhalten bleibt, dass je dominanter die Merkmale in bestimmten Situationen sind und ein zusammenhängendes und übereinstimmendes Muster ergeben, desto wahrscheinlicher ist die Anfälligkeit des Jugendlichen für deviantes Verhalten.

Der Gegenstand dieses Systems ist die sozialpsychologische (wahrgenommene) Umwelt, nicht unbedingt die geografische, sozio-strukturierte und demografische Umwelt (vgl. a.a.O., ebd.). In diesem Kontext können die relevanten Einflussfaktoren in zwei Bereiche unterteilt werden: (1) Variablen, die ein unmittelbares Verhalten (proximale Variablen) zur Folge haben und (2) Variablen, die weiter entfernt in einer so genannten Kausalkette liegen (distale Variablen). Beispielsweise hat die Vorbildfunktion von Gleichaltrigen ein unmittelbares Verhalten zur Folge, während das Maß der normativen Übereinstimmung der Eltern und Altersgenossen eher indirekt auf das Verhalten wirkt.

Die Betrachtung der distalen Struktur der Umwelt, dient u.a. der Feststellung des sozialen Kontextes des Jugendlichen (vgl. a.a.O.). Dabei steht die Frage im Vordergrund, ist der Jugendliche stärker auf die Eltern als auf Freunde bzw. Gleichaltrige ausgerich-

tet oder umgekehrt. Die distale Struktur eines Jugendlichen besteht aus sechs Variablen: (vgl. a.a.O., S.114) (1) die wahrgenommene Unterstützung durch Eltern; (2) die Unterstützung durch Freunde; (3) die wahrgenommene Kontrolle durch Eltern; (4) die Kontrolle durch Freunde; (5) Vereinbarkeit und Übereinstimmung von Erwartungen, die von Eltern und Freunden gestellt wurden; (6) der wahrgenommene Einfluss der Eltern im Vergleich zu dem der Freunde bzw. der Peer-group.

Diese sechs Variablen bilden ein "Netz der sozialen Umwelt", welches das jeweilige Problemverhalten auf unterschiedlicher Weise beeinflusst. Danach kann angenommen werden, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von devianten Verhaltensweisen von der Präsenz sozialer Unterstützungen und Kontrollen, dem Grad des Einflusses der Eltern bzw. Freunde und dem Grad der Übereinstimmung oder andernfalls dem Grad der Diskrepanzen zwischen Eltern und Freunden abhängig ist.

Aus diesem Zusammenhang lässt sich eine weitere Annahme konstruieren, und zwar, dass ein Jugendlicher, der in seiner distalen Struktur eher in einem Peer-group-Kontext zu finden ist, stärker der Anfälligkeit für Problemverhalten ausgesetzt ist, als einer, der stärker in eine Eltern-Kind-Beziehung eingebunden ist.

Im Weiteren wird ein kleiner Ausschnitt von Faktoren im Bezug auf die Anfälligkeit für Problemverhalten gegeben:

- Unterstützungen und Kontrollen der Eltern bzw. der Peer-group sind gering;
- Erwartungen von Eltern und Gleichaltrigen sind nur gering miteinander vereinbar;
- der Einfluss der Eltern ist deutlich geringer im Gegensatz zur dem der Peer-group;

Die proximale Struktur der Umwelt enthält drei Hauptvariablen: (1) Billigung und Missbilligung des devianten Verhaltens durch die Eltern, (2) Billigung bzw. Missbilligung des devianten Verhaltens durch die Freunde und (3) Vorbilder für das deviante Verhalten unter den Freunden.

Diese Variablen beziehen sich hauptsächlich auf den Kontakt des Jugendlichen zum sozialen Umfeld (vgl. Jessor und Jessor, 1983, S.114). Dabei besteht die Annahme,

dass im Hinblick auf die Gesamtheit der Variablen (in diesem sozialpsychologischen Modell) die der proximalen Struktur am einflussreichsten auf das Problemverhalten bzw. auf deviantes Verhalten sind (vgl. a.a.O., ebd.). Beispielsweise hat ein jugendlicher Anschluss an eine Peer-group, die deviante Verhaltensmerkmale billigt oder gar aktiviert, kann mit einiger Sicherheit daraus gefolgert werden, dass diese Peer-group beträchtlichen Einfluss auf das Verhaltensrepertoire des Jugendlichen ausübt. Denn durch den zahlenmäßigen Anstieg der Freunde, die zu deviantem Verhalten neigen, steigt die Zahl der Vorbilder bzw. Modelle, an denen der Jugendliche deviantes Verhalten lernen kann.

Die zentrale, dynamische Beziehung dieses Systems ist die Wechselbeziehung zwischen sozialen Kontrollen und Modellen bzw. Vorbildern. Erlebt ein Jugendlicher überwiegend soziale Kontrollen und wenig Modelle bzw. Vorbilder, die ein Problemverhalten fördern können, so muss nach diesem Ansatz angenommen werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Anfälligkeit für deviantes Verhalten sinkt. Bei Betrachtung des Problemverhaltens bzw. Devianz im Hinblick auf proximale Strukturen kann festgestellt werden, dass Devianz der Jugendlichen häufig von den Eltern kaum missbilligt bzw. sanktioniert wird. Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist auch die meist billigende und unterstützende Haltung der Freunde bzw. der Peer-group.

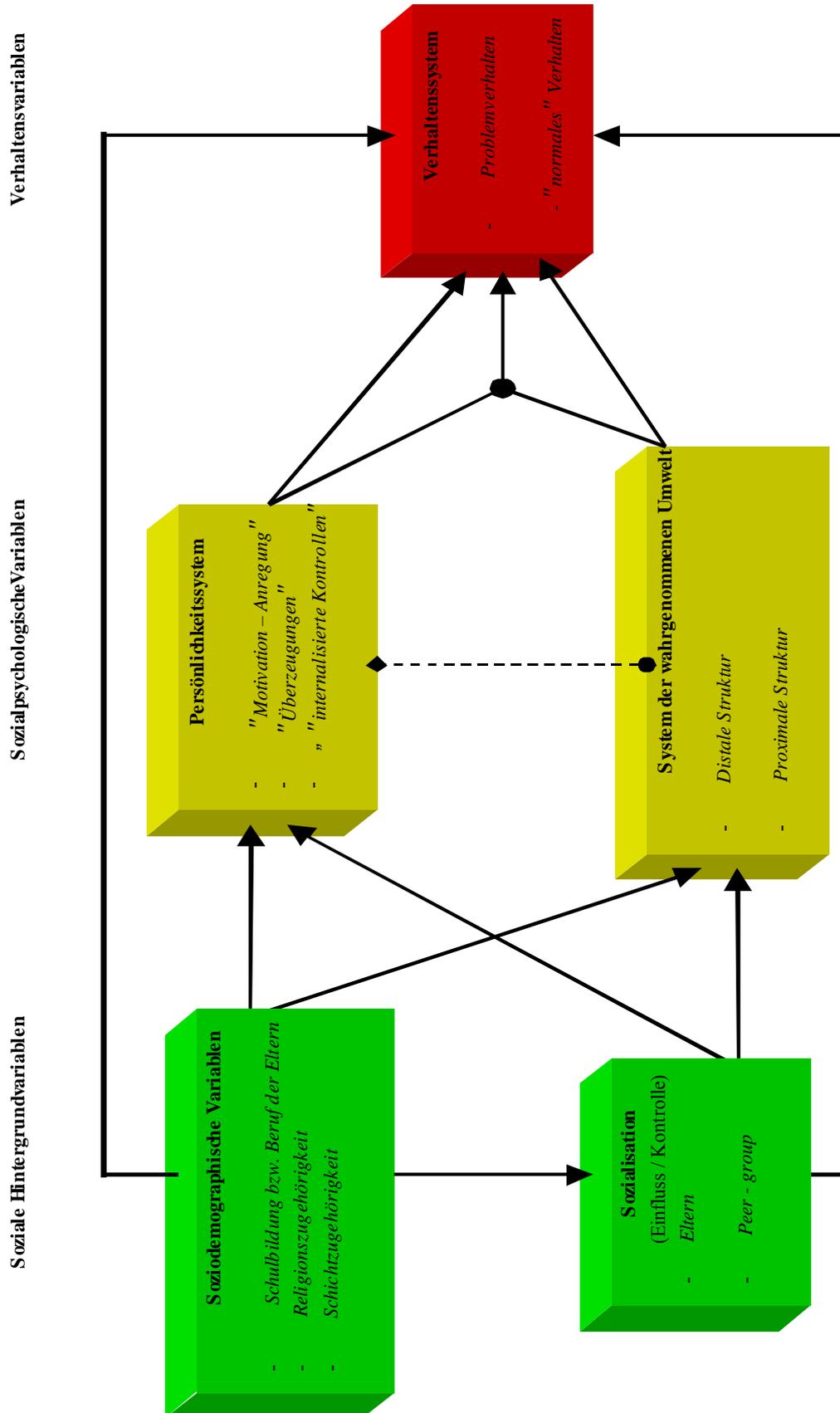
Das Verhaltenssystem ist in zwei Teile gegliedert, einmal in den Bereich des Problemverhaltens und zum anderen in den Bereich des konformen bzw. normalen Verhaltens. Der Bereich des Problemverhaltens umfasst Verhaltensweisen der Jugendlichen, die bestimmte Reaktionen bei Instanzen sozialer Kontrolle (z.B. Polizei) hervorrufen. Diese Reaktionen können sich von einfacher Missbilligung bis hin zur Haftstrafe erstrecken.

Das Konzept des Verhaltenssystems geht davon aus, dass Verhaltensweisen mit unterschiedlichen Ausdrucksformen auf sozialpsychologischer Ebene (z.B. Drogenkonsum oder Beteiligung an einer Demonstration) gleiche Funktionen erfüllen können (vgl. Jessor und Jessor, 1983, S.115). Die Funktion des Problemverhaltens ist meist aus einem Prozess der zweckgerichteten Zielerreichung entstanden. Der Zweck bzw. die

Bedeutung des Problemverhaltens kann beispielsweise die Abkehr von traditionellen Gesellschaftsnormen, Streben nach Unabhängigkeit und Mittel zur Stressreduzierung sein. Die zentrale Beziehung liegt in diesem System zwischen Problemverhalten bzw. deviantem Verhalten und angepasstem bzw. normalem Verhalten (vgl. a.a.O., ebd.).

Die Ausübung von Verhaltensweisen eines Bereiches (angepasst, konform) hat zur Folge, dass Verhaltensweisen des anderen Bereiches (deviant, non-konform) unterdrückt werden. Beispielsweise hat ein Jugendlicher großes Interesse an guten Schulleistungen und ist zudem sportlich sehr aktiv, sind Verhaltensweisen wie Drogenkonsum, Delinquenz u.ä., wider seinen Interessen und Aktivitäten und werden aus diesem Grund unterdrückt. (Wobei im Bereich des Sportes, durch den zunehmenden u.a. auch gezielten Gebrauch von Dopingsubstanzen, suchtähnliche Kreisläufe stattfinden können.)

Der Gesamtzusammenhang der "Theorie des Problemverhaltens" wird durch die Abbildung (4) deutlich.



Sozialpsychologisches Modell der Suchtentwicklung nach Jessor und Jessor (vgl. Jessor und Jessor, 1983, S.111).

Schwächen und Kritik

Sozialpsychologischer Ansatz

Die "Theorie des Problemverhaltens" nach Jessor und Jessor (1977) ist, im Sinne des Autors, ein aussagekräftiges sozialpsychologisches Modell.

Für die Untersuchung der Ursachen von abweichenden Verhaltensweisen, somit auch des Drogenkonsums bzw. stoffungebundener Abhängigkeitsformen (z.B. Essstörungen und Spielsucht) werden Variablen der Person, der (wahrgenommenen) Umwelt und des Verhaltens berücksichtigt.

Die größte Schwäche dieser Theorie ist die Vernachlässigung der drogenspezifischen Aspekte, wie z.B. Griffnähe, Wirkung, abhängigkeitspotenzial. Sie stellt aber in Verbindung mit dem Drogen–Dreieck einen umfangreichen Erklärungsansatz der Ursachen von Abhängigkeiten dar. Für die Konzeption dieser Theorie mussten Annahmen getroffen werden, die eine genauere Betrachtung erforderlich machen. So z.B. die Annahme für die distale Struktur (System der wahrgenommenen Umwelt), dass Jugendliche, die mehr im Elternkontext integriert sind, weniger zu Problemverhalten (z.B. Alkoholkonsum) neigen.

Der Ansatz des Modelllernens nach Bandura (1997) wurde behandelt. Dabei wurden Eltern als bedeutendes Modell für den Erwerb von Verhaltensweisen benannt. Außerdem hat sich dabei herausgestellt, dass Eltern (im Bezug auf Alkohol) in den häufigsten Fällen erste Trinkpartner für Kinder und Jugendliche darstellen und zu einer frühen Gewöhnung an Alkohol beitragen. Die Faktoren Trinkpartnerschaft der Eltern und die frühe Gewöhnung an Alkohol sind in einzelnen Fällen als zentrale Korrelate zur Ursache von Alkoholismus anzusehen, sind aber als Basis hinsichtlich einer globalen Aussage für die Abhängigkeits- bzw. Suchtentwicklung Jugendlicher ungeeignet.

Denn wie bereits beschrieben können Jugendliche erste Trinkerfahrung ebenso in der Peer-group erleben, die vergleichbar sind mit den Erfahrungen im Elternhaus.

Kritische Betrachtung der soziologischen Ansätze

Das soziologische Theoriengebäude verdeutlicht die Verflechtung von Gesellschaft und Drogen bzw. Suchtstoffe. Mit der Theorie der Kulturökologie wird gezielt auf Einflüsse gesellschaftlicher bzw. kultureller Bedingungen (z.B. Normen und Werte) im Hinblick auf eine globale Drogenproblematik eingegangen.

Hierbei können u.a. Aspekte für die geschichtliche Entwicklung der Einbettung bestimmter Suchtstoffe bzw. Genussmittel in eine Gesellschaft und auch für die Verbreitungsformen der einzelnen Suchtstoffe erklärt werden. Im Zusammenhang mit der Verbreitung der Droge bzw. des Konsums, besteht mit der Nachfragetheorie ein wichtiger und zutreffender Erklärungsansatz.²⁶ Ein Grund wäre hier das Beispiel Ostdeutschlands nach der Grenzöffnung. Ein weiterer besteht in einer Gesamtbetrachtung Deutschlands im Bezug auf die Drogen- bzw. Konsumverbreitung. Das Angebot an illegalen Drogen ist u.a. in den Ballungszentren im Vergleich zu ländlichen Gebieten größer, dennoch dürfte beispielsweise in Bayern das große (illegale) Angebot (z.B. in einem Ballungszentrum wie München) weniger eine Rolle spielen als die Nachfrage nach Bier.

Dennoch werden auch in Bayern illegale Drogen konsumiert, es lassen sich aber beispielsweise wesentliche Unterschiede bei den Zahlen erstauffälliger Konsumenten harter Drogen (EKhD) im Bundesland Bayern und Berlin–Brandenburg feststellen (vgl. Bundeskriminalamt, Abschlussbericht, 1998, Stand: 31.01.1999). In Bayern beträgt die Zahl der EKhD 4.416 und in Berlin 490 EKhD. Diese Zahlen müssen in Abhängigkeit zur jeweiligen Einwohnerzahl gesehen werden: Für Bayern rund 10,8 Mio. Einwohner; zum Vergleich in Berlin-Brandenburg leben rund 3,8 Mio. Menschen.

²⁶ Meinung des Autors

Im internationalen Vergleich, in Bezug auf den pro Kopf Verbrauch (pro Jahr) von reinem Alkohol ist Deutschland und Frankreich mit >10 bis <12 l Alkohol pro Kopf an erster Stelle der Statistik, wobei sich der Verbrauch pro Kopf im europäischen Ländervergleich nicht nennenswert unterscheidet. In den anderen europäischen Ländern liegt der Verbrauch zwischen 12 und 8 l Alkohol pro Kopf.

Eine Ausnahme bildet England, das mit einem pro Kopf Verbrauch von 7 l im internationalen Vergleich unter dem Verbrauch der USA und Kanada (jeweils 7,5 l pro Kopf) liegt, ebenso Schweden, das mit 5,5 l Alkohol pro Kopf im europäischen und im internationalen Vergleich den geringsten Verbrauch neben Indien aufweist (nach Lelbach, 1995), gerundete Zahlen von 1988 bis 1990, (vgl. Tretter, 1998, S.127). Da in den meisten europäischen Ländern, sieht man von Skandinavien ab, von einem vergleichbaren Angebot von Alkoholika ausgegangen werden kann, liegt es nahe von einer Nachfragetheorie und nicht von einer Angebotstheorie auszugehen.

Ein anderer Grund, der für die Nachfragetheorie spricht, ist der relativ hohe Verbrauch an Alkoholika in den USA trotz erschwerten Beschaffungsbedingungen, die durch ein eingeschränktes Angebot mitverursacht werden.

Die Theorie der Sozialökologie, die u.a. Aspekte zum kollektiven Verhalten und Strukturbedingungen der Gesellschaft beschreibt, trägt zu einer globalen Sichtweise des Drogenproblems bei. Hierbei spielen die Begriffe Leistungs-, Konsum- und Erlebniskultur eine zentrale Rolle. Wobei die Kritik am Einfluss der Werbung so nicht vollständig hingenommen werden kann. Der Einfluss der Werbung bezieht sich in erster Linie nicht auf die Werbung neuer Konsumenten, sondern auf das Produkt, das jeweils konsumiert werden soll. So werden beispielsweise in den Bierwerbungen (einer bestimmten Sorte) Bierkonsumenten angesprochen. Auf Menschen, die aus Überzeugung abstinent sind bzw. keinen Alkohol mögen, hat Werbung keinen oder nur geringen Einfluss. Die suchtpsychologische Gefahr der Werbung wirkt also u.a. auf Alkoholkonsumenten. Dasselbe Beispiel könnte auch auf das Rauchen angewendet werden. Produktstabilität bei den Konsumenten steht also im Vordergrund.

In der Gesamtbetrachtung der soziologischen Theorien, stellen sie einen wichtigen Teil der Ursachenforschung in globaler Hinsicht dar. Sie klären Bedingung bzw. Strukturen auf gesellschaftlicher Ebene, die einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf den Suchtmittelkonsum des einzelnen Menschen haben. Außerdem können drogenpolitische Aspekte und Zusammenhänge zwischen Produktionsländern und Konsumländern herausgestellt werden.

Die Erkenntnisgewinne durch soziologische Theorien sind zentrale Aspekte, die im Drogen-Dreieck in allen Bereichen (Droge, Umwelt, Person) einflussreiche Hintergrundvariablen für eine Abhängigkeitsentwicklung einer Person darstellen.

3.3.5 Systemische Suchttheorien

Ansätze aus der Systemwissenschaft

In der Systemwissenschaft ist vernetztes Denken bzw. systemisches Denken Grundlage jeglicher Forschung, wodurch eine Betrachtung der komplexen Lebenszusammenhänge ermöglicht wird. Die Grundannahme einer solchen Denkweise ist, dass zwischen interdependenten Systemen Wechselbeziehungen vorherrschen und außerdem diese Systeme wiederum in Obersysteme bzw. in Untersysteme eingebettet sind. Als Grundkonzept der Systemwissenschaft besteht daher die Annahme, dass die Welt als Systemkomplex gesehen werden muss (vgl. Tretter, 1998, S.51).

Sehr stark ist das "systemische Denken" in den letzten Jahren in der Familientherapie postuliert worden, des Weiteren hat sie starken Anklang in der Hirnforschung gefunden. In der Gehirnforschung findet dies u.a. vor dem Hintergrund der Kybernetik und der Computerwissenschaften statt.

Das eigentliche Problem der Diskussion um die Systemtheorie ist, dass sie bei genauere Betrachtung keine Theorie ist, sondern eher ein eigener Forschungsansatz darstellt

(vgl. Arbib und Robinson 1990, Mc Celland und Rumelhardt 1986, Bossel 1989, 1992, Tretter 1988a, 1989a, 1993a).

"Systemtheorie ist zunächst eher eine Methode systemischen Konzeptualisierens des Gegenstandsbereichs, weniger eine universell anwendbare Theorie" (Tretter, 1998, S.51).

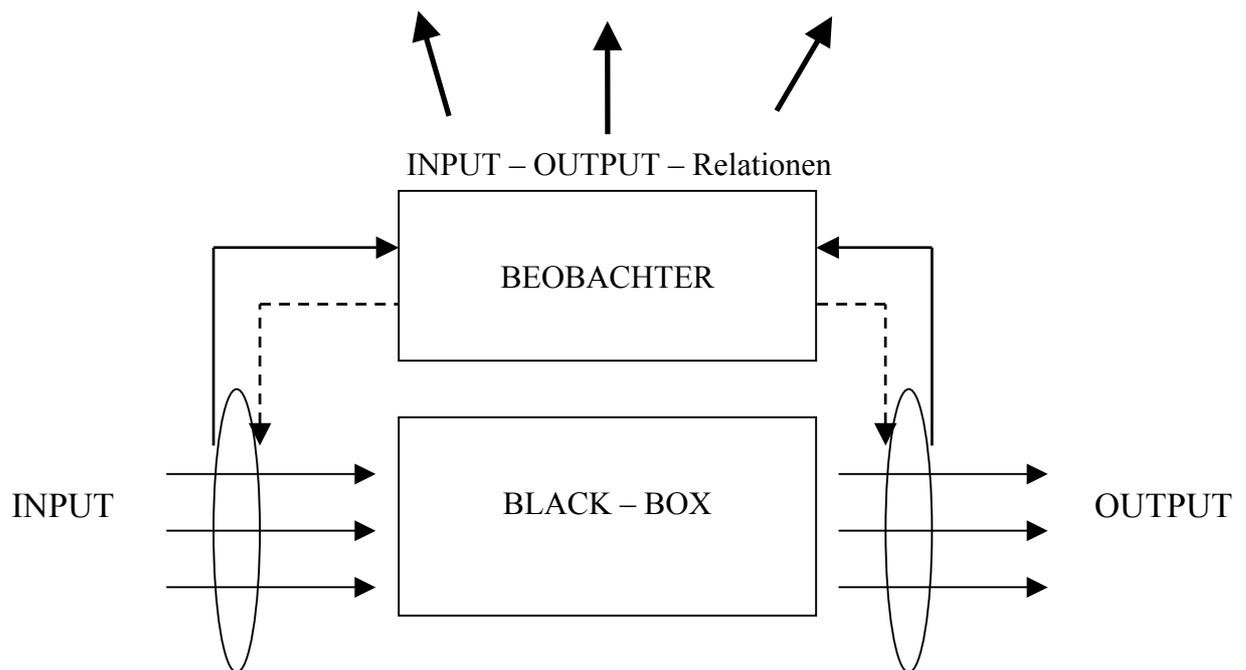
Wie schon erwähnt, basiert systemisches Denken darauf, dass eine interdependente Vernetzung des Gegenstandsbereichs vorliegt. Dieser Gegenstandsbereich wird somit als Wirkungsgefüge betrachtet, wobei regulative und eskalatorische Prozesse im Blickfeld des Interesses stehen. Die Systemwissenschaft ist daher auch als Struktur und Prozesswissenschaft zu bezeichnen (vgl. a.a.O., S.53). Daraus ergibt sich eine bestimmte Methodik in der Herangehensweise an bestimmte Problemstellungen, die sich folgendermaßen beschreiben lässt:

- Die Wechselwirkungen zwischen bestimmten Bedingungen bzw. Elementen sind von zentraler Bedeutung für die Betrachtung, wogegen die Fokussierung auf einzelne Bedingungen bzw. Faktoren eher vernachlässigt wird;
- die Betonung der Ganzheit des Untersuchungsgegenstandes;
- bestimmte Variablen werden nicht einzeln und nacheinander betrachtet, sondern Variablengruppen stehen unter gleichzeitiger Betrachtung;
- die Zeitverläufe bestimmter Prozesse (z.B. Suchtentwicklung, Symptombildung usw.) werden genau betrachtet;
- bei der Untersuchung steht das Zusammenhangwissen gegenüber dem Detailwissen im Vordergrund.

Die grundlegende Betrachtungsweise des systemischen Denkens basiert auf einem "black-box-Modell" (siehe Abb.). Aufgrund der Beobachtungen von Eingangs- und Ausgangsbeziehungen können dann Zusammenhangsvermutungen zwischen diesen Beziehungen vorgenommen werden. Im Gegensatz zu vielen physikalischen Systemen (i.d.R. "unbelebte Systeme") muss in "belebten Systemen" (wie Familie), dem intrazirkulären Informationsverarbeitungssystem besondere Beachtung geschenkt werden. Ein Grund hierfür ist, dass belebte Systeme weniger Input-gesteuert werden als unbelebte Systeme, Output-Relationen können also nicht eindeutig vorhergesagt werden (vgl.

Tretter, 1998, S.57). Beispielsweise kann beim Menschen nicht allein durch die Betrachtung des Inputs auf die entsprechende Output-Relation geschlossen werden. Da die Geschehnisse innerhalb der "black-box" für den Betrachter verborgen bleiben.

Die systemwissenschaftlichen Theorieansätze sind aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen, wie der Mathematik, der Elektrotechnik, der Thermodynamik und weiteren naturwissenschaftlichen Disziplinen abgeleitet. In der Theoriebildung spielen u.a. die Katastrophentheorie, die Chaostheorie, die Regeltheorie und andere Theorien eine wesentliche Rolle (vgl. a.a.O., S.60f). Man unterscheidet in diesem Zusammenhang i.d.R. zwischen Theorien der Kontrolle (z.B. Regeltheorie) und Theorien der Autonomie bzw. Selbstorganisation (z.B. Chaostheorie), des Weiteren sind systemische Ansätze zum Teil einer hochgradiger Mathematisierung unterzogen.



Das "Black – Box – Modell" nach Klaus und Liebscher (1974), (Quelle: Tretter, 1998, S.36). Der Erkenntnisgewinn des Beobachters ergibt sich aus der Erstellung von Input-Output-Relationen, welche der Beobachter registriert bzw. manipuliert. Der Beobachter ist demnach wieder in ein System eingebunden, somit ergibt sich ein interaktionistisches Analysemodell mit mehreren Systemen.

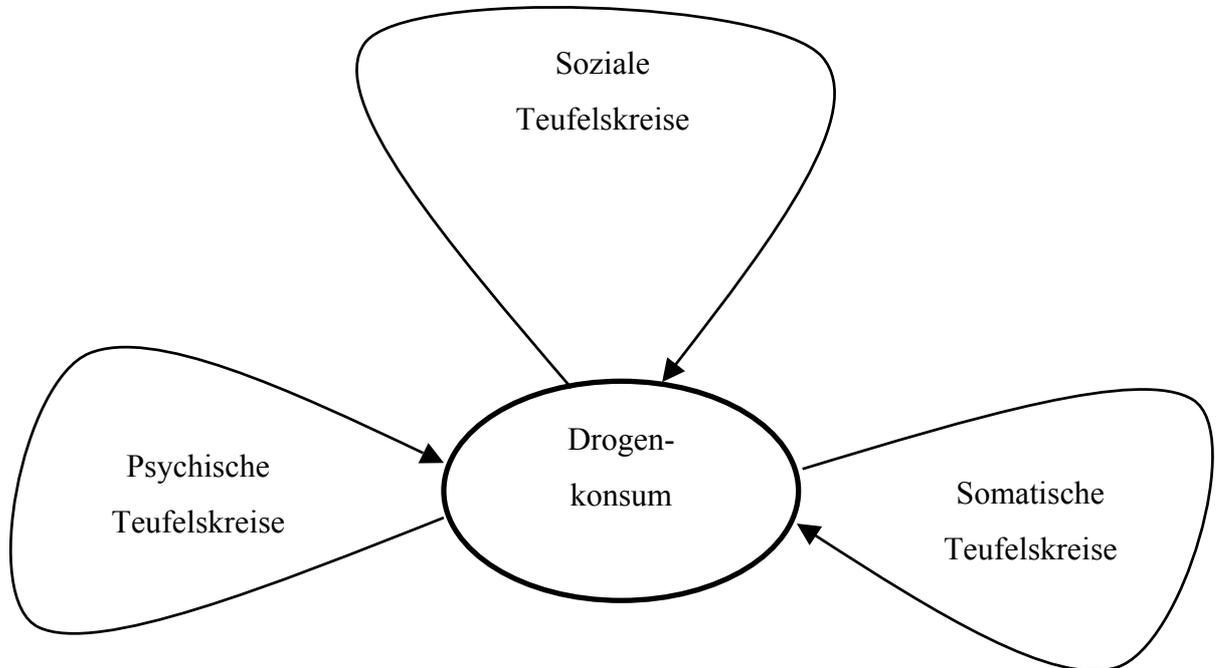
Andere systemische Ansätze, wie z.B. die "dynamische Krankheit" ermöglichen aber auch eine qualitative Untersuchung einzelner Bereiche. Im Folgenden sollen anhand

dieses Erklärungskonzeptes einige Aspekte bzw. Perspektiven für die Suchtentwicklung untersucht werden. Wenn die Suchtentwicklung unter dem Blickwinkel der "dynamischen Krankheit" betrachtet wird, kann sie mit anderen Krankheitsverläufen verglichen werden, die ein besonderes zeitliches Verlaufsmuster aufweisen. Eine Annahme systemischer Ansätze ist die Zirkularität von bestimmten Abläufen, d.h. positive und negative Rückkopplungen innerhalb eines Regelkreises, der sich selbst verstärkt (vgl. a.a.O., S.143).

Beispielsweise erhöhen positiv erfahrene externe bzw. interne Auswirkungen des Drogenkonsums die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Konsums, wogegen negative Auswirkungen eher den weiteren Konsum hemmen. Eine weitere Annahme in diesem Zusammenhang ist, dass andere Phänomene der Suchtentwicklung durch Nichtlinearität gekennzeichnet sind (vgl. a.a.O., ebd.). Die Nichtlinearität lässt sich hier v.a. bei Phänomenen feststellen, deren Prozess- bzw. Zustandsverläufe über eine bestimmte Zeit eine eskalatorische Entwicklung erfahren haben. Der Grund dafür sind "teufelskreisartige Vernetzungen" einzelner Faktoren und Bedingungen, die den Verlauf der Suchtentwicklung mitbestimmen. Bei näherer Betrachtung der Zirkularität und der Nichtlinearität können diese in einem so genannten Mehrebenen-Modell weiter differenziert werden (vgl. Tretter, 1998).

In diesem Blickfeld entsteht ein Netzwerk von Bedingungen für das Suchtverhalten, die teilweise von einander abhängen. Innerhalb eines solchen Netzwerkes können beispielsweise zirkuläre Bedingungen des Alkoholismus beschrieben und deutlich gemacht werden. Der Betroffene trinkt, weil er depressiv ist. Seine Depression entsteht durch das Ausbleiben von Anerkennung (die er sich erhofft hat) für sein überaus hohes berufliches Engagement. Dadurch fühlt er sich gestresst und trinkt. Ein weiteres Beispiel: Eine Person trinkt, weil die Familie (so) verständnislos ist. Die Familie ist verständnislos, weil er (so) viel arbeitet und spät nach Hause kommt. Das hohe Maß an Arbeitsengagement und die ausbleibende Anerkennung der Firma bzw. der Kollegen macht ihn depressiv, deshalb trinkt er. Diese beiden Beispiele sollen als Ausschnitt aus dem Netzwerk der Bedingungen einer Person genügen.

Auf einer globalen Betrachtungsebene im Zusammenhang mit der Abhängigkeitsentwicklung ist ein integratives Modell der Teufelskreise nach Küfner (1981) entstanden.



"Teufelskreise des Drogenkonsums" (somatische, soziale, und psychische Teufelskreise) nach Küfner (1981), (Quelle: a.a.O., S.145). Die nähere Beschreibung der einzelnen Regelkreise findet sich im Text.

In diesem Modell sind die zentralen Teufelskreise der Suchtentwicklung, der somatische, psychische und der soziale Teufelskreis vereinfacht dargestellt:

- somatischer Teufelskreis: Die Person trinkt viel, dadurch verträgt sie viel; dadurch, dass sie viel verträgt, trinkt sie mehr.
- psychischer Teufelskreis: Die Person hat viel Stress (z.B. Arbeit, usw.), dadurch trinkt sie viel; dadurch, dass sie viel trinkt, wird der Stress immer größer.
- sozialer Teufelskreis: die Person hat viele Konflikte (Familie, Nachbarn usw.), dadurch trinkt sie viel; dadurch, dass sie viel trinkt, wird das soziale Umfeld immer konfliktreicher.

Im weiteren Verlauf sollen nun Bereiche, die im Bezug zur Abhängigkeit stehen (Rausch, Suchtverlangen, Entzugserscheinungen Impulsivität und Umfelddynamik), mithilfe der systemischen Sichtweise näher betrachtet werden. Der Rausch gilt als

Ausgangsphänomen der Suchtentwicklung und ist durch die empirische Forschungsmethodik nur schwer zu beschreiben. Es besteht die Annahme, dass der Rausch als multimodaler Mehr-Ebenen-Prozess und als qualitative Bewusstseinsänderung beschrieben werden kann. Was sich u.a. durch Selbstbeschreibungen mancher Künstler und Literaten ergeben hat. Nach der Systemtheorie handelt es sich dabei um so genannte "Kippphänomene" mit Eigendynamik (vgl. Tretter, 1998). Im anklingenden Rausch bzw. im Verlauf des Rausches werden verschiedene Ebenen des Erlebens und der Wahrnehmung unterschiedlich beeinflusst. So gesehen sind die psychischen Symptome (Entspannung, Wahrnehmungsveränderung bzw. Wahrnehmung wird ungenau, Affekte können nicht mehr kontrolliert werden usw.) und die körperlichen Symptome (Motorik wird unkoordiniert, Gehunfähigkeit usw.) in ein zeitliches Verlaufsmuster integriert, wobei die Zeitabstände zum nächsten Symptom unterschiedlich lang sein können. Ebenso ist das Auftreten der Symptome an keine genaue Reihenfolge gebunden, einige können hinzukommen oder aber gar nicht im Verlauf des Rausches auftreten. Wie sich die Symptomatik des Rausches zusammensetzt, ist von Person zu Person unterschiedlich. Beispielsweise kann immer wieder das Phänomen beobachtet werden, dass, wenn Autofahrer aufgrund von Verkehrskontrollen kontrolliert werden, diese zwar noch sitzen aber nicht mehr selbstständig gehen bzw. stehen können.

Im Allgemeinen wird vermutet, dass Rauschphänomene (wie z.T. oben besprochen) durch eine Verschiebung des Aktivitätsniveaus der Stoffwechselsysteme entstehen und neben physiologischen auch psychische Funktionen der Person mitbeeinflusst werden (vgl. Tretter, 1998, S.146 f). Das süchtige Verlangen (craving) nach der Droge wird als zentrales Kernphänomen der Sucht bzw. Abhängigkeit verstanden und tritt u.a. in Phasen der Abstinenz auf. Es wird auch als "grenzenloses Verlangen nach der Droge, dem die Kräfte des Verstandes untergeordnet werden", bezeichnet (Tretter, 1998, a.a.O., ebd.). Davon ausgehend ist es ein sich selbstverstärkendes und anwachsendes Ereignis und beinhaltet somit auch die "Abstinenzunfähigkeit" und den "Kontrollverlust".

Eine weitere Annahme im Bezug auf süchtiges Verlangen ist, dass es auch als Phänomen eines Ungleichgewichts aus verstärkenden und hemmenden Kreisläufen beschrieben werden kann. Dabei gelten v.a. Kreisläufe als suchtfördernd, die als Stimulations-Appetenz, als Unlust-Aversion und als Belohnungs-Abhängigkeit Prozesse charakterisiert werden können (vgl. a.a.O., ebd.). Diesem, auf den Konsum aktivierend wirkenden Systemgebilde, ist die "Kontrollkompetenz" (z.B. Risikowissen) als dämpfende Instanz entgegengesetzt. Dadurch lässt sich Abhängigkeit bzw. Sucht auch als ein, außer Kontrolle geratenes Belohnungssystem beschreiben. Diese Annahme ist mit den Annahmen aus der Neurobiologie des motivationalen und affektiven Systems des Menschen vergleichbar. Außerdem können zusammen mit lerntheoretischen Ansätzen neue dynamische Modelle der Suchtentwicklung entwickelt werden.

Im Hinblick auf Entzugssyndrome lässt sich feststellen, dass diese häufig ein nicht-lineares Verlaufsmuster aufweisen. Diese Annahme ist u.a. durch das Kindling, d.h. ein schrittweise sensibilisiertes Entzugssyndrom, das durch sich wiederholende Entzugsreize entsteht, beschrieben (vgl. a.a.O., S.147). Ein Alkoholdelir kann demnach entweder bei akutem Abfall des Blutalkoholspiegels (z.B. von 2,5 ‰ auf 1,5 ‰) auftreten oder aber am zweiten bzw. dritten Tag nach dem Abklingen des Alkoholpegels (vgl. a.a.O., ebd.).

Aus systemischer Sicht ist die Beschreibung der Nichtlinearität und der Polymorphie des Entzugssyndroms (bei Alkohol) durch ein so genanntes Faltenmodell aus der Katastrophentheorie möglich (vgl. Moles 1986, Kufner 1997), das auch mit einer Falte in einem Tischtuch zu vergleichen ist. Im Entwicklungsverlauf eines Delirs steigt das Erregungsniveau an der Faltenkante "sprunghaft" an und das Delir tritt ohne Zwischenschritte auf. Dabei wird hypothetisch von zwei sich gegenseitig bedingenden Faktorsystemen ausgegangen, einmal von einem "vegetativen Faktor" (z.B. Noradrenalin- und Adrenalinsystem) und zum anderen von einem "Psychose-Faktor" (z.B. das hyperaktive Dopaminsystem und das hypoaktive GABA). Wenn nun im Entzug ein hohes, durch Noradrenalin ausgelöstes vegetatives Ungleichgewicht auftritt und zusätzlich eine Entgleisung des Dopaminstoffwechsels stattfindet, kann eine sprunghafte

Veränderung in das Delirium tremens auftreten (vgl. Tretter, 1998, S.147). Durch dieses Modell lässt sich der point of no return einer Delirentwicklung recht gut beschreiben.

Der point of no return hat in der therapeutischen bzw. medizinischen Behandlung (Entgiftung) eine besondere Bedeutung, denn es gelingt heute noch keiner Therapieform, das Delirium tremens ab diesem Punkt zu stoppen bzw. rückgängig zu machen. Die einzige Interventionsmöglichkeit scheint bei einem beginnenden Delir eine hohe Zufuhr hochprozentiger Alkoholika zu sein.

Im weiteren Verlauf der systemischen Betrachtung suchtbezogener Phänomene soll als Nächstes auf das Phänomen der Impulsivität eingegangen werden. Darunter werden u.a. Phänomene bzw. so genannte "Kippphänomene" verstanden, wie z.B. Abstinenzentscheidungen, Therapieabbrüche und Rückfälle (vgl. a.a.O., S.148). Kippphänomene bedeuten in diesem Zusammenhang impulsgesteuerte Entscheidungsprozesse, die ein völlig gegensätzliches Verhaltensmuster im Vergleich zum erwarteten Verhalten (z.B. Erwartungen aus dem sozialen Umfeld) zur Folge haben. Beispielsweise wird eine Therapie (mit fester Absicht begonnen) plötzlich und für außenstehende häufig nicht nachvollziehbar abgebrochen. Auch fest vorgenommene Abstinenzentscheidungen unterliegen nicht selten diesem Phänomen der spontanen Entscheidungsänderung.

Die Impulshaftigkeit und damit auch die mangelnde Kontrolle wird als ein Haupt- bzw. Grundmerkmal des Verhaltensrepertoires eines Abhängigen angenommen. Darüber hinaus lässt sich die Impulsivität wiederum in einem Faltenmodell aus der Katastrophentheorie erläutern (vgl. Kufner 1997 und Tretter, 1998, S.148).

Der letzte Betrachtungsbereich an dieser Stelle ist die Umfelddynamik. Sie ist mit dem sozialen Teufelskreis aus dem integrativen Modell der Teufelskreise vergleichbar. Die Umfelddynamik ist in diesem Zusammenhang als suchtvorstärkendes Verhalten des sozialen Umfeldes zu charakterisieren (vgl. Tretter, 1998, S.149). Für eine Familie kann dies Folgendes bedeuten: Je mehr A trinkt, desto enger rückt B (die Familie) zusammen (sie umschließen A, wollen das Suchtproblem von A nicht nach außen drin-

gen lassen), dabei wird A hilflos gemacht. Je mehr B die Person A der Hilflosigkeit aussetzt, desto mehr trinkt A..

Das suchtvorstärkende Verhalten des sozialen Umfeldes, z.B. der Familie, der Freunde und des Wirtes in einer Bar wird auch als Coalkoholismus bezeichnet. Im vorangegangenen Beispiel könnte die Ehefrau von A die Funktion eines Coalkoholikers übernommen haben.

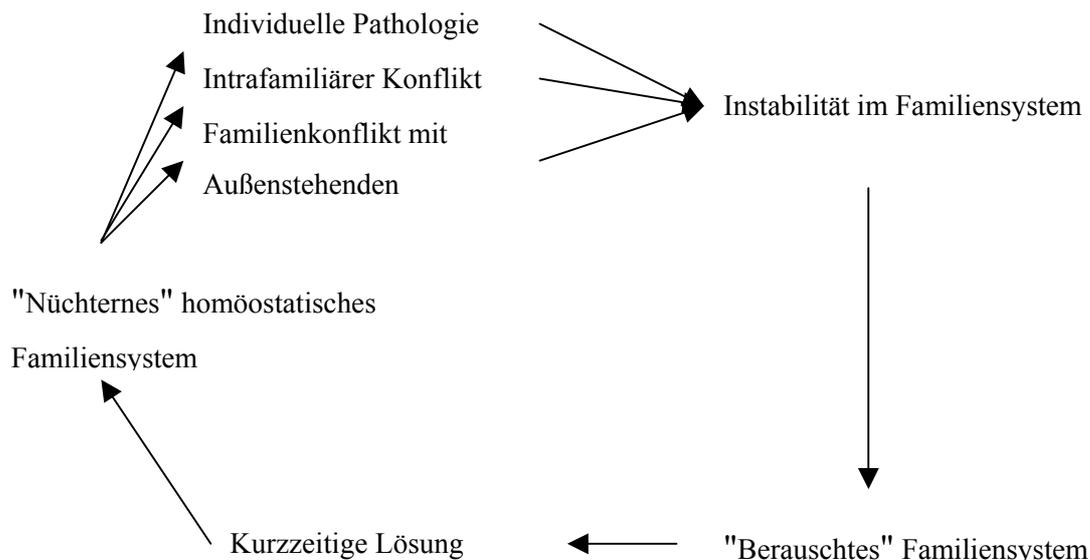
Schwächen und Kritik

Eine Schwäche systemischer Theorien im Bezug auf das Rauschphänomen ist u.a. die Schwierigkeit ein nützliches Erklärungskonzept zu erstellen. Dies dürfte zum einen daran liegen, dass die verschiedenen Aspekte des Rauschphänomens als Erstes auf einer psychologischen Ebene unter Berücksichtigung neurobiologischer Erkenntnisse untersucht werden sollten (vgl. a.a.O., S.146). Diese Erkenntnisdiskussion ist bei weitem noch nicht abgeschlossen, was auch erhebliche Mängel in der empirischen Forschung, bezüglich der Rauschphänomene belegen.

Bei der Betrachtung des süchtigen Verlangens sind weitere Schwierigkeiten auszumachen. Eine Schwierigkeit in diesem Zusammenhang ist, dass die als suchttreibenden Wirkungskreisläufe (Stimulation-Appetenz usw.) allgemein durch Tierexperimente belegt sind, dennoch können die tierexperimentell gewonnenen Ergebnisse nur zu einer hypothetischen Klärung der Suchtentwicklung beim Menschen beitragen. Ein Grund ist hier die Problematik bei der direkten Übertragung der Ergebnisse aus Tierexperimenten auf den Menschen. Das menschliche Verhaltensrepertoire ist um ein Vielfaches komplexer als das eines Tieres. Hierbei sind Aspekte wie z.B. Vernunft, das Abwägen von Vor- und Nachteilen, die sich aus dem jeweiligen Verhaltensweisen ergeben und vergleichbare Aspekte, wesentliche Unterschiede von Mensch und Tier. Systemische Ansätze können somit auch nur zum Teil zu einer befriedigenden Klärung süchtigen Verlangens beitragen.

"Ausgehend von einem 'nüchternen', homöostatischen Familiensystem kommt es durch individuelle Pathologien der Mitglieder, durch Konflikte innerhalb der Familie oder durch Familienkonflikte mit Außenstehenden zu einer Instabilität im System. Diese Instabilität kann durch Alkoholeinnahme kurzzeitig gelöst werden. Ein andauernder Ehekonflikt wegen einer sexuellen Funktionsstörung beim Abhängigen kann beispielsweise durch Alkoholkonsum zu einer kurzzeitigen Lösung führen, wenn unter Alkohol das Sexualleben problemlos funktioniert. Der Alkoholkonsum kann also als Lösungsversuch, als Stabilisator verstanden werden, der allerdings nur vorläufig bleibt und der nur aufgegeben werden kann, wenn Stabilität auf andere Weise gewonnen wird. Insgesamt zeigt sich eine sehr große Heterogenität in den Interaktionsmustern von alkoholbelasteten Familien. Die Ergebnisse werden gestützt von Wright und Heppner (1993), die ebenfalls eine große Variabilität in der Funktionsfähigkeit von alkoholbelasteten Familien feststellen." (nach Zobel, 2000, S.168)

Verstehen
Ursachen von Suchterkrankungen



"Systemisches Modell zur Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit in Familien" (Steinglass et al. 1977), in Zobel, 2000, S.168.

Ein weiterer Schwachpunkt liegt bei der systemischen Betrachtung der Entzugerscheinungen bzw. -syndrome, da im Hinblick auf das Alkoholdelir keine Gesetzmäßigkeiten zwischen dem Zusammenhang von Trinkdauer, Alkoholart, Trinkmuster und der Stärke bzw. Qualität des auftretenden Delirs oder einem anderen Entzugssyndrom empirisch ausreichend belegt werden können (vgl. Tretter, 1998, S.147). Die systemische Betrachtung wird somit erschwert, da die Annahme von Gesetzmäßigkeiten ein fundamentales Basiselement systemwissenschaftlicher Theorien ist (vgl. Tretter 1998).

In einer Gesamtbetrachtung systemischer Theorieansätze kann sie zur Klärung einzelner Prozesse und Zustände (häufig bis ins Detail) im Bezug auf die Suchtentwicklung beitragen. Es ist aber nur schwer möglich, ein vernetztes (auch mit anderen Theorien) Gesamtmodell für die Suchtentwicklung zu konstruieren. Die bestehenden Teilmodelle systemischer Erklärungsansätze sind teilweise miteinander vernetzt, aber meist auf einer solch trivialen Ebene, dass eine konkrete Zusammenschau einzelner Teilmodelle nur schwer möglich ist. Ein zentraler Schwachpunkt systemischer Theorien sind u.a. Mängel in der empirischen Forschung, die eine wissenschaftliche Belegung einer Phänomenbeschreibung (z.B. Rausch.) problematisch erscheinen lässt (vgl. a.a.O., S.154).

Daneben ist auch die mangelnde Abstimmung und Vereinbarkeit mit der empirischen Forschung ein Punkt, der zur kritischen Betrachtung systemischer Konzepte anregt. Daraus resultiert häufig ein Mangel an belegten und verwendbaren Daten für die Anwendung dieser Ansätze (vgl. a.a.O., ebd.).

Gerade in der klinischen Therapie, z.B. in der Psychotherapie, sind assoziative und regellose Elemente als Untersuchungsgegenstand von besonderer Bedeutung. Hierbei stellt sich wiederum die Frage, inwieweit die systemische Betrachtungsweise zur Interpretation psychologischer Verläufe geeignet ist.

Die Regelmäßigkeit als grundsätzliches Element systemischer Erklärungsansätze, im Hinblick auf ihre Untersuchungsmethodik und Art der Beschreibungskonzeptualisierung einzelner Prozesse und Zustände lässt sich nur schwer mit dem therapeutischen Grundgedanken der Erkennung der Individualität vereinbaren (vgl. Tretter, 1998, S.67).

3.3.6 Pädagogische Theorieansätze

Ansätze aus pädagogisch-orientierten Theorien bzw. aus der Sozialisationsforschung

In diesem Kapitel sollen v.a. Störungen der Primärsozialisation im Handlungsbereich der Familie betrachtet werden. Sozialisationsstörungen basieren auf einem fehlerhaften sozialen Lernprozess, in dem es den primären und sekundären Sozialisationsgruppen (z.B. Familie und Schule) nicht oder nur partiell gelungen ist, dem Kind bzw. Jugendlichen Normen, Werte und soziale Kompetenzen (z.B. Konfliktfähigkeit) zu vermitteln (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.3).

Nach Gottschalch (1989) lässt sich die Sozialisation folgendermaßen definieren:

"Es werden Vorgänge gekennzeichnet, die dazu führen, dass die Menschen sich mehr oder weniger dem Wert- und Normensystem der Gesellschaft, in der sie leben,

anpassen bzw. ihm angepasst werden." (Gottschalch, Wilfried, 1985, In: Asanger, Roland/Wenninger, Gerd, 1994, S.103).

Der Begriff Sozialisation umfasst neben dem Begriff der Erziehung, auch unbewusste und ungewollte Einflüsse auf den Menschen. Sozialisation endet daher nicht mit dem Erziehungsprozess im Jugendalter bzw. in der Adoleszenz, sondern Prozesse im Erwachsenenalter sind ebenso als Sozialisation zu bezeichnen. Beispielsweise sind auch Erwachsene (vergleichbar mit Jugendlichen) verschiedenen Anpassungsprozessen bei einem Berufs- bzw. Arbeitsplatzwechsel und beim Beginn neuer Lebensabschnitte (z.B. Heirat, Pensionierung) unterworfen (vgl. Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1993, Stichwort: Sozialisation, S.881).

Die Familie spielt eine wesentliche Rolle in der Primärsozialisation eines Kindes bzw. Jugendlichen. Sie kann u.a. als Ort der Vermittlung von sozialen Dispositionen, sozialen Verhaltensweisen und Einstellungen charakterisiert werden. Eine wesentliche Grundlage dieses Vermittlungsprozesses stellt das "familiäre Klima" (z.B. Erziehungsstil, Beziehungsdichte, Größe und Struktur) dar. Für das Auftreten von Sozialisationsstörungen sind nicht nur Störfaktoren per se bedeutsam, sondern das familiäre Klima, in dem Störfaktoren auftreten (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.30).

Da eine Gesamtbetrachtung der Störfaktoren im Sozialisationsprozess an dieser Stelle nicht erfolgt, sollen einige Störfaktoren, die Einfluss auf die Primärsozialisation eines Kindes bzw. Jugendlichen haben, explizit betrachtet werden. Die Primärsozialisation ist eine Phase, in der das Kind lernt, universale bzw. allgemeine Rollen (u.a. Geschlechterrollen) zu übernehmen.

Die zentrale Vermittlungsinstanz (der Sozialisationsträger) sind in dieser Phase die Eltern und die Familie (vgl. a.a.O., S.5).

Sozialschichten

Die soziale Schicht bzw. die soziale Schichtzugehörigkeit wird als ein Störfaktor der primären Sozialisation bezeichnet (vgl. a.a.O., S.31). Bei der Betrachtung der sozialen Schicht soll u.a. der Frage nachgegangen werden, ob und inwiefern die Schicht, in der Kinder und Jugendliche aufwachsen, eine ernstzunehmende Einflussgröße auf den Suchtmittelgebrauch darstellt. Die soziale Schicht beschreibt eine Bevölkerungsgruppe, deren Mitglieder bestimmte gemeinsame Merkmale aufweisen, nach denen man sie gegenüber anderen Gruppen in einer hierarchischen Sozialordnung der Gesellschaft unterscheiden kann. Jedoch gibt es keine allgemein anerkannte Definition der sozialen Schicht (vgl. a.a.O., ebd. Und Fachlexikon der sozialen Arbeit, 1993; Stichwort: Schicht; S.795). Bei einer allgemeinen Zusammenfassung der sozialen Schichten in unserer Gesellschaft können folgende Gruppen unterschieden werden: (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.33)

- Oberschicht/ obere Mittelschicht
- Mittlere/ untere Mittelschicht
- Obere Unterschicht
- Untere Unterschicht
- Untere Unterschicht/sozial Verachtete

Im Folgenden sollen die Zusammenhänge zwischen einzelnen Drogen und den sozialen Schichten hinsichtlich der Verteilungsmuster einzelner Suchtstoffe (nach dem Geschlecht unterschieden) betrachtet werden. Dadurch lassen sich verschiedene Verteilungsmuster einzelner Suchtstoffe innerhalb sozialer Schichten (Geschlechterverteilung der Konsumenten) veranschaulichen. Des Weiteren können verschiedene soziale Schichten bezüglich der Verteilung der Suchtstoffe miteinander verglichen werden (z.B. der Anteil von Heroinkonsumenten in der Arbeiterschicht verglichen mit dem Anteil in der oberen Mittelschicht).

Alkohol

Nach einer bayerischen Studie, in der die Anteile Alkohol trinkender Jugendlichen innerhalb der einzelnen Schichten (n= 100) untersucht worden sind, sind für die Unterschicht 53 %, für die untere Mittelschicht 55 %, für die Mittelschicht 51 % und für die Oberschicht 62 % der Jugendlichen als regelmäßige Alkoholkonsumenten festgehalten worden (vgl. von Soer 1980 und Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.33). Der relativ hohe Anteil jugendlicher Alkoholkonsumenten in der Oberschicht darf nicht zu voreiligen Schlüssen führen, denn die geringe Besetzung der Oberschicht (0,5 % der Gesamtbevölkerung) ist für den hohen Anteil (62 %) verantwortlich. Im Verhältnis zu den anderen Schichten sind somit kaum nennenswerte Unterschiede feststellbar. Diese Untersuchung macht deutlich, dass der Alkoholkonsum in jeder sozialen Schicht vorkommt. Des Weiteren können innerhalb dieser Studie Unterschiede im Trinkverhalten von Männern und Frauen in den jeweiligen Schichten deutlich gemacht werden (von soer, 1980, S.57):

	Gesamt	männlich	weiblich
Unterschicht			
Untere Mittel- schicht	32 %	34 %	27 %
Mittelschicht	37 %	39 %	33 %
Obere Mittel- schicht	31 %	26 %	40 %
Oberschicht			

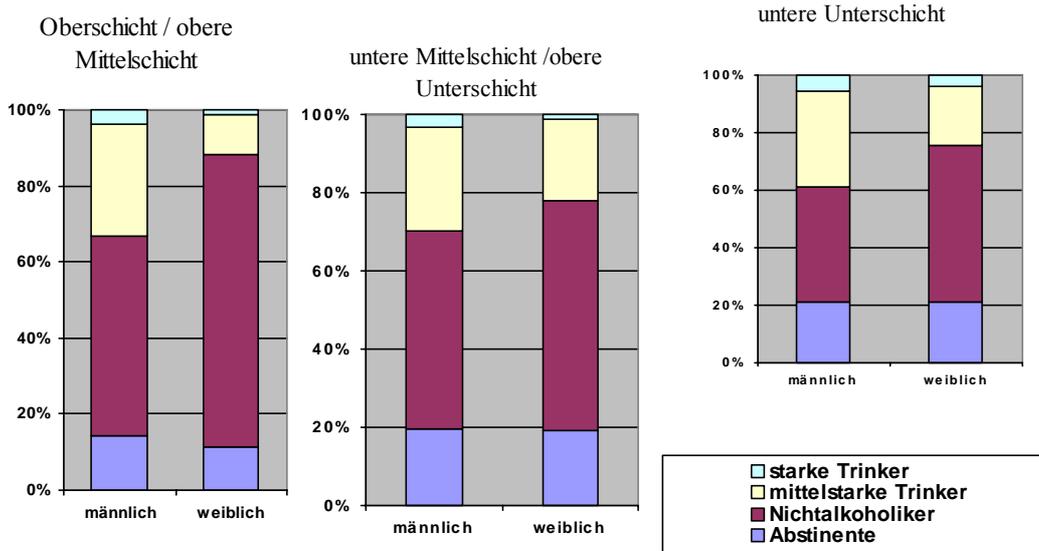
Schichtenmodell harter Alkoholtrinker, unter Aufteilung nach Geschlecht und Sozialschicht (Quelle: a.a.O., ebd.).

Aufgrund dieser Verteilung wird deutlich, dass in den oberen Sozialschichten ein signifikanter Unterschied zwischen den weiblichen (40 %) und männlichen (26 %) Alkoholkonsumenten besteht. Eine Ursache für den hohen Anteil der stark trinkenden Frauen in der Oberschicht ist beispielsweise das Gefühl des Unausgefülltseins.²⁷ Diese Frauen, die nicht gezwungen sind, zur finanziellen Absicherung der Familie beizutragen, sind somit häufig auch als Hausfrauen zu charakterisieren (wobei der Hausfrauenstatus in der Oberschicht positiv bewertet wird). Die Hausarbeit u.a. auch die Kindererziehung wird aber Hausangestellten überlassen und die Hausfrau hat außer Ehefrau zu sein keine oder nur wenig spezifische Aufgaben im Haushalt. Der Griff zur Flasche kann zum einen, aus dem Gefühl der Langeweile und zum anderen, durch eine Rollenunterforderung innerhalb der Familie (z.B. das Leben in der Mutterrolle ist nur beschränkt möglich) zur Ersatzbefriedigung werden. In der Mittelschicht und in den unteren sozialen Schichten sind männliche (39 % und 34 %) Alkoholkonsumenten häufiger vertreten als weibliche (33 % und 27 %) Konsumenten.

Im Folgenden sollen Trinkgewohnheiten der einzelnen Sozialschichten, die nach dem Geschlecht unterschieden werden, beschrieben werden. Aus der folgenden Abbildung lassen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen der einzelnen Sozialschichten ablesen. Bei den mittelstarken Trinkern sind Männer durch alle Schichten hinweg deutlich stärker vertreten als die Frauen. Ebenso lassen sich bei den Extremgruppen (Abstinente und starke Trinker) schichtspezifische Unterschiede feststellen; sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern steigt der prozentuale Anteil von der Oberschicht bis zur Unterschicht stetig an (vgl. auch Soer, 1980 und Jasinsky, 1974).

²⁷ Meinung des Autors

Verstehen Ursachen von Suchterkrankungen



Modell des Trinkverhaltens bzw. der Trinkgewohnheiten nach Jasinsky (1974), wobei in den einzelnen Schichten nach dem Geschlecht unterschieden wird (Quelle: Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.34).

Allgemein betrachtet lässt sich zusammenfassen, dass Alkoholismus an keine spezifische Schicht gebunden ist. Allerdings sind bei einem Vergleich regionaler Studien zum Trinkverhalten der Jugendlichen einige Unterschiede u.a. bei der Geschlechterverteilung der Trinker festzustellen. Beispielsweise hat die bayerische Studie eine relative Homogenität zwischen männlichen und weiblichen Trinkern aller Schichten ergeben. Im Gegensatz dazu sind in der Studie von Jasinsky erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern im Bezug auf Konsumgewohnheiten deutlich geworden.

Weiche Drogen (z.B. Haschisch) und harte Drogen (z.B. Heroin)

Die Unterscheidung zwischen weichen und harten Drogen soll aus Gründen der einfacheren Darstellung gebraucht werden. Diese Einteilung ist aber nicht so ohne weiteres logisch begründbar, denn Alkohol müsste danach ebenfalls zu den harten Drogen gehören.²⁸

Nach einer Untersuchung von Lazarus (1980) stammen ca. 60 % der männlichen Heroinkonsumenten aus der Unter- bzw. der unteren Mittelschicht, weibliche Konsumenten stammen zu 82 % aus denselben Schichten. Im Zusammenhang mit weichen Drogen sind die männlichen Konsumenten mit 11 % aus der Unter- und unteren Mittelschicht und die weiblichen Konsumenten mit 25 % vertreten. Nach dieser Untersuchung liegt der Anteil der Heroinkonsumenten beider Geschlechter in der Unter- bzw. unteren Mittelschicht deutlich höher als der Prozentsatz der Konsumenten weicher Drogen in diesen Schichten. Bei Lazarus (1980) wird davon ausgegangen, dass u.a. der Unterschichtfaktor und eine broken-home-Situation ein hohes Gefährdungspotenzial für den Konsum harter Drogen darstellt. Durch seine Untersuchungsergebnisse sieht er einen statistisch erwiesenen Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zur sozialen Unterschicht und dem Konsum harter Drogen. Wogegen Lazarus den Konsum weicher Drogen tendenziell der mittleren Oberschicht zuspricht (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.35-36).

Aus einer von Berger et.al. durchgeführten Befragung hinsichtlich des Drogenkonsums in den einzelnen Schichten ist hervorgegangen, dass von keinem eindeutigen Übergewicht hinsichtlich des Drogenkonsums in der Unterschicht ausgegangen werden kann, allerdings wird ein leichter Überhang bei den Konsumentenzahlen der Unterschicht im Vergleich zu oberen Schichten zugegeben. Berger et.al. gehen davon aus, dass sich der Konsum harter Drogen durch alle Schichten unserer Gesellschaft zieht. Aufgrund der durchgeführten Befragung können 50 % der Fixer zur Arbeiterschicht

²⁸ Meinung des Autors

gerechnet werden, die anderen 50 % stammen aus der Mittelschicht und anderen höheren Schichten (vgl. a.a.O., S.37).

Frühkindliche Störungen

Frühkindliche Störungen stellen einen weiteren Störfaktor in der Primärsozialisation eines Kindes dar (vgl. a.a.O., S.38). Dieser Störungsbereich wird aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse als Ursache süchtigen Verhaltens beschrieben. Innerhalb dieser Erklärungsansätze sind u.a. die Bereiche wie Objektbeziehungen, Urvertrauen, orale und narzisstische Bedürfnisse des Kindes Grundlage der Untersuchung und Klärung süchtigen Verhaltens (vgl. a.a.O., ebd.). Im Weiteren sollen einzelne Bereiche in diesem Zusammenhang aufgegriffen werden, wobei eine differenzierte Klärung der einzelnen Aspekte an dieser Stelle nicht vorgenommen werden kann, weshalb ein allgemeiner Überblick genügen muss.

Hinsichtlich der Objektbeziehungen und dem Urvertrauen kann nach Spitz (1957), folgender Sachverhalt zusammengefasst werden. In der Entwicklungsphase der frühen Kindheit wird der Grundstein des emotionalen und sozialen Lebens gelegt. Werden an dieser Stelle die Bedürfnisse des Kindes nicht oder kaum befriedigt, kann eine so genannte Frühverwahrlosung im Sinne einer Emotionalitätslosigkeit bzw. eine Emotionsunfähigkeit auftreten. Des Weiteren sind für die Entwicklung eines ausgeprägten Urvertrauens äußere Reize wie beispielsweise Geborgenheit und Emotionalität vonseiten der Mutter bzw. einer Pflegeperson elementare Bedingungen. Eine wesentliche Rolle spielt die konstante Eltern (Mutter)-Kind-Beziehung für die Entwicklung des Urvertrauens, wobei positive Wahrnehmungsempfindungen des Kindes gegenüber einem konstanten Objekt als Notwendigkeit angesehen werden. Bei häufigem Wechsel der Bezugspersonen können Hospitalismussymptome auftreten, wobei das Urvertrauen in ein so genanntes Urmisstrauen umgewandelt wird (vgl. Lindner/ Reiners-Kröncke, 1993, S.39-40).

Im Bezug auf orale und narzisstische Bedürfnisse des Kindes können folgende Punkte zusammengefasst werden. Die orale Bedürfnisbefriedigung wird als Lust und Unlust Regulation betrachtet. Diese Regulationsaufgabe übernimmt die Bezugsperson (i.d.R. die Mutter), die durch Wärme- bzw. Emotionalitätszufuhr, Körperpflege und Ernährung (in dieser Entwicklungsphase wird das Kind i.d.R. gestillt) das Lust- bzw. Unlust-erleben des Kindes grundlegend beeinflusst.

Der Mundbereich spielt bei der oralen Bedürfnisbefriedigung (z.B. Nahrungsaufnahme, Zuwendung) eine zentrale Rolle und wird auch als Lustzone bezeichnet. In dieser Entwicklungsphase kann im Falle einer Störung eine orale Objektfixierung stattfinden (beispielsweise die Fixierung eines Erwachsenen auf eine "Flasche" als oraler Lustspender).

Narzisstische Bedürfnisse werden u.a. in der Narzissmustheorie nach Kohut (1973), durch einen innerpsychischen Mechanismus beschrieben. Das Kind reduziert die Unlustgefühle (z.B. durch die Nichtbefriedigung oraler Bedürfnisse), indem es zu Idealisierungen und Größenfantasien neigt. Die Bezugsperson (i.d.R. die Mutter) lenkt das narzisstische Größen-Selbst entweder in ein realistisches Selbstbild, oder aber sie fördert die Entwicklung eines narzisstischen Größen-Selbst durch eine erhöhte Unaufmerksamkeit gegenüber dem Kind (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.40f). Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass diese Kinder später mit einer geringen Frustrationstoleranz zu kämpfen haben.²⁹

Im Zusammenhang mit einer Suchtentwicklung unterscheidet die Psychoanalyse zwei grundsätzliche Faktoren: (1) die eigentliche frühkindliche Störung, d.h. die Regression auf orale Bedürfnisse und (2) die narzisstische Störung, d.h. eine Regression auf narzisstische Bedürfnisse der frühen Kindheit (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.41). Der Drogenkonsum hat für Jugendliche bzw. Erwachsene im Bezug auf die frühkindliche Störung die Funktion eines nicht frustrierenden, zuverlässigen Objektes, das die unzureichende elterliche "Zuwendung" in der Kindheit ersetzen soll. Im Zu-

²⁹ Meinung des Autors

sammenhang mit einer narzisstischen Störung, die nach der Narzissmustheorie (Kohut 1973) durch sich wiederholende Frustrationen auftritt, soll das falsch etablierte Größen-Ich durch den Drogenkonsum aufgelöst werden. Durch den Rausch wird versucht, an das "wahre Ich" der eigenen Person zu gelangen (vgl. a.a.O., S.43-44).

Erziehungsstile und Erziehungsverhalten

Erziehung und damit auch die Zusammensetzung der Familienstruktur sind in der Primärsozialisation als zentrale Einflussfaktoren zu bezeichnen, wobei der Erziehungsstil bzw. das –verhalten dabei eine wesentliche Rolle spielt (vgl. a.a.O., S.44). Der Erziehungsfaktor fördert oder hemmt die Entwicklung eines Kindes bzw. Jugendlichen, auf dieser Basis (Förderung und Hemmung) findet nun u.a. das Erlernen von Autonomie im gesamten Erziehungsprozess statt. Ein "positiver" Erziehungsstil kann nach Liptow (1975) wie folgt zusammengefasst werden.

"Eine Autonomie des Kindes als Erwachsener ist weitgehend von dem Erziehverhalten der Eltern abhängig. Lernfähigkeit, Leistungsorientierung, Initiative, Intelligenz, Autonomie oder Liebesfähigkeit hängen in großem Maße von der Stabilität und Konsistenz der frühkindlichen Umwelt ab." (Lindner/Reiners-Kröncke, 1993; a.a.O., S.45), (vgl. Reiners/Köppl, 1987 und Liptow, 1975).

Als Grundvoraussetzung eines ausgeprägten Urvertrauens und eines gleichermaßen entwickelten Selbstvertrauens wird eine beidseitig und affektive Eltern-Kind-Beziehung angenommen. Aber nicht nur Emotionalität sind für diese Entwicklung notwendig, sondern auch eine hohes Maß an Frustrationstoleranz, die durch die richtige Dosierung von Frustrationen der Eltern entwickelt werden kann (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, ebd.).

Im Weiteren sollen Erziehungsstile und Verhaltensformen der Eltern beschrieben werden, die einen späteren Drogenmissbrauch fördern bzw. begünstigen können. Diese werden in der Fachliteratur als einseitige Erziehungsstile beschrieben, dazu zählt der beschützende, verwöhnende, der autoritär-repressive Erziehungsstil und das inkonsequente Erziehverhalten (vgl. a.a.O., ebd.).

Beschützer, verwöhnender Erziehungsstil

Kinder und Jugendliche, die in einer überbehüteten bzw. in einem überfürsorglichen Familienkontext aufwachsen, neigen häufig in ihren Verhaltensweisen und Handlungen dazu, den Weg des geringsten Widerstandes zu gehen. Kinder und Jugendliche können durch die mangelnde Auseinandersetzung mit den Eltern beispielsweise keine Verzichtleistungen, Entbehrungsleistungen erlernen (vgl. a.a.O., S.46). Dieser Mangel impliziert die Unfähigkeit beispielsweise Entbehrungen in negativ bzw. unlustbetonten Situationen auszuhalten und mit einem gewissen Maß an Selbstbeherrschung der Situation entgegenzutreten. Des Weiteren hemmt diese Art des Erziehungsverhaltens die Entwicklung von Selbstständigkeit (Autonomie) und der Frustrationstoleranz.

"Die Kinder erleben eine verwöhnte Realität, die mit der Realität der Umwelt und des Alltags wenig gemein hat." (Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, a.a.O., ebd.).

Diese reale Umwelt ist für den Jugendlichen häufig ein Ort der Unsicherheit und Frustrationen auslöst. Daher sucht der Jugendliche den schützenden Ort der Familie, der ihm aber durch das Autonomiebestreben seinerseits und durch den Ablöseprozess der Familie (Eltern) verwehrt bleibt. Der Suchtmittelkonsum kann in dieser Situation zur Ersatzbefriedigung werden, der Jugendliche flüchtet aus der realen Umwelt in die Rauschwelt, um subjektiv einen Ausweg aus der Unsicherheit und Frustration zu finden.

Nach Stoesberg (1984) wird der verwöhnende Erziehungsstil v.a. durch eine überfürsorgliche, stark präsente Mutter im Erziehungsprozess verursacht, wodurch beispielsweise Autonomiebestrebungen und damit auch der Wechsel vom Jugendalter bzw. der Adoleszenz in das Erwachsenenleben gehemmt und behindert werden (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, ebd.).

Autoritär- repressiver Erziehungsstil

Dies ist ein Erziehungsstil, der durch übertriebene Strenge, häufiger Verbote, "Liebesentzug" oder körperliche Strafen den Jugendlichen in seiner persönlichen Entfaltung (Autonomie, Selbstbewusstsein usw.) stark beeinträchtigt (vgl. a.a.O., S.47). Das Kind bzw. der Jugendliche bekommt keine Möglichkeit, aufgrund des elterlichen Erziehungsverhaltens Selbstständigkeit und eigenverantwortliches Handeln zu erlernen.

Im Erziehungsverhalten der Eltern können u.a. zwei Eckpunkte, zwischen denen der Erziehungsprozess hin und her pendelt, herausgearbeitet werden, zum einen die genaue Kontrolle des Kindes bzw. des Jugendlichen und zum anderen die Erteilung von Vorschriften. Innerhalb der familiären Struktur weisen solche Familien meist einen überautoritären Vater und eine passive Mutter (wenig Zuwendung und Unterstützung) hinsichtlich des Erziehungsprozesses auf. Der Suchtmittelkonsum des Jugendlichen kann in diesem Zusammenhang wiederum als Ausgleich bzw. Ersatzbefriedigung für die unbefriedigten Bedürfnisse in der Kindheit (wie Zuwendung, die Entwicklung des Selbstbewusstseins, das Autonomiestreben usw.) bezeichnet werden (vgl. a.a.O., ebd.).

Inkonsequentes Erziehverhalten

Ein inkonsequentes Erziehverhalten der Bezugspersonen (z.B. Eltern) im Erziehungsprozess ist einmal als Schwanken der Verhaltensweisen gegenüber den Kindern bzw. Jugendlichen zu bezeichnen und zum anderen wird die Inkonsequenz durch ein sich widersprechendes Erziehverhalten der Bezugspersonen deutlich, d.h. die Eltern vertreten verschiedene Einstellungen bzw. Haltungen innerhalb des Vermittlungsprozesses von sozialen Normen und Werten. Somit ist keine einheitliche Linie in der Erziehung erkennbar (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.48). Auf dieses sich widersprechende Erziehverhalten der Eltern reagiert das Kind häufig mit Unsicherheit und Verwirrung. Die Folge ist u.a. eine zunehmende Orientierungslosigkeit des Jugendlichen im Bezug auf soziale Verhaltensformen und in der Entwicklung von Autonomie und Selbstverantwortung (vgl. a.a.O., S.48). Eine weitere Annahme besteht in diesem Zusammenhang darin, dass die daraus entstehenden Erziehungssituationen meist mit Frustrationen des Jugendlichen einhergehen. Außerdem kann angenommen werden, dass aufgrund der Inkonsequenz im elterlichen Erziehverhalten Situationen entste-

hen, die häufig mit einer hohen Frustrierung des Kindes bzw. Jugendlichen einhergehen. Aufgrund in diesem Zusammenhang entstehender Hilflosigkeit und Schwäche im Jugendalter bzw. in der Adoleszenz versucht der Mensch u.a. mittels Drogenkonsum eine Ersatzbefriedigung für die nicht erfüllten Bedürfnisse wie Zuneigung und Autonomieentwicklung zu erreichen, um einen scheinbaren Ausweg aus der Frustration zu finden (vgl. a.a.O., ebd.).

"... Die aus den Berichten der Drogen konsumierenden Jugendlichen häufig ablesbare Verbindung von väterlicher Dominanz und mütterlicher Überbehütung setze Bedingungen für frühe, ungünstige Lernerfahrungen. Konsequenz davon sei, dass das Kind keine hinreichenden Techniken zur Bewältigung der mit den Verhaltensänderungen des Heranwachsens notwendig verbundenen Frustrationen imitieren könne." (Feser, H.; 1978; In: a.a.O., S.49).

Hinsichtlich des inkonsequenten Erziehungsverhaltens steht fest, dass die Wahrscheinlichkeit späteren Suchtmittelgebrauchs und Suchtverhaltens bei Jugendlichen begünstigt wird (vgl. a.a.O.; ebd.). Aus einer zusammenfassenden Untersuchung der Erziehungsstile nach Lask (1974) sind Alkoholiker mehrheitlich mit folgenden Erziehungsverhaltensweisen in ihren Familien konfrontiert worden: (vgl. a.a.O., S.50)

- 1) Vater und Mutter waren hart und streng (autoritäre, repressive Erziehungsstil)
- 2) Vater und Mutter waren nachgiebig und verwöhnend (verwöhnend, beschützenszierender Erziehungsstil)
- 3) In den meisten Fällen sind Alkoholiker jedoch mit frustrierenden Vätern (z.B. streng, unnachgiebig) und verwöhnenden Müttern aufgewachsen (vgl. inkonsequentes Erziehverhalten)

Bei Feser (1978), der einen Zusammenhang zwischen negativem Erziehungsverhalten und dem Suchtmittelgebrauch Jugendlicher sieht, sind folgende Punkte vorprägende und ungünstige Faktoren, die süchtiges Verhalten fördern können: (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.51)

- 1) gegensätzliches Erziehverhalten fördert die Entwicklung süchtigen Verhaltens

- 2) dauerhaft autoritäres-repressives Erziehungsverhalten fördert süchtiges Verhalten in der Adoleszenz
- 3) dauerhaft fürsorgliches Verhalten und emotionale Zuwendung fördern wiederum den Suchtmittelgebrauch

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein beschützender, verwöhnender Erziehungsstil ein autoritär-repressives Erziehungsverhalten und eine inkonsequente Haltung im Verhalten der Eltern in der Kindheit einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung süchtigen Verhalten hat und eine Suchtentwicklung begünstigt.

Broken-home-Situation

Eine broken-home-Situation, die sich vereinfacht als Unvollständigkeit und Zerrüttung der Familie darstellen lässt, ist ein weiterer Störfaktor in der primären Sozialisation eines Kindes (vgl. a.a.O., S.52). In diesem Bereich sollen u.a. Störungen in der Struktur der Familie und Störungen der Beziehungsqualität der Familie untersucht werden. Eine Störung der Familienstruktur ist häufig durch den Wegfall bzw. Ausfall eines Elternteils oder beider Elternteile durch Tod, Trennung und Scheidung gegeben.

Somit entstehen Störungen in der familiären Beziehungsstruktur, die z.B. eine Einschränkung der Vater- und Mutterrolle zur Folge hat, wobei diese Einschränkung u.a. mit einem Verlust der ursprünglichen rollenspezifischen Beziehungsqualität einhergehen kann. Eine stabile Rollen- und Vorbildvermittlung der Eltern gegenüber den Kindern bzw. Jugendlichen ist somit nicht oder nur zum Teil möglich (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.53).

Des Weiteren wird angenommen, dass Störungen in der familiären Beziehungsstruktur hemmend auf die Entwicklung einer Vertrauensbasis und Emotionalität bzw. Affektivität in der Eltern-Kind-Beziehung wirken und einen negativen Einfluss auf die Familienkohäsion ausüben. Die Folgen werden u.a. in einem mangelnden Zugehörigkeitsgefühl der Kinder bzw. Jugendlichen gegenüber der Familie und einem mangelhaft ausgebildeten affektiven Klima innerhalb der Familie sichtbar. Das Gefühl der Zuge-

hörigkeit und ein affektives Klima sind für den Jugendlichen u.a. zentrale Aspekte innerhalb einer stabilen Selbständigkeitsentwicklung (vgl. a.a.O., ebd.).

Nach Keup (1972) sind Kinder, die unter vaterlosen Umständen aufwachsen, besonders anfällig für den späteren Suchtmittelabusus. Nach einer Befragung von 126 Drogenabhängigen war bei ca. einem Drittel der Vater verstorben und bei einem anderen Drittel die Eltern getrennt oder geschieden worden. Des Weiteren waren zum Zeitpunkt der Befragung 22 % der Väter Alkoholiker, 4 % spielsüchtig, 3 % der Väter kriminell, 10 % waren unerreichbar und 7 % der Väter wurden als geisteskrank eingestuft. Nach Keup (1972) und Wöbcke (1975) kann aufgrund dieser Befragung festgestellt werden, dass 67,3 % der Abhängigen eine broken-home-Situation als Sozialisationshintergrund aufweisen (vgl. a.a.O., S.55f).

Nach einer Untersuchung von Lazarus (1980) ist festzustellen, dass etwa 56 % der Fixer und ca. 46 % der Fixerinnen (Heroinkonsumenten) aus broken-home-Familien stammen.

Bei den Konsumenten weicher Drogen (z.B. Haschisch) sind 18 % der Männer und 25% der Frauen in broken-home-Familien aufgewachsen. Außerdem ist der Anteil von Jugendlichen in vergleichbaren Familien unter Heroinsüchtigen dreimal so hoch als bei Konsumenten weicher Drogen. Danach ergibt sich für Lazarus (1980) ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der broken-home-Situation und dem Konsum von Drogen bzw. einem Suchtmittelabusus bei Jugendlichen (vgl. a.a.O., S.56).

Innerhalb der Betrachtung des Störfaktors broken-home- Situation wird deutlich, dass der Drogenkonsum gefördert werden kann. Dabei sind jedoch zum einen die emotionale bzw. affektive Situation innerhalb der Familie und zum anderen die Belastbarkeit der Beziehungsstrukturen bezüglich der Aufarbeitung von Sozialisationsstörungen und -defiziten als entscheidende Bedingungen anzusehen, die hemmend bzw. fördernd auf eine Suchtentwicklung wirken.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der Bereiche soziale Schicht, Erziehungsstile und broken-home-Situation scheinen für die Genese des Suchtverhaltens die Aspekte Zugehörigkeit zu einer broken-home-Familie und Zugehörigkeit zu unteren So-

zialschichten (da möglicherweise diesen Menschen weniger Strategien zur Bewältigung sozialisatorischer Defizite zur Verfügung stehen) zentrale und bedingende Faktoren im Bezug auf die Förderung suchtspezifischer Verhaltensweisen zu sein (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.56).

Familienditionen

Der Faktor Familienditionen soll die Betrachtung der Sozialisationsstörungen an dieser Stelle abschließen. Dies bedeutet nicht, dass hier die Liste der Störfaktoren in der (Primär-) Sozialisation vollständig in dieser Arbeit behandelt wurde. Die Familiendition, bestehend aus elterlichen Verhaltensweisen und Einstellungen, wird zum Modell für Kinder bzw. Jugendliche im Vermittlungsprozess sozialer Normen und Werte. Kinder und Jugendliche übernehmen bzw. lernen in diesem Zusammenhang neben sozialen Kompetenzen (z.B. Konfliktbewältigungsstrategien) auch suchtähnliche Verhaltensweisen der Eltern, wie beispielsweise den alltäglichen Umgang mit Suchtmitteln (Sichtwort: Selbstmedikation), (vgl. a.a.O., S.63). Gerade im Bereich der legalen Drogen bzw. Genussmitteln (Alkohol, Nikotin, Medikamente) ist die Familie ein primäres Vermittlungsorgan bezüglich spezifischer Umgangsformen und Verhaltensweisen, somit liegt auch das Normenverständnis (z.B. die Devianztoleranz) der Kinder und Jugendlichen unter dem Einfluss der Eltern (vgl. a.a.O., S.64f).

Eine differenzierte Analyse der Familiendition impliziert eine detaillierte Aufschlüsselung einzelner Faktoren: (1) die Bedeutung der gesellschaftlich-institutionalisierten Trinknormen, (2) der Familienkontext (z.B. das affektive Klima in der Familie), (3) die Verfügbarkeit von Suchtmitteln im Elternhaus (Beispiel: Selbstmedikation), (4) das Vorhandensein eines Vorbildes bzw. eines relevanten Modells (vgl. a.a.O., S.64).

Dem Alkoholkonsum wird beispielsweise in der BRD eine zentrale soziale Ventilfunktion zugeschrieben, die in gesellschaftlich-institutionalisierten (Trink-) Normen zum Ausdruck kommt. Dem Tabakkonsum und der vermehrten Selbstmedikation (z.B. Medikamente und Tabletten) wird in diesem Sinne eine ähnlich soziale Funktion zuge-

schrieben. Der Konsum legaler Drogen (Alkohol, Nikotin und Medikamente) stellt in unserer Gesellschaft damit ein Ventil dar, welches z.B. soziale Beschwerden bzw. Probleme, Ängste, Spannungen reduzieren soll. Ein weiterer Punkt hinsichtlich der fest integrierten gesellschaftlich-institutionalisierten (Trink-) Normen ist, dass ein übermäßiger Rauschmittelkonsum innerhalb einer weit gefassten Toleranzgrenze sozial gebilligt bzw. gestattet wird (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.64). Hierbei muss u.a. festgehalten werden, dass der Konsum von Alkohol in unserem gesellschaftlichen Bewertungs- und Normensystem generell als Reduktionsmittel in stress- und spannungsreiche Situationen einen hohen Stellenwert genießt und häufig als solches von der sozialen Umwelt vorgeschlagen wird.

Des Weiteren müssen konsumstabilisierende Maßnahmen im Zusammenhang mit den institutionellen (Konsum-)Normen unserer Gesellschaft erwähnt werden, dazu zählen u.a. Werbung für Alkohol und Zigaretten. Ziel jeglicher Werbung ist, den Menschen zum Konsum zu erziehen, wobei in der Suchtmittelwerbung i.d.R. keine Neukonsumenten herangezogen werden, sondern bei den bestehenden Konsumenten alte Konsumverhaltensweisen stabilisiert werden sollen.

Familienkontext

Eine zentrale Bedingung für die Übernahme von Verhaltensweisen und Umgangsformen der Eltern ist das familiäre Klima. Der Familienkontext entsteht u.a. durch den jeweiligen Erziehungsstil, die Dichte der Kommunikationsstrukturen, die Beziehungsdichte innerhalb der Familie und der Umgang mit Suchtmitteln im Alltag. Der familiäre Kontext bildet somit eine Ausgangsbasis für das Lernen am Modell der Kinder und Jugendlichen (vgl. a.a.O., S.65). Innerhalb des Familienkontextes spielt weniger das Auftreten der klassischen broken-home- Situation (personeller Verlust eines Elternteils durch Scheidung oder Tod) eine Rolle, sondern der familiäre Sachverhalt, denn auch in einer vollständigen Familie (z.B. Eltern und Kind) ist eine Zerrüttung der Beziehungsstrukturen möglich. Daneben kann sich in einer klassischen broken-home-Familie ebenso ein familiäres Klima entwickeln, das einen positiven Einfluss auf das Modellverhalten des Kindes bzw. des Jugendlichen ausübt.

Die Verfügbarkeit von Rauschmitteln im Elternhaus

Die Verfügbarkeit legaler Alltagsdrogen in unserer Gesellschaft, u.a. im Elternhaus, und die leichte Beschaffung verschiedener Suchtstoffe (rezeptfreie Medikamente in Apotheken) ist ein wichtiger Faktor für die Suchtgenese. In diesem Zusammenhang spielt auch das zunehmende Taschengeld der Kinder bzw. Jugendlichen eine wesentliche Rolle, denn Zigaretten und Alkoholika sind somit für viele Jugendliche leicht zu finanzieren. Ein Grund für hohe Taschengeldebträge ist nach Meinung des Autors u.a. die zunehmende Doppelbeschäftigung der Eltern. Der daraus entstehende Zeitmangel für die Betreuung und Beschäftigung mit den Kindern wird durch ein großzügiges Taschengeld ersetzt. Das Taschengeld ersetzt somit die elterliche Zuwendung und Betreuung.

Ein weiterer Punkt in diesem Kontext ist der (so!) sorglose Umgang mit Medikamenten im Elternhaus. Durch die immer besser ausgestatteten Hausapotheken und das große rezeptfreie Medikamentenangebot der Apotheken wird die Selbstmedikation gefördert, denn zeitraubende Arztbesuche entfallen. Aber nicht nur Arzneimittel sind im Elternhaus zahlreich vorhanden und meist leicht zugänglich, sondern auch die elterliche Hausbar und der Biervorrat des Vaters sind in vielen Familien keiner besonderen Kontrollmaßnahme unterstellt. Eine Hausbar wird in den seltensten Fällen so abgeschlossen (vorausgesetzt sie ist abschließbar), dass Kinder bzw. Jugendliche keinen Zugang erhalten (häufig steckt der Schlüssel am Vitrinenschrank). Des Weiteren sind Bier- und Weinvorräte häufig in unmittelbarer Nähe zu antialkoholischen Getränken gelagert (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.65).

Das Lernen am Modell bzw. das Vorhandensein relevanter Modelle

Anhand dieser Beobachtungen können neue Verhaltensformen erlernt bzw. schon vorhandene Verhaltensweisen neu modifiziert werden. Dabei sind Eltern und Geschwister primäre Modelle im Bezug auf das Modelllernen, somit können diese auch als drogenspezifische Vorbilder bezeichnet werden (vgl. a.a.O., S.66). In diesem Zusammenhang

hält Stosberg (1984) die zentrale Rolle der Eltern als Vorbild bzw. Modell für erwiesen:

"Weil dem Verhalten der Eltern und älteren Geschwister Modellcharakter zukommt, sind die Trinksitten, die der Heranwachsende in seiner Herkunftsfamilie kennen lernt, für sein Verhalten von besonderer Bedeutung. Dem widerspricht nicht, dass für Erwachsene und Jugendliche durchaus unterschiedliche Trinknormen gelten, d.h. für den Jugendlichen solche, die diesen den Alkoholgenuss in aller Regel verbieten und nur in Ausnahmen gestatten. Aber je häufiger und ausgiebiger im Elternhaus Alkohol getrunken wird, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit für die Kinder, später auch selbst starke Alkoholkonsumenten zu werden, weil sie dann die Trinknormen ihrer Eltern für sich übernehmen und sich so verhalten, wie ihre Eltern es ihnen vorgelebt haben." (Stosberg, K.; 1984; In: a.a.O., ebd.).

Nach einer Studie von Wieser (1973), die sich mit Einstellungen und Verhaltensweisen im Elternhaus unter Berücksichtigung der Trinkstile von Jugendlichen beschäftigt, sind folgende Ergebnisse festzuhalten. Die Familie spielt eine zentrale Rolle bei der Vermittlung bestehender Trinksitten, allerdings ist hierbei das praktische Modell der Eltern bedeutender als elterliche Einstellungen zum Trinken per se (vgl. a.a.O., S.67).

In einer schleswig-holsteinischen Studie (nach Fahrenkrug et.al. 1977, vgl. auch v. Soer 1980) wurde u.a. untersucht, ob der Alkoholkonsum von Jugendlichen stärker vom Trinkverhalten des Vaters oder der Mutter beeinflusst wird. Danach stammen Jugendliche, die regelmäßig Alkohol konsumieren, zu 21 % aus Familien, in denen der Vater regelmäßig Alkohol trinkt, wogegen 7 % der konsumierenden Jugendlichen aus Familien stammen, in denen der Vater abstinent lebt. In Familien, in denen ein regelmäßiger Alkoholkonsum von Müttern vorherrscht, konsumieren 20 % der Jugendlichen regelmäßig Alkohol. Dagegen sind 10 % regelmäßig konsumierende Jugendliche in Familien feststellbar, in denen die Mütter abstinent leben (vgl. a.a.O., ebd.).

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse im Bezug auf abstinente Jugendliche lässt sich ebenso der Einfluss des Elternmodells aufzeigen. Danach stammen 9 % der abstinen-

ten Jugendlichen aus Familien, deren Väter regelmäßig konsumieren, wobei 20 % der abstinenten Jugendlichen die Abstinenz vom Vater übernommen haben. Diese Tendenz lässt sich auch hinsichtlich des mütterlichen Konsumverhaltens feststellen; 11% der abstinenten Jugendlichen stammen aus Familien, in denen Mütter regelmäßig Alkohol konsumieren, wohingegen 15 % der abstinenten Jugendlichen den abstinenten Müttern gegenüberstehen (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.67).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das elterliche Konsumverhalten wesentlichen Einfluss auf das Verhalten der Kinder bzw. Jugendlichen hat. Somit kann eine Familientradition im Bezug auf die Übernahme von Konsum- und Genussverhaltensweisen der Eltern angenommen werden.

Zobel gibt Folgendes an: "...Der erhöhte Alkoholkonsum der Personen mit trinkenden Eltern wäre damit auf einen simplen Nachahmungseffekt zurückzuführen. ... Der Alkoholkonsum von Jugendlichen sei daher in erster Linie durch die Imitation des Trinkverhaltens der Eltern zu erklären. ... Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Jugendliche das Trinkverhalten der Eltern im Wesentlichen übernehmen ..." (Zobel, 2000, S.163, S.165).

Schwächen und Kritik - abschließende Betrachtung

Die Einflüsse des sozialen Nahraums auf das Suchtverhalten sind sehr vielschichtig, gerade die Störungen in der Primärsozialisation können aus diesem Grund als multifaktorielles Einflussystem auf die Suchtgenese betrachtet werden (vgl. a.a.O., S.70). Eine Schwäche dieser Ansätze ist u.a. die undifferenzierte Klärung der Folgen sozialisationsbedingter Störungen. Die Annahme, dass durch Störungen des Sozialisationsprozesses abweichende Verhaltensformen entstehen, scheint in großem Maße empirisch gesichert zu sein, ob aber explizit eine Suchtentwicklung oder eine kriminelle Entwicklung beim Jugendlichen stattfindet, kann nicht ausreichend geklärt werden.

Die verschiedenen Einzelergebnisse, die sich aus der Betrachtung von Störfaktoren (z.B. aus der sozialen Schicht, broken-home-Situation) ergeben haben, sind wichtige Hinweise im Hinblick auf eine Suchtgenese, aber nur in ihrer Gesamtbetrachtung tragen sie zu einer näheren Klärung der verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten des Jugendlichen bei. Beispielsweise gibt es eine Vielzahl von Familien, in denen Vater bzw. Mutter nicht mehr zugegen ist (durch Tod oder Scheidung), wodurch allerdings nicht notwendigerweise abweichende (Sucht-)Verhaltensformen auftreten müssen (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.53).

Allein aus dem Blickwinkel pädagogischer Ansätze ist es nicht möglich, ein umfassendes Bild bezüglich der Ursachen einer Suchtentwicklung zu erstellen. Allerdings sind die Erkenntnisse durch eine solche Betrachtung zentrale Hintergrundfaktoren der Persönlichkeit, die in verschiedenen Erklärungskonzepten mitberücksichtigt werden. Beispielsweise bilden sozialisationsbedingte Faktoren, im sozialpsychologischen Modell der Suchtentwicklung nach Jessor und Jessor (1983) soziale Hintergrundvariablen der Person. Ein weiteres Erklärungskonzept, welches sozialisationsbedingte Aspekte aufgreift, ist das Drogen-Dreieck, das nachfolgend beschrieben wird.

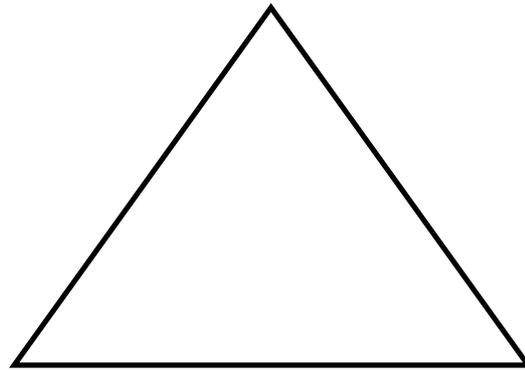
3.3.7 Das Drogen-Dreieck

Der Ansatz des Drogen-Dreiecks

Die Grundlage des Drogen-Dreiecks bildet ein multidimensionales Erklärungsmodell, das medizinisch-somatische, psychologische und soziologische Faktoren der Abhängigkeitsentwicklung in einem Erklärungskonzept vereinigt (vgl. Feuerlein, 1998, S.16). Dieses Erklärungsmodell lässt sich in drei große Bereiche, (1) die Droge, (2) die Person und (3) die Umwelt unterteilen, die in einem Dreiecksmodell grafisch darstellbar sind.

Verstehen
Ursachen von Suchterkrankungen

Droge



**Persönlichkeit/
Individuum**

Umwelt/Gesellschaft

(physiologische und psychologische Faktoren)

Abb. 9:

Das *Drogen-Dreieck*, ein Erklärungsmodell für die Entstehung einer Abhängigkeits- bzw. Suchtentwicklung im stofflichen und nicht-stofflichen Bereich (Feuerlein, 1998, S.16).

- Drogen

Der Bereich der Drogen umfasst die spezifische Rauschwirkung und das jeweilige Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitspotenzial des jeweiligen Suchtstoffes.

Daneben werden weitere Faktoren wie Gefährlichkeit, Verträglichkeit, Art des Konsums (Applikation), Dosis, Griffnähe und Toleranzentwicklung (Tachyphylaxie) des jeweiligen Suchtstoffes in die Betrachtung mit einbezogen.

- Persönlichkeit/Individuum

In diesem Kontext sind spezifische Eigenschaften der konsumierenden Person im Mittelpunkt des Klärungsinteresses. Nach Lindner und Reiners-Kröncke (1993) sind u.a. Faktoren wie Heredität, Prämorbidität, Eingebundensein in einen sozialen Kontext (Familie, Freunde usw.), akute Stresssituationen, Erwartungshaltungen, (z.B. Frustrationstoleranz), und Erziehungsstile wesentliche Einflussfaktoren im Bezug auf eine Suchtentwicklung bzw. Abhängigkeitsentwicklung (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.12).

- Umwelt/ Gesellschaft

Dieser Bereich erstreckt sich von soziokulturellen und sozioökonomischen Einflüssen im sozialen Umfeld bis zu spezifischen Faktoren im sozialen Nahraum der Familie. Beispielsweise können strukturelle Bedingungen in der Gesellschaft, familiäre Situationen, Religionseinflüsse, Einstellungen zu Drogen, Verbreitung der Suchtstoffe, Einflüsse durch Werbung und Konsumformen als zentrale Einflussfaktoren im Hinblick einer Suchtentwicklung angenommen werden (vgl. a.a.O., ebd.).

Im Weiteren soll der Ansatz des Drogen-Dreiecks, d.h. das Bedingungsgefüge der Abhängigkeitsentwicklung unter Berücksichtigung der einzelnen Bereiche verdeutlicht werden.

Droge

Nach Way und Herz (1975) ist das Abhängigkeitspotenzial des Suchtstoffes durch folgende Faktoren bestimmt: (vgl. Feuerlein, 1998, S.17-18).

(1) die unmittelbare psychotrope Wirkung des Suchtstoffes:

Dabei ist u.a. die Entwicklung der psychischen Abhängigkeit und die Beeinflussung der Stimmungslage und Wahrnehmung der Person zu nennen.

(2) die Entwicklung physischer Abhängigkeit:

Dieser Punkt beinhaltet das Auftreten von Entzugserscheinungen und die Toleranzentwicklung der Person gegenüber dem Suchtstoff.

Entzugserscheinungen und Toleranzentwicklungen sind Phänomene, die durch das komplexe Zusammenspiel neuronaler und hormoneller Systeme mitverursacht werden. Beispielsweise sind Catecholamine, Serotonin, Acetylcholin, Glutamat, Dopamin und GABA als zentrale Neurotransmitter bei der Entwicklung der Alkoholtoleranz und alkoholspezifischen Entzugserscheinungen mitbeteiligt (vgl. a.a.O., S.18).

Nach Feuerlein (1998) liegt eine Toleranzsteigerung vor, wenn

"... eine erhöhte Drogenmenge erforderlich ist, um den gleichen spezifischen (früheren) Wirkungsgrad zu erreichen, oder wenn die entsprechende gleiche Drogenmenge einen geringeren Effekt bewirkt." (Feuerlein, 1998; a.a.O., ebd.).

Die Phänomene Toleranzsteigerung und physische Abhängigkeit sind, obwohl sie häufig zusammen auftreten, nicht identisch.

Hinsichtlich der Toleranzsteigerung, die durch verschiedene physiologische Abläufe entsteht, können zwei Hauptformen unterschieden werden. Eine Form ist die dispositionelle Toleranz, dabei ändern sich beispielsweise die Suchtstoffadsorption, die Suchtstoffverteilung im Körper und die Ausscheidung der Abbauprodukte aus dem Körper, insbesondere durch eine Verlängerung der Metabolisierung. Die metabolische Toleranz, die durch eine Erhöhung des stündlichen Alkoholabbaus entsteht, führt zu einer Verlängerung der Rauschsymptome bei einer definierten Dosis Alkohol. Dieser Effekt des Alkoholmetabolismus wird v.a. bei chronisch hoher Alkoholzufuhr angenommen.

Als zweite Form der Toleranzsteigerung ist die funktionelle Toleranz zu nennen. Funktionelle Toleranz entsteht durch die Änderung der Eigenschaften bzw. der Funktionen der Zielorte (z.B. Zellmembranen, Rezeptoren). Diese Form, die auch als zelluläre Toleranz bezeichnet werden kann, ist hauptsächlich im Zusammenhang mit Opiaten festzustellen, da spezifische Rezeptorsysteme (z.B. am endogenen Endorphinsystem) für diese Stoffgruppen bestimmt werden können. Nach Kalant (1977) bestehen parallele Bedingungen zwischen der Alkoholtoleranz (und anderen Sedativa) und der Toleranz gegenüber Opiaten. Wobei hinsichtlich einer direkten Kreuztoleranz zwischen Opiaten und Alkohol keine empirischen Belege festgestellt werden konnten (vgl. Feuerlein, 1998, S.18).

Im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Suchtstoffes muss Folgendes unterschieden werden: handelt es sich um eine Droge, bei der eine Überdosis tödlich wirkt oder handelt es sich um eine Droge, bei der am Folgetag eine Verkaterung in somatischer Hinsicht auftritt (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.12). Als Beispiel für die Möglichkeit der tödlichen Überdosierung ist Heroin zu nennen, wobei nach dem "goldenen Schuss" eine Atemdepression bis zum Herzstillstand festzustellen ist. Eine somatische Verkaterung tritt beispielsweise nach einem Alkoholabusus auf.

Des Weiteren spielt in diesem Kontext auch die Verträglichkeit und die Art der Applikation (die Anwendungsform) eine wesentliche Rolle. Die Verträglichkeit eines Suchtstoffes ist davon abhängig, nach welchem Zeitraum psychische und physische Abhängigkeitsphänomene auftreten (je kürzer der Zeitraum, desto unverträglicher die Droge). Bezüglich der Applikation der Suchtstoffe stehen der Person mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, zum einen können Drogen als Heil- bzw. Genussmittel konsumiert werden und zum anderen zur selbst intendierten Selbstzerstörung.

Ein weiterer Einflussfaktor, der im Bereich Drogen mitbetrachtet werden muss, ist die Griffnähe des Suchtstoffes. Entscheidend ist hierbei, ob der Suchtstoff auf dem legalen oder illegalen Markt und zu welchen Preisen er jeweils erhältlich ist (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.13). Beispielsweise können Alkoholika und Zigaretten

ohne Probleme auf dem legalen Markt und zu relativ geringen Preisen erworben werden. Dagegen gestaltet sich der Erwerb von Heroin oder Kokain schwieriger, diese Stoffe sind nur auf dem illegalen Markt erhältlich und sehr teuer in der Beschaffung. Legale Suchtstoffe sind aus diesem Grund deutlich "griffnäher" für die Person als illegale Suchtstoffe.

Rauschwirkungen sind u.a. in Abhängigkeit der medizinisch-toxischen Wirkung des jeweiligen Suchtstoffes zu betrachten. Im Bezug auf den Alkoholabusus gibt es kaum ein Organsystem, das nicht direkt oder indirekt durch die medizinisch-toxische Wirkung des Alkohols geschädigt werden kann. An dieser Stelle sollen beispielhaft medizinisch-toxische Wirkungen des Alkohols nach Feuerlein (1998), durch folgende Punkte beschrieben werden: (vgl. Feuerlein, 1998, S.32)

- es besteht eine direkte und toxische Wirkung auf Zellen und deren Übertragungssysteme;
- lokale Gewebeschädigungen sind möglich;
- Veränderungen des Körperstoffwechsels im Bezug auf die Energie-, Eiweiß-, Vitamin- und Mineralstoffzufuhr, wobei in diesem Zusammenhang häufig Mangelerscheinungen feststellbar sind;
- die Metabolitenbildung, wie beispielsweise Acetaldehyd sowie Enzyminduktionen
- das Auftreten von physiologischen Störungen, z.B. Störungen der Durchblutung, ZNS-"Depression"

Hinsichtlich sedierenden, aufputschenden und halluzinogenen Wirkungsweisen verschiedener Suchtstoffe spielt neben der spezifischen medizinisch-toxischen Wirkung die psychische Verfassung (Wahrnehmung, Stimmung etc.) des Individuums für die individuelle Rauschreaktion eine wesentliche Rolle. Daher lassen sich unterschiedliche Rauschphänomene bei verschiedenen Personen feststellen (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.13).

Die seelische Stimmungslage ist beispielsweise bei halluzinogenen Suchtstoffen wie LSD als ein zentraler Einflussparameter auf das Rauscherlebnis zu beachten, d.h. trifft der Konsum mit einer negativen Stimmungslage zeitlich eng aufeinander, nimmt die Gefahr eines "Horrortriperlebnisses" deutlich zu.

Persönlichkeit/Individuum

Im Kontext der Persönlichkeit und des Individuums müssen aufgrund der komplexen Zusammenhänge die einzelnen Einflussbereiche getrennt voneinander betrachtet werden, dazu gehört u.a. der familiäre Hintergrund und die psychischen Dispositionen einer Person sowie Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und einer Abhängigkeitsentwicklung.

Der familiäre Hintergrund

Aus einer Untersuchungsübersicht nach Cotton (1979) wird deutlich, dass der familiäre Hintergrund ein ernstzunehmender Einflussfaktor im Hinblick auf die Suchtentwicklung darstellt:

Bei 27 % der Alkoholiker sind die Väter Alkoholiker, bei 5 % liegt Alkoholismus der Mütter vor und bei 31 % sind beide Elternteile Alkoholiker (vgl. Feuerlein, Wilhelm; 1998, S.58). Der Frage, ob Sucht- bzw. Abhängigkeitsentwicklungen durch bestimmte Erbanlagen mitverursacht werden (z.B. Alkoholismus), soll in diesem Zusammenhang nicht weiter nachgegangen werden. Denn verschiedene Untersuchungen und Ergebnisse wurden bereits diskutiert, wobei hereditäre Bedingungen des Alkoholismus anhand Zwillings- und Adoptionsstudien festgestellt werden konnten. Allerdings kann in diesem Zusammenhang nicht von einer direkten Vererbung des Alkoholismus ausgegangen werden (vgl. a.a.O., S.59). Fraglich ist in diesem Fall auch, ob für andere Suchtmittelabhängigkeiten bzw. stoffungebundene Abhängigkeiten ebenfalls hereditäre Dispositionen angenommen werden können. Diese Zusammenhänge können an dieser Stelle nicht geklärt werden, da dem Autor keine einschlägigen Untersuchungsergebnisse zugänglich waren.

Eine wesentlich bedeutsamere Rolle für eine Abhängigkeitsentwicklung spielt nach Meinung des Autors das (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.15). In der frühkindlichen Entwicklung sind Störungen in einigen Entwicklungsstufen, beispielsweise die Entwicklung der Objektbeziehungen, des Urvertrauens und die Befriedigung oraler und narzisstischer Bedürfnisse wesentliche Faktoren, die u.a. einen Suchtmittelabusus im Jugend- bzw. Erwachsenenalter fördern können. Die Folgen solcher Störungen, wie u.a. eine mangelnde Entwicklung der Objektpräsenzen, der Frustrationstoleranz und Diskrepanzen zwischen dem Ideal-Ich und Real-Ich, determinieren entscheidend die Lebenszufriedenheit (Zufriedenheit mit der persönlichen Situation) einer Person. Dahingehend wird vermutet, dass aus Gründen der Unzufriedenheit über die Lebenssituation bzw. Zukunftsperspektiven verstärkt "Selbstheilungsversuche" durch den Konsum von Drogen unternommen werden (vgl. a.a.O., ebd.).

Die jeweiligen Erziehungsstile im Elternhaus sind ein weiterer Faktor, durch den die Persönlichkeitsentwicklung entscheidend geprägt wird. Dabei sind vorwiegend rigide, beschützende und inkonsequente Verhaltensstrukturen in Erziehungsstilen als suchtfördernd einzustufen, die somit eine Gefährdung des Jugendlichen bezüglich des Suchstoffkonsums darstellen.

Die Einbindung in den sozialen Kontext der Familie bzw. des Freundeskreises ist in existenzieller Weise für jede Person eine wesentliche Bedingung. Kommunikationsbedürfnisse und Bedürfnisse wie Vertrautheit und Emotionalität können nur im Austausch mit anderen Menschen befriedigt werden (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.15). Kommunikationsstörungen oder andere Mängel (Mangel an Zuwendung etc.) in der Familie bedingen u.a. eine verstärkte Orientierung des Jugendlichen an der Peer-group.

Der Jugendliche kann so aus einer familiärbedingten Isolation ausbrechen und durch den interpersonellen Kontakt zur Peer-group den Mangel an Bedürfnisbefriedigung ausgleichen. Durch die verstärkte Orientierung an der Peer-group werden sowohl Statussymbole als auch deren Normen und Werte, wie abweichende Verhaltensformen

(Drogenkonsum etc.), übernommen (die Peer-group dient dabei als Modell für die Übernahme von Verhaltensweisen und Einstellungen).

Psychische Dispositionen der Person

Psychische Dispositionen der Person (z.B. prämorbid Persönlichkeitsmerkmale) werden im Zusammenhang mit einer Abhängigkeitsentwicklung als fördernde Einflussparameter angesehen. Dabei sind prämorbid Persönlichkeitsmerkmale als Querschnitt der Grundpersönlichkeit (durch normale psychische Entwicklung) und der krankheitsbedingten Veränderungen zu betrachten.

Bei Jugendlichen werden u.a. nicht kontrollierte Impulsivität, vermehrte Extraversion, Betonung der Männlichkeit und Hyperaktivität etc. als prämorbid Merkmale einer möglichen Alkoholismusedwicklung angesehen (vgl. Feuerlein, 1998, S.67).

Des Weiteren können nach Tarter und Edwards (1987) folgende Dispositionen zum Alkoholismus dargestellt werden: (vgl. Feuerlein, W.; 1998, S.68) (1) ein erhöhtes Aktivitätsniveau, (2) eine verstärkte emotionale Zentriertheit, (3) ein Mangel an Sozialefähigkeit, (4) Konzentrationsmangel und (5) eine Rückkehrverzögerung im Entspannungsprozess.

Spannungen, Konflikte und Frustrationen, die durch akute Stresssituationen entstehen, können durch den Suchtmittelkonsum scheinbar reduziert werden. Durch den verstärkten Suchtmittelkonsum entstehen häufig Umkehrungseffekte, d.h. Spannungen und Konflikte der Personen werden nicht reduziert, sondern verstärken sich. Diese Verstärkung wird bei den Konsumenten bzw. Abhängigen u.a. durch Leistungsabfall, Lernstörungen, Isolation, Depression und Arbeitslosigkeit sichtbar. Häufig wird durch die Konsumsteigerung ein erneuter Versuch unternommen, einen Ausweg aus dieser Situation zu finden. Somit entsteht ein Konsumteufelskreis für den Abhängigen, wobei der Suchstoffkonsum von neuem gefördert wird. Ein weiterer Punkt, der im Umgang mit Stress- bzw. Konfliktsituationen aufgeführt werden muss, sind die Erwartungshaltungen des Menschen. Dabei sind u.a. die Selbstwirksamkeitserwartungen nach Bandura (1977) entscheidende Faktoren, die für die Bewältigung einer Stresssituation und für das Aushalten von Frustrationen eine wesentliche Rolle spielen.

Abhängigkeit und psychische Störungen

Hinsichtlich der Genese von Abhängigkeiten müssen neben familiären Hintergrundfaktoren und psychischen Dispositionen auch Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und Abhängigkeitsentwicklungen untersucht werden (vgl. a.a.O., S.70-73). So kann angenommen werden, dass bis zu 80 % der Alkoholiker spezifische Merkmale hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen aufweisen, insbesondere für die antisoziale Persönlichkeit, histrionische Persönlichkeit und dependente Persönlichkeit. Nach DSM-III-Kriterien werden v.a. Strukturmerkmale, die unter den Kategorien B und C aufgeführt werden (z.B. Borderline-Störungen) mit Alkoholismus in Zusammenhang gebracht (vgl. a.a.O., S.69). Des Weiteren kann aufgrund von Untersuchungsergebnissen im Bereich der affektiven Störungen belegt werden, dass manisch-depressive Personen während des Krankheitsverlaufs häufig eine Alkoholabhängigkeit entwickeln. Des Weiteren haben u.a. klinische Untersuchungen bei schizophrenen Patienten ergeben, dass 20-30 % einen Suchtmittelmissbrauch, insbesondere von Alkoholika, aufweisen (vgl. a.a.O., S.71).

Als ein Erklärungskonzept, das Zusammenhänge zwischen den aufgeführten Aspekten im Bereich Persönlichkeit und Individuum verdeutlicht, ist das sozialpsychologische Modell, die Theorie des Problemverhaltens nach Jessor und Jessor (1983) zu betrachten. Nach diesem Modell wird das System Persönlichkeit in drei Untersysteme unterteilt: in das Motivation-Anregung-System, das persönliche Überzeugungssystem und in das System der internalisierten Kontrolle.

Die Wechselbeziehungen zwischen diesen drei Systemen sind primäre Steuerungsbedingungen für das Verhalten und das Handeln eines Individuums. Die Wechselbeziehungen der Systeme untereinander sind als dynamische Beziehungen zwischen Wertigkeit und Bewertung einer Handlung bzw. eines Ziels, der kognitiven Kontrollüberzeugungen, die devianten Verhaltensweisen entgegenwirken sollen (z.B. Entfremdung, Selbstachtung und interne bzw. externe Verstärkerkontrolle) und selbst bezogenen

Kontrollvariablen (wie beispielsweise die Diskrepanz zwischen dem Für und Wider des Drogenkonsums) zu beschreiben (vgl. Jessor und Jessor; 1983, S.112f).

Umwelt/Gesellschaft

Strukturelle Bedingungen einer Gesellschaft haben einen wesentlichen Einfluss auf den Rauschmittelkonsum des einzelnen Menschen. Im Zusammenhang mit strukturellen Bedingungen würden kulturökologische und sozioökologische Einflüsse diskutiert. Die Betrachtung der Umwelteinflüsse hinsichtlich des Suchtstoffkonsums bezieht sich neben natürlichen Umweltbedingungen wie dem Klima und der geografischen Lage der Anbauländer, insbesondere auf die soziale Umwelt der Person. Nach Heath (1989) lassen sich neun Umweltbedingungen unterscheiden: (vgl. Feuerlein, 1998, S.73f).

- die natürliche Umwelt (z.B. Klima, geografische Lage der Anbauländer);
- Konsumkulturen und Trinkriten der verschiedenen Gesellschaften;
- gesetzliche Bestimmungen über den Konsum von Rauschmitteln;
- der Einfluss der Medien und das intellektuelle Klima in der Gesellschaft;
- die soziale Schichtung der Gesellschaft-, Einflüsse der Religionssysteme;
- Urbanitätseinflüsse;
- soziale Anpassungsprozesse gegenüber anderen Kulturen;
- das Normen- und Wertsystem einer Gesellschaft;

Makrosoziale Faktoren wie das Angebot und die Verteilung der Suchtstoffe (z.B. regionale Verteilung und Schichtverteilung), Konsumnormen bzw. Konsumgewohnheiten der Gesellschaft (z.B. Konsumkultur und Trinkriten) und der Einfluss durch Werbung und Modetrends beeinflussen die soziale Umwelt und somit den Suchtmittelkonsum des einzelnen Menschen.

Die Familie (Struktur und Familientraditionen im Bezug auf den Umgang mit Suchtstoffen), Peer-group, Schule und Arbeit, um nur einige Punkte zu nennen, bilden den sozialen Nahraum des Menschen, dessen mikrosoziale Einflussfaktoren wesentlich an einer Abhängigkeitsentwicklung beteiligt sind (vgl. Feuerlein, 1998, S.74).

Mikrosoziale Einflüsse

Die Einflüsse aus dem sozialen Nahraum (z.B. Familie) der Person sind multidimensional zu betrachten, dabei sind Faktoren wie u.a. Familientraditionen, klimatische Bedingungen in der Familie (z.B. Erziehungsstile) und das Vorhandensein von relevanten Modellen fördernde Bedingungen der Suchtgenese bei Jugendlichen.

Im Kontext der Familie lernen Kinder bzw. Jugendliche innerhalb des Vermittlungsprozesses von sozialen Normen und Werten (i.d.R. durch die Eltern) auch suchtfördernde Verhaltensweisen und Einstellungen der Eltern (z.B. Selbstmedikation). Dabei sind u.a. klimatische Bedingungen innerhalb der Familie durch Erziehungsstile, Kommunikationsstrukturen und die Qualität interpersoneller Beziehungen wesentliche Einflussfaktoren (Motivation und Anregung) auf den Lernprozess des Kindes bzw. Jugendlichen (z.B. das Modellernen nach Bandura 1977). Ebenso sind Faktoren wie der Umgang mit Suchtstoffen und die Verfügbarkeit von Suchtstoffen (Alkohol, Medikamente etc.) im Elternhaus zentrale Bedingungen, die hinsichtlich der Übernahme elterlicher Konsumverhaltensweisen und Umgangsformen fördernde Bedingungen für Jugendliche darstellen. Eine Grundlage für die Übernahme elterlicher Verhaltensweisen und Einstellungen kommt der Modellfunktion der Eltern zu.

Die Bedeutung der Modellfunktion ist u.a. anhand einer Studie nach Wieser (1973) belegt, die herausgestellt hat, dass das praktische Modell der Eltern wesentlich einflussreicher ist als elterliche Einstellungen an sich. Ebenso stammen nach einer schleswig-holsteinischen Studie 21 % der Alkoholiker aus Familien, in denen Väter regelmäßig Alkoholika konsumierten und 20 % der Alkoholiker aus Familien, in denen Mütter regelmäßig konsumierten. Diese Ergebnisse stimmen auch weitgehend mit denen von Seales (1994) überein, nach denen man annimmt, dass ca. 25 % der Jugendlichen mit familiärem Alkoholismushintergrund selbst ein Alkoholproblem aufweisen (vgl. a.a.O., S.76). In einer zusammenfassenden Betrachtung der verschiedenen Einflussfaktoren muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass beispielsweise der Einfluss des Faktors elterlicher Alkoholismus per se insgesamt relativ schwach ist, da die Mehrzahl der Alkoholiker in Familienverhältnissen ohne Alkoholismus aufwächst

(vgl. Fahrenkrug et.al. 1977, Antons und Schulz 1977, Köster et.al. 1978, Feuerlein, 1998, S.77).

Bezüglich einer Suchtgenese können familiäre Strukturen wie beispielsweise Familiengröße, Anzahl der Geschwister und broken-home-Situation als weitere Einflussfaktoren beschrieben werden. Nach Untersuchungen hinsichtlich der Familiengröße, Geschwisteranzahl und dem Stellenwert der Geschwisterfolge (Barnes et.al. 1986) wird deutlich, dass Alkoholiker mehrheitlich aus großen Familien stammen und darüber hinaus meist in der Geschwisterreihe den Letztgeborenenplatz einnehmen. Daneben kann angenommen werden, dass in größeren Familien weniger eine indirekte Kontrolle, sondern eine verstärkte autoritäre Kontrolle vorherrscht. Demnach fördert u.a. die verstärkte autoritäre Kontrolle das Auftreten eines späteren Alkoholismus (vgl. a.a.O., ebd.).

Des Weiteren wird angenommen, dass die Überrepräsentation der letztgeborenen Alkoholiker, aufgrund einer stärkeren Eltern-Kind-Beziehung mit einem höheren Abhängigkeitsverhältnis (z.B. von Mutter und Sohn) entsteht. Die Folgen können dabei insgesamt als stärkere Verwöhnung und Bevormundung des Kindes bzw. des Jugendlichen zusammengefasst werden, wobei dadurch der Suchtmittelkonsum von Jugendlichen wesentlich gefördert wird.

Neben dem familiären Hintergrund sind auch Einflüsse durch Schule und Peer-groups im Zusammenhang mit einer Suchtentwicklung bei Jugendlichen wichtige Anhaltspunkte innerhalb einer Klärung der Suchtursachen. Die Schule wird hinsichtlich primärer Präventionsmaßnahmen als wichtige Größe betrachtet. Dabei sind aus einer kausal analytischen Untersuchung Zusammenhänge zwischen der wechselseitigen Beeinflussung von Schulklima (z.B. Klarheit schulischer Regeln und Respekt gegenüber dem Schüler) und Familienklima (z.B. Beziehungsqualität) hervorgegangen, wobei dies wiederum Einfluss auf die Schulbildung und die Selbstwirksamkeitserwartungen der Person haben. Des Weiteren kann davon ausgegangen werden, dass die Schulbildung und die Selbstwirksamkeitserwartungen (sie stellen Persönlichkeitskonstrukte dar) die Zusammenhänge von Person und Peer-group bestimmen. Die Peer-group

wirkt dabei direkt auf den Drogenkonsum des Jugendlichen (vgl. Feuerlein, 1998, S.80).

Nach einer Untersuchung von Dielmann (1991) kann das Trinkverhalten in der Peer-group als zentraler Einflussfaktor für den Drogenkonsum bzw. -gebrauch des Jugendlichen bestimmt werden. Allerdings ist dieser Zusammenhang hinsichtlich des Alkoholmissbrauchs nicht eindeutig zu klären. Der Einfluss der Peer-group lässt sich durch folgende Punkte beschreiben: (1) Alkohol wird direkt angeboten, (2) indirektes Angebot durch das tatsächliche Trinken (im Sinne von Modellernen) und (3) die subjektive Vorstellung innerhalb der Peer-group über die Konsumhöhe (vgl. a.a.O., ebd.). Aus den beschriebenen Zusammenhängen lassen sich aber keine kausalen Aussagen über die Suchtentwicklung bilden. Es bestehen somit Annahmen über wechselseitige Beziehungen zwischen dem Trinkverhalten der Peer-group und individuellem Alkoholkonsum und den entsprechenden Persönlichkeitsmerkmalen des Jugendlichen. Daneben wird u.a. eine gewisse Beeinflussbarkeit des Jugendlichen als Bindeglied zwischen den einzelnen Bereichen vorausgesetzt, die hauptsächlich auf der Basis elterlicher Prägung entstanden ist (vgl. a.a.O., S.81).

Soziale Lebensbedingungen

Zu den sozialen Lebensbedingungen einer Personen gehören u.a. schichtspezifische Einflüsse und die Arbeitssituation (z.B. Berufsgruppen und Arbeitslosigkeit). Der Einfluss der sozialen Schicht muss im Bezug auf den Suchtmittelgebrauch differenziert betrachtet werden. Beispielsweise hat der Schichtstatus keinen nennenswerten Einfluss im Bereich des Alkoholismus. Alkoholismus ist ein Phänomen aller Sozialschichten. Dahingehend können allerdings geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des Konsumverhaltens in den jeweiligen Schichten festgestellt werden.

Im Bezug auf den illegalen Substanzmissbrauch sind dagegen Schichtunterschiede festzustellen, so wird tendenziell der Konsum weicher Drogen wie Haschisch den oberen sozialen Schichten zugesprochen (vgl. Lazarus 1980). Ebenso sieht Lazarus einen erwiesenen Zusammenhang zwischen dem Konsum harter Drogen (z.B. Heroin) und der Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten.

Untersuchungen in den 60er und 70er Jahren ergaben Zusammenhänge zwischen verschiedenen Berufsgruppen und einer Alkoholismusgefährdung. Folgende Berufe wurden danach als gefährdet angesehen: (vgl. Feuerlein, 1998, S.81)

- alkoholnahe Berufe (Gaststättenbetreiber, Bierbrauer etc.)
- an- und ungelernte Arbeiter
- Durstberufe (Gießer, Köche, Heizer)
- Bau- und Metallberufe
- Arbeiter im Hafengebireich
- Unternehmer, Freiberufler

Ebenso lassen sich mögliche Zusammenhänge zwischen verschiedenen beruflichen Belastungssituationen und Alkoholismus herausstellen, darunter sind u.a. Faktoren wie instrumentelle Belastungen (z.B. hohes Arbeitstempo), emotionale Belastungen (z.B. Kontrolle, Konkurrenz) und frustrierende Belastungen (z.B. geringer Verdienst, schlechte Karrieremöglichkeit), um nur einige dieser Belastungsfaktoren zu nennen. (vgl. Renner 1988 und a.a.O., S.82).

Nach einer Zusammenfassung der gefährdeten Berufe anhand des "hohen Opportunitätsbudgets" nach Gundel (1980) wurden folgende Berufs- und Tätigkeitscharakteristika als gefährdend im Bezug auf eine Abhängigkeitsentwicklung eingestuft: (vgl. Feuerlein, 1998, S.82)

- mangelnde Qualifikation und Technisierung
- traditioneller Alkoholkonsum während der Arbeit
- hohe Selbstkontrolle bzw. Verhaltensautonomie
- Rollenunterbelastung
- Kontrollinkompetenz anderer Rollenträger

Die Arbeitslosigkeit führt in der Regel bei Menschen, die keine Abhängigkeit aufweisen, zu keiner Erhöhung des Alkoholkonsums. Allerdings können qualitative Änderungen im Trinkverhalten der Alkoholkonsumenten festgestellt werden, demnach

kommt es zu einer vermehrten Abnahme des geselligen Trinkens und zu einer Zunahme des Konfliktrinkens. Es wird angenommen, dass ca. 10- 0 % der Personen bei Arbeitslosigkeit den Alkoholkonsum verstärken, jedoch bleibt der Konsum wie oben erwähnt bei der Mehrheit der Personen gleich. Die Situation der Arbeitslosigkeit stellt demnach keine wesentliche Bedingung für den Alkoholismus dar, dennoch kann von einer erhöhten Alkoholismusgefährdung während der Arbeitslosigkeit im Gegensatz zur Berufstätigkeit ausgegangen werden (vgl. a.a.O., S.83).

Makrosoziale Einflüsse

Makrosoziale Bedingungen sind u.a. soziokulturelle Einflüsse (Trinkriten und Kulturformen im Bezug auf Alkohol), Religionszugehörigkeit, gesetzliche Bestimmungen (z.B. Betäubungsmittelgesetz in der BRD), Werbung und Einflüsse der modernen Industriegesellschaft, diese stellen Rahmenbedingungen für den individuellen Suchstoffkonsum dar (vgl. a.a.O., S.98).

Gesellschaftliche Einstellungen zu Drogen lassen sich beispielsweise in verschiedenen Kulturformen des Alkoholkonsums darstellen (vgl. a.a.O., S.86 und Linder/Reiners-Kröncke, 1993, S.13f).

- Abstinenzkulturen (z.B. arabischer Kulturkreis, Alkohol ist hier verboten)
- Ambivalenzkulturen (z.B. USA, puritanische Wertvorstellungen sind vorherrschend, der öffentliche Konsum ist sozial nicht gebilligt)
- Permissivkulturen (Genuss von Alkohol ist in festen Trinkritualen erlaubt, exzessiver Konsum ist sehr selten)
- funktionsgestörte Permissivkultur (Konsum und Exzesse werden gebilligt)

Des Weiteren können in diesem Zusammenhang gesellschaftliche Trinkanlässe bzw. Trinkriten unterschieden werden (vgl. Feuerlein, 1998, S.85 und Lindner/Reiners-Kröncke, 1993, S.14).

- rituelles Trinken (Konsum ist einer bestimmten Zeremonie unterworfen)
- konviviales Trinken (häufig bei Mahlzeiten)
- utilitaristisches Trinken (persönliche Motive stehen im Vordergrund, zur Spannungs-, Angst- und Aggressionsreduzierung).

Einen prägenden Einfluss auf den Drogenkonsum haben u.a. religiöse Glaubensrichtungen. Beispielsweise ist Angehörigen islamischer Religionen der Alkoholkonsum verboten, daneben wird dem Konsum von Haschisch und Opiaten eher toleranter begegnet. Ebenso ist festzustellen, dass die Alkoholismusrate der in den USA lebenden Juden sehr niedrig ist. Nach einer US-Studie von König (1994) weisen Personengruppen, die ein konkretes religiöses Engagement aufweisen wesentlich, geringere Alkoholismusraten auf, als Personengruppen, die eine passive Haltung bzw. Einstellung gegenüber religiösen Lebensformen haben (vgl. Feuerlein, 1998, S.88).

Des Weiteren können Einflüsse der modernen Industriegesellschaft als makrosoziale Störfaktoren beschrieben werden, deren Einflüsse sich positiv auf den individuellen Suchtmittelkonsum auswirken können.

In diesem Zusammenhang können vier Faktoren beschrieben werden, die nach Keup (1973) die Genese des jugendlichen Drogenkonsums wesentlich beeinflussen: (vgl. a.a.O., S.91)

(1) die technisch-organisatorische Umwelt:

In diesem Zusammenhang sind starke Arbeitsteilung, Automation und Über-technisierung als wesentliche Charakteristika festzuhalten. Als Folgen sind dabei u.a. Vermassung und Anonymisierung (der einzelnen Individuen) sowie die vermehrte Delegation der Verantwortung auf andere (meist größere Trägergruppen) zu nennen.

(2) ein Überangebot von Konsumgütern und Information:

Verwöhnung und Reizüberflutung mit einer einhergehenden Abstumpfung sowie die mangelnde Fähigkeit zur Bewältigung des Konsums und der Information sind u.a. Folgen eines Überangebots von Gütern und Informationen.

(3) ein Wandel der Strukturen und Funktion der Familie hinsichtlich ihrer Bedeutung, der zunehmenden Desintegration und dem Verlust traditioneller Werte und Normen:

Die Folgen lassen sich u.a. als Bindungsverlust und einer Rollenüber- und -unterbelastung der einzelnen Mitglieder in der Primärgruppe charakterisieren.

- (4) ein Überangebot an Bindungsmöglichkeiten in Primär- und Sekundärgruppen:

Dadurch entstehen beispielsweise Überbelastungen im Bezug auf das Tragen von Verantwortung und mangelnde Fähigkeiten, die Vielzahl der Bindungsmöglichkeiten zu bewältigen.

Nach Wüthrich (1974) sieht sich "der Mensch in der sich schnell wandelnden, komplexen und widersprüchlichen Welt vor unlösbare Anpassungsaufgaben gestellt" (Wüthrich, 1974; In: Feuerlein, 1998, S.91). Der Mensch versucht aus diesem Grund, diesen Situationen durch Fluchtreaktionen (z.B. Drogenkonsum) zu entgehen, wobei der Drogenkonsum dabei ebenso zur Spannungs- und Stressreduktion eingesetzt wird (vgl. a.a.O., ebd.).

Als letzten Punkt im Bereich der makrosozialen Einflüsse dürfen die Einflüsse durch Werbung und Modetrends nicht vergessen werden. Werbungen besitzen eine konsumstabilisierende und –stimulierend Wirkung auf die Menschen.

Im Bereich der Suchtmittelwerbung hat die Werbung v.a. Einfluss auf bereits vorhandene Konsumenten, z.B. Alkoholtrinker und Raucher und weniger auf Nichtkonsumenten im Bezug auf die einzelnen Suchtstoffe.

Zusammenfassende Betrachtung bzw. ein Resümee

Das Drogen-Dreieck stellt ein umfassendes Erklärungsmodell bezüglich einer Abhängigkeitsentwicklung dar. Die Entstehung einer Abhängigkeit muss innerhalb eines komplexen Bedingungsgefüges von Droge, Umwelt und Person gesehen werden. Eine Abhängigkeitsentwicklung ist von vielen verschiedenen Wissenschaftsbereichen untersucht und diskutiert worden. Prozesse einer Suchtentwicklung können biologisch bzw. neurobiologisch und im Bezug auf die Stoffwechselsysteme analysiert und be-

wertet werden. Diese Erkenntnisse bilden zum großen Teil das Einflussssystem der Droge wie Rauschwirkungen, Toleranzentwicklung, Entzugssyndrome und die Klärung der psychotropen Wirkung der Droge auf den biologischen Organismus eines Menschen. Neben den biologischen Faktoren der Abhängigkeitsentwicklung lassen sich eine Reihe soziogener Faktoren bzw. Inhalte wie beispielsweise sozialökologische und kulturökologische Einflüsse durch bestimmte Gesellschaftsstrukturen (z.B. die Rauschkultur), schichtspezifische Einflüsse, die wechselseitigen Beziehungen der Industrieländer und Produktionsländer und soziale Lebensbedingungen für die Abhängigkeitsentwicklung begründen.

Des Weiteren können Persönlichkeitsmerkmale, familiäre, psychopathologische, jugendspezifische, und ideologische Einflussfaktoren diskutiert werden. Die Einflüsse, Faktoren und Bedingungen sind in einem interaktiven Bedingungsgefüge miteinander vernetzt (vgl. Feuerlein, 1998, S.16ff).

Durch eine interdependente Betrachtungsweise der einzelnen Einflussbereiche in einem multidimensionalen Modell lässt sich eine Analyse des Bedingungsgefüges einer Abhängigkeitsentwicklung nahe an der komplexen Realität durchführen.

Schwächen hinsichtlich des Drogen-Dreiecks ergeben sich meist nicht aus dem Betrachtungsmodell per se, sondern aus den einzelnen Wissenschaftsdisziplinen und deren Erklärungsansätze, die in das Erklärungsmodell des Drogen-Dreiecks integriert werden. Wie die Diskussion der einzelnen Theorieansätze aus den verschiedenen Wissenschaftsbereichen gezeigt hat, entstehen die Schwächen häufig aus der engstirnigen Betrachtungsweise der verschiedenen Disziplinen, hierbei sind beispielsweise die naturwissenschaftlichen Disziplinen wie die Biologie und die Neurobiologie zu nennen, da u.a. das gesamte Spektrum der Umwelteinflüsse hinsichtlich der Suchtentwicklung vernachlässigt wird. Aus biologischer Sicht können für den Alkoholismus einige hereditäre Faktoren als belegt angesehen und u.a. Stoffwechselfvorgänge der physischen Abhängigkeit geklärt werden (z.B. bei Heroinabhängigkeit und Alkoholismus). Innerhalb der neurobiologischen Forschung konnten einige Aspekte zur Suchtentwicklung deutlich gemacht werden wie relevante Gehirnareale für eine Suchtentwicklung im psychischen Bereich. Allerdings stehen diese Forschungen erst am Anfang und müs-

sen noch weiter ausgebaut werden, um die Zusammenhänge zwischen Prozessen im Gehirn und deren Einfluss auf die psychische Konstitution sowie hinsichtlich spezifischer Verhaltensmodulationen klären zu können.

Ein anderes Beispiel sind verhaltenspsychologische Ansätze. In der Gesamtbetrachtung dieser Ansätze und Ergebnisse aus dieser Perspektive der Psychologie werden Lernprozesse, bewusste und unbewusste Verhaltensmodulationen der Person beschrieben. Hinsichtlich dieser Beschreibung kann ein sehr umfassendes Bild der Verhaltenssteuerung gezeichnet werden, wobei andere Einflüsse auf die Person wie z.B. der Sozialisationshintergrund und Einflüsse des sozialen Umfeldes weitgehend vernachlässigt werden. Aus diesen beiden Beispielen wird deutlich, dass eine Einzelbetrachtung der verschiedenen Ansätze bezüglich der Klärung von Suchtursachen nur einzelne Aspekte und Prozesse einer Suchtentwicklung betrachten und beschreiben können. Deshalb ist es notwendig, die Ergebnisse und Ansätze aus den Einzeldisziplinen in einem interdependenten Gefüge zu sehen, denn z.B. Verhaltensmodulationen hängen nicht ausschließlich von Lernprozessen, kognitiven Bedingungen und individuellen Attributionen ab, sondern werden u.a. auch durch Umwelteinflüsse (z.B. familiäre Bedingungen, gesellschaftliche Einstellungen zum Suchtmittelkonsum) gefördert oder gehemmt.

Die Ursachenforschung der Sucht- bzw. Abhängigkeitsentwicklung der einzelnen Fachrichtungen (Medizin, Psychologie und Soziologie) fokussiert insbesondere stoffgebundene Abhängigkeiten (z.B. Alkoholismus, Heroinabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit). Stoffungebundene Abhängigkeiten wie Arbeitssucht, Spielsucht und Esssüchte (Essstörungen) werden bezüglich dem gesellschaftlichen Verständnis von Sucht häufig nicht als solche verstanden. Beispielsweise ist die Arbeit bzw. der Beruf in unserer leistungsbezogenen Gesellschaft ein wesentliches Statussymbol des Menschen. Leistung, Produktivität und "Vielarbeit" einer Person sind sozial anerkannte Merkmale der Person. Diese Situation der Leistungsgesellschaft macht es schwer, ein gesellschaftliches Verständnis für suchtartige Prozesse innerhalb der Arbeit bzw. des Berufes zu erreichen und somit auch Arbeit als mögliche Suchtkrankheit zu werten. Ähnliches gilt in diesem Zusammenhang für Essstörungen, beispielsweise wird Adi-

positas häufig als menschliche Schwäche bewertet, wie u.a. nicht nein sagen können, im Überfluss leben und sich gehen lassen. Der Mangel an gesellschaftlichem Verständnis gegenüber stoffungebundener Abhängigkeit dürfte ein Grund für dessen Vernachlässigung bezüglich der Erforschung und Theoriebildung innerhalb der verschiedenen Einzeldisziplinen sein. Dieser Erklärungsmangel kann durch das Erklärungskonzept des Drogen-Dreiecks weitgehend abgebaut werden. Somit können innerhalb des Drogen-Dreiecks Klärungsmodelle und Faktoren bezüglich der stoffungebundenen Abhängigkeit herausgestellt werden. Die Suchtentwicklung bzw. die Entwicklung von Abhängigkeiten ist nicht an einen bestimmten Stoff oder an eine bestimmte Sache gebunden, d.h. Suchtmittel sind austauschbar und somit sind die Bedingungen und Faktoren, die zu einer Abhängigkeit führen nahezu vergleichbar (vgl. Mader, 1993, S.11).

Ebenso wie beim Alkoholismus oder bei einer Heroinabhängigkeit können bei stoffungebundenen Abhängigkeiten, beispielsweise bei der Esssucht, spezifische Faktoren der Droge Essen beschrieben werden. Dem Essen kommt z.B. bei der Adipositas zum einen eine Reduktionsfunktion von Frustration, Stress und Langeweile zu (z.B. der Griff zur Schokolade bei Liebeskummer), zum anderen kann das Essen auch Belohnung in einer Situation sein (z.B. "heute habe ich eine Menge gearbeitet und jetzt gönne ich mir eine doppelte Portion oder eine Tafel Schokolade extra"). Essen wird also nicht nur als reine Nahrungsmittelzufuhr bewertet, sondern wird auch zur Stressbewältigung und Belohnung eingesetzt. Dieser Sachverhalt lässt sich beispielsweise mit der Motivation zum Alkoholkonsum vergleichen.

Ebenso vergleichbar sind die Einflussfaktoren und Bedingungen der Bereiche Persönlichkeit und Umwelt. Bei der Entwicklung von Essstörungen, Arbeitssucht und Spielsucht sind ebenfalls sozialisatorische Hintergrundvariablen, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale, Einflüsse durch Familie und Peer-groups zu beachten. Außerdem sind Einflussfaktoren u.a. durch gesellschaftliche Einstellung und Strukturen sowie durch Werbung und Modetrends bei der Klärung einer stoffungebundenen Abhängigkeit zu beachten.

Werbung und Modetrends spielen eine wesentliche Rolle bei der Pubertätsmagersucht. Werbung und die Mode erzeugen u.a. Idealbilder wie Menschen auszusehen haben. Solche Idealbilder werden häufig für Mädchen zum erstrebenswerten Ziel gemacht, wie an der "Twiggi"-Welle in den 70er Jahren deutlich geworden ist (zynisch betrachtet: "Die Magersucht hat sich zur gesellschaftlichen Idealvorstellung über den weiblichen Körper erhoben.").

Als Resümee bleibt im Kontext des Drogen-Dreiecks Folgendes festzuhalten: Das Drogen-Dreieck bildet derzeit den umfassendsten Erklärungsansatz im Bezug auf eine Klärung der Ursachen im stofflichen und nichtstofflichen Bereich der Suchtentwicklung. Aufgrund dieser Betrachtungsweise ist u.a. deutlich geworden, dass nicht allein die Wahl einer Droge als ursächliche Bedingung einer Suchtentwicklung anzunehmen ist, sondern das Bedingungsgefüge von Person, Umwelt und drogenspezifischen Aspekten.

Danach könnte angenommen werden, dass die Wahl der Droge auch bestimmten Zufälligkeiten (z.B. Griffnähe) unterworfen ist. Griffnähe bedeutet nicht unbedingt die objektive Nähe (legal oder illegal) des Suchtstoffes. Beispielsweise für einen Jugendlichen, der Anschluss an eine Heroin konsumierende Peer-group hat, ist Heroin griffnäher als für einen Jugendlichen, der einer ausschließlich Alkohol konsumierenden Peer-group angehört.

Am Ende muss gesagt werden: Süchte bzw. Abhängigkeiten sind als individuelle Entwicklungsverläufe zu verstehen. Ursachen müssen innerhalb einer multidimensionalen Betrachtung des Menschen und seiner Lebenszusammenhänge gesucht werden. Es gibt nicht die Sucht bzw. die Abhängigkeit, wobei viele Bedingungen und Einflussfaktoren, die beispielsweise zum Alkoholismus oder zur Heroinabhängigkeit führen ähnlich sind, zu jedem Suchtverlauf bzw. jeder Abhängigkeitsentwicklung gehört immer ein Stück "Entscheidungsfreiheit" (zumindest zu Beginn).

Dies wird auch durch folgende Zitate deutlich:

- "Diese Gesellschaft muss erst einmal beweisen, dass es sich lohnt, keine Drogen zu nehmen!"

(Aussage eines Jugendlichen)

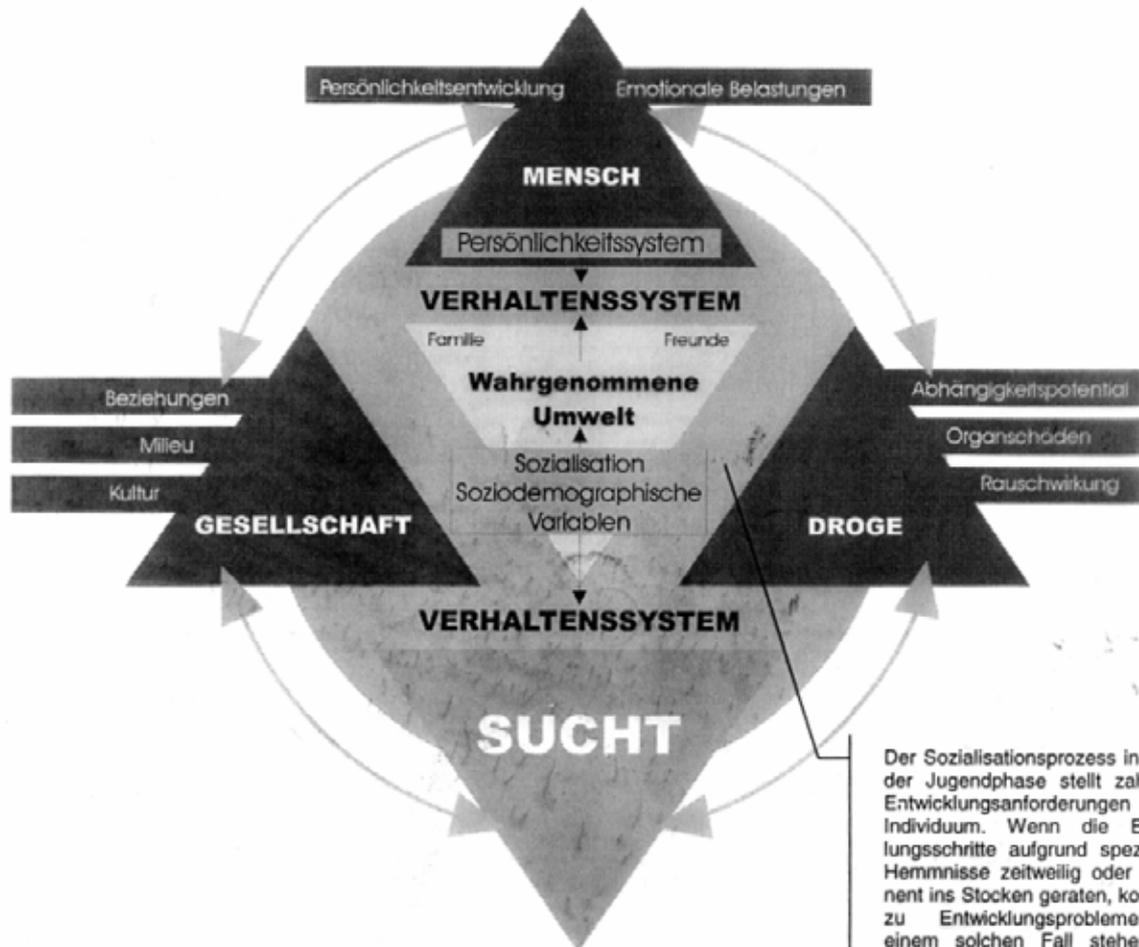
- "Sag mir, warum, wofür ich aufhören soll, gib mir etwas anderes als den Stoff!"

(Zitat eines Fixers)

Aus dem Verständnis eines multifaktorellen Denkens heraus, haben StudentInnen in einer Arbeitsgruppe des Verfassers ein erweitertes Modell des Drogendreiecks entwickelt, das auch andere Ursachentheorien einschließt. Zur abschließenden Verdeutlichung soll es hier angeführt werden:

Kombinationsmodell zur Suchtentstehung

Kombinationsmodell zur Suchtentstehung



Der Sozialisationsprozess innerhalb der Jugendphase stellt zahlreiche Entwicklungsanforderungen an das Individuum. Wenn die Entwicklungsschritte aufgrund spezifischer Hemmnisse zeitweilig oder permanent ins Stocken geraten, kommt es zu Entwicklungsproblemen. In einem solchen Fall stehen dem Individuum verschiedene Handlungsmöglichkeiten offen: Entweder setzt es sich produktiv mit seinen Problemen in Form einer Ursachenanalyse und -bearbeitung auseinander, oder es geht unproduktiv, mittels kompensatorischen Verhaltens damit um. Diese unproduktiven Formen der Problemverarbeitung können sich entweder nach „außen“, d.h. auf die Umwelt, oder nach „innen“, d.h. auf die eigene Person beziehen. Findet eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst statt, werden von Jugendlichen oft Prinzipien eines gesundheitsgefährdenden Verhaltens angewandt. Hierunter fällt auch ein Drogenkonsum.

3.4 Erklärungsansätze der Co-Abhängigkeit

Co-Abhängigkeit ist von verschiedenen Autoren beschrieben und definiert worden. Zusammenfassend bleibt, dass Co-Abhängige bestimmte Verhaltensmerkmale (Einschränkung der Emotionen, Verleugnen der Realität, Depressionen, erhöhte Wachsamkeit usw.) zeigen und nach bestimmten Regeln "funktionieren" (man spricht nicht über Probleme, man zeigt keine Gefühle, es darf sich nichts verändern usw.). Frauen nehmen einen besonderen Platz ein (Norwood, 1986), da sie "zu sehr lieben".

3.4.1 Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung nach Timmen Cermak

Bei seiner Arbeit mit erwachsenen Kindern und den Angehörigen von Suchtkranken hat Cermak ganz spezifische Persönlichkeitsstörungen der Co-Abhängigen beobachtet. Sein Bestreben ist es, Co-Abhängigkeit einer Untersuchung zu unterziehen und für dieses Phänomen "diagnostische Kriterien" (in: Rennert 1990, S.136) herauszuarbeiten.

Cermak bezeichnet Co-Abhängigkeit als "gemischte Persönlichkeitsstörung." (in: Rennert 1990, S.136). So kennzeichnen sich diese Personen durch Züge mehrerer Persönlichkeitsstörungen, was die Einordnung in eine spezifische Störung jedoch unmöglich macht.

Nach Cermak (in: Rennert 1990, S.136) ist Co-Abhängigkeit "... ein erkennbares Muster von Persönlichkeitsmerkmalen, die in vorhersagbarer Weise bei den meisten Mitgliedern von suchtkranken Familien gefunden wurden und dazu geeignet sind, eine ausreichende Dysfunktion hervorzurufen, um die Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung zu rechtfertigen, wie sie im DSM-III skizziert ist."

Cermak beschrieb fünf Kriterien für Co-Abhängigkeit:

1. Kriterium:

Es handelt sich um eine Reihe von Verhaltens- und Sichtweisen, die sowohl Merkmale der Suchtmittelabhängigkeit als auch der Persönlichkeitsstörung beinhalten. Nach Cermak (in: Rennert 1990, S.137) umfasst dieses erste Kriterium vier Elemente:

- eine verzerrte Beziehung zur Willenskraft
- eine Identitätskonfusion
- eine Realitätsverleugnung
- einen niedrigen Selbstwert

Der Co-Abhängige leidet unter einer verzerrten Beziehung zu seiner Willenskraft, so dass er im Zusammenleben mit dem Abhängigen folgende Überzeugung in sich trägt: "Wenn ich mich nur richtig anstrenge, schaffe ich, dass der andere mit dem Drogenkonsum aufhört" (Cermak in: Rennert 1990, S.137). Die co-abhängige Person versucht mit allen Mitteln, den Abhängigen von seiner Sucht zu befreien.

Cermak erwähnte auch die Identitätskonfusion, die bei co-abhängigen Menschen vorhanden ist. Damit ist gemeint, dass sich das Selbstwertgefühl dieser Person aufgrund des Erfolges des Partners einstellt. So ist die co-abhängige Person nur dann glücklich, wenn auch der Abhängige mit sich zufrieden ist. Ist dies nicht der Fall, fühlt sie sich dafür verantwortlich, beim Partner einen positiven Gemütszustand herzustellen.

Sie ist fest davon überzeugt, einzig und allein an der guten oder schlechten Verfassung schuld zu sein. Auch die co-abhängige Person besitzt ausgeprägte Abwehrmechanismen. Es gelingt ihr, die Realität, und somit die Nutzlosigkeit ihres Verhaltens und die negativen Konsequenzen zu verleugnen. Co-Abhängige leiden oft unter einem niedri-

gen Selbstwertgefühl. So sind es häufig Menschen "... mit der starken narzisstischen Tendenz, sich als jemand Besonderes zu fühlen" (Rennert 1990, S.138).

Ihr Selbstwertgefühl steht in engem Zusammenhang mit ihrem Bestreben, das Verhalten und auch die Gefühle als Abhängigen zu kontrollieren, was ihr jedoch nicht gelingt. Die Folge davon ist ein immer geringeres Selbstwertgefühl, da ihr die Beeinflussung der abhängigen Person nicht gelingt. Dies versucht sie durch einen immer größeren Einsatz ihrer Willenskraft auszugleichen.

2. Kriterium:

Das 2. Kriterium nach Cermak (in: Rennert 1990, S.139) besagt, dass sich die Co-Abhängigen für die Befriedigung der Bedürfnisse der anderen verantwortlich fühlen. Er erklärt dieses Phänomen mit ihrer Angst, alleingelassen zu werden. Gleichzeitig vernachlässigen sie ihre eigenen Bedürfnisse und messen ihnen, gegenüber denen der anderen, eine untergeordnete Stellung bei.

Im Laufe ihrer Entwicklung hin zur Co-Abhängigkeit verlernt sie immer mehr, die Bedürfnisse der anderen von den eigenen zu unterscheiden, so dass sie die Wünsche der anderen als ihre eigenen internalisiert hat. Die co-abhängige Person, die ihre eigenen Gefühle immer mehr vernachlässigt, gewinnt für sich das Gefühl, "... mit dem anderen verbunden zu sein." (Cermak in: Rennert 1990, S.139). Für diese Menschen bedeutet eine Beziehung zu einem anderen, sämtliche Teile der eigenen Persönlichkeit zu ignorieren.

Die co-abhängige Person hat zwei Möglichkeiten, damit umzugehen:

Entweder geht sie eine Beziehung ein, in der sie das Gegenüber glücklich macht und eigene Wünsche, Gefühle und Bedürfnisse leugnet.

Oder sie geht keinerlei Bindung ein und kümmert sich so um sich selbst.

3. Kriterium:

Nach Cermak betrifft dieses Kriterium die Vorstellung der co-abhängigen Person von Nähe und Intimität. (in: Rennert 1990, S.139). Unter Nähe versteht sie, dem anderen sämtliche Wünsche zu erfüllen, und intim sein heißt für sie, mit ihm zu verschmelzen. Im Zusammenleben mit dem Gegenüber neigen sie dazu, viele Teile seiner Persönlichkeit zu übernehmen, so dass sie nach Cermak (in: Rennert 1990, S.139) zu einem Spiegel der abhängigen Person werden. So wird z.B. der Schmerz des Abhängigen zum eigenen, anstatt darauf mit Mitgefühl zu reagieren.

Die Beziehung zu einer anderen Person fällt ihr am leichtesten, wenn eine äußere Struktur besteht, die Nähe und Distanz der zwischenmenschlichen Beziehung genau festlegt. Fehlt diese Festlegung von außen, so leidet die co-abhängige Person unter Angstgefühlen und Abgrenzungsproblemen, zumal die "interpersonale Distanz" (Cermak in: Rennert 1990, S.139) von den Beteiligten selbst festgelegt werden muss. Eine zu geringe Distanz bewirkt bei der co-abhängigen Person, dass sie sich selbst weniger wahrnimmt. Gleichzeitig fürchtet sie bei einem zunehmenden Abstand, verlassen zu werden.

Nach Cermak (in: Rennert 1990, S.140) kann eine Veränderung des Nähe-Distanz-Verhältnisses in einer zwischenmenschlichen Beziehung bei der co-abhängigen Person Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung hervorrufen. Kennzeichnend dafür ist ihr Hin- und Herschwanken zum einen zwischen dem Gefühl der Unzulänglichkeit und zum anderen der Omnipotenz. (a.a.O.). So wird der Partner beispielsweise als nur gut oder nur schlecht bezeichnet, und die Menschen werden in die Kategorie Freunde und Feinde eingeteilt. Dabei müssen die Freunde dieselbe Wahrnehmung haben und sie und ihre Situation bedauern.

4. Kriterium:

Die co-abhängige Person fungiert als Spiegel des Abhängigen. So spiegelt diese auch die Abwehrmechanismen. Dieses Kriterium besagt, dass co-abhängige Personen zu Beziehungen mit Drogenabhängigen, ebenfalls co-abhängigen oder persönlichkeitsgestörten Personen neigen. (Cermak in: Rennert 1990, S.137). Für andere Personen scheinen solche Beziehungen eher unvorstellbar. So hilft der Co-Abhängige, ihm z.B. die Realität verzerrt wahrzunehmen und trägt zu seinen Rationalisierungen bei.

Cermak (in: Rennert 1990, S.140f) erklärt die gegenseitige Anziehungskraft dadurch, dass co-abhängige Personen dazu neigen, ihr Selbstwertgefühl von einer anderen Person abhängig zu machen, so dass diese darüber Macht bekommt. Im Gegensatz dazu haben Drogenabhängige ein stark ausgeprägtes narzisstisches Bedürfnis und wollen etwas ganz Besonderes sein.

Aufgrund der komplimentären Charaktereigenschaften der abhängigen und der co-abhängigen Person können beide auf eine unterschiedliche Art und Weise aus dieser zwischenmenschlichen Verbindung ihr Nutzen ziehen. So sind sie auch nicht gezwungen, sich über ihre Bedürfnisse klar zu werden und auszudrücken.

Gleichzeitig befinden sie sich in ihrer Beziehung auch in einem Teufelskreis. Zum einen ist der Abhängige nicht in der Lage, den niedrigen Selbstwert der co-abhängigen Person zu unterstützen, zum anderen bemerkt die co-abhängige Person ihre Unzulänglichkeit, über den Abhängigen und seine Sucht Kontrolle auszuüben. Um ihre Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle in den Griff zu bekommen, legt sie eine immer stärkere Willenskraft an den Tag, um ihr Ziel doch zu erreichen. (vgl. Cermak in: Rennert 1990, S.141).

5. Kriterium:

Das fünfte und letzte Kriterium besagt nach Cermak (a.a.O.), dass die co-abhängige Person mindestens drei oder mehrere der nachfolgend aufgezählten zehn Merkmale besitzt. Auch die Co-Abhängigkeit ist durch eine große Bandbreite von Symptomen charakterisiert, die ein Individuum nicht alle aufweisen kann, zumal Cermak (in: Rennert 1990, S.141) einige auch als widersprüchlich bezeichnet:

- Exzessives Vertrauen auf die Verleugnung der Realität:

Ein charakteristisches Merkmal von Co-Abhängigen ist ihre stark ausgeprägte Tendenz zur Realitätsverleugnung. Cermak (in: Rennert 1990, S.142) spricht hier von einer selektiven Realitätsverkennung, da nur angstmachende Situationen vom Bewusstsein ignoriert werden, während die anderen Zugang bekommen. Diese Verleugnung ist ihrer bewussten Kontrolle entzogen, so dass es sich um keinen willentlichen Vorgang handelt. Dennoch muss die co-abhängige Person fortwährend genug Energie aufwenden, um die Umgebung nach ihrer Bedrohlichkeit zu untersuchen und so schnell wie möglich die Verdrängungsmechanismen einzusetzen. Die Ursache dieser Realitätsverleugnung liegt darin, dass sie die Gefühle scheuen, die bei der Wahrnehmung der wirklichen Realität entstehen würden. Durch die ausschnittshaften Wahrnehmung der Realität entsteht für sie ein Sicherheitsgefühl. Die Realitätsverleugnung "... wird selten zugegeben und erst dann losgelassen, wenn der Schmerz und die innere Leere ihres immer enger und isolierter gewordenen Lebens unerträglich geworden ist" (Cermak in: Rennert 1990, S.143). Dies werten sie jedoch als eigene Unzulänglichkeit und sehen dafür die Schuld bei sich.

- Einschränkung der Emotion:

Co-abhängige Personen versuchen mit allen Mitteln, Emotionen von sich fernzuhalten, so dass Gefühle keinen Einfluss auf sie und ihr Verhalten haben können. Hierbei handelt es sich meist um Gefühle wie Wut, Angst, Traurigkeit usw. Nach Cermak (in: Rennert 1990, S.143) führt die Unterdrückung negativer Gefühle dazu,

dass auch ein Teil der positiven und angenehmen Empfindungen nicht erlebt werden kann. Sie wenden so viel Energie auf, was ein sinnvolles und erfülltes Leben unmöglich macht. Cermak weist auf den Trugschluss der Co-Abhängigen hin (in: Rennert 1990, S.143), dass eine Unterdrückung von negativen Emotionen die Lebensqualität verbessert. Ein weit verbreitetes Phänomen der Co-Abhängigkeit ist die Tendenz der Betroffenen, dass sie sich verschließen, die Welt ausschließen und sich in eine Art Trancezustand begeben (a.a.O.). Ihr Geist ist dann nicht mehr anwesend. So erreichen sie ihr Ziel, nicht zu fühlen, was sie glauben lässt, sich sicher fühlen zu können. Eine weitere Möglichkeit, Gefühle einzuschränken liegt auch darin, sie nach außen hin zur Schau zu stellen. So kommt es auch zu Gefühlsausbrüchen, die die oft lang angestauten Gefühle zum Ausdruck bringen. "Das zwanghafte Zur-schaustellen von Gefühlen ist eine wirkungsvolle Verkleidung für eingeschränkte Gefühle" (Cermak in: Rennert 1990, S.144).

- Depression:
Verschiedene Verhaltensweisen und Charaktereigenschaften, wie z.B. die ständige Unterdrückung ihrer Gefühle oder die im Innern angestaute Wut, sind verschiedene Ursachen für die depressiven Gefühle der Co-Abhängigen. Für die Betroffenen selbst ist dies jedoch ein Zeichen für ihre Unfähigkeit, über die Sucht Kontrolle zu haben. Die Depressionen versuchen sie z.B. dadurch zu rechtfertigen, dass die Kinder viel Arbeit machen. So verleugnen sie ihre Depressionen, zumal dies auch ein Beweis dafür wäre, dass sie auch eigene Bedürfnisse haben. Für co-abhängige Personen stehen diese jedoch hinter denen der anderen.
- Erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz):
Co-Abhängige wohnen mit Menschen zusammen, die sich völlig unvorhersagbar verhalten. Das Verhalten der abhängigen Person ist für die, die mit ihr zusammenleben, nicht berechenbar, und Entscheidungen sind nicht verlässlich. So erfordert das Zusammenleben mit dem Abhängigen eine erhöhte Wachsamkeit der co-

abhängigen Person in Bezug auf das Verhalten und die Stimmung. Sie muss "ultra-sensitiv" (Cermak in: Rennert 1990, S.146) auf Veränderungen reagieren.

Die co-abhängige Person ist ständig damit beschäftigt, ihre unmittelbare Umgebung z.B. auf mögliche Katastrophen zu untersuchen. Hinzu kommt noch, dass das Selbstwertgefühl der co-abhängigen Person von dem Verhalten des Gegenübers abhängig ist. Nach Cermak (in: Rennert 1990, S.146) muss sie in der "Hab-acht-Stellung" verharren, um genauestens herauszubekommen, was den anderen glücklich macht. So erkennt sie auch die Unzufriedenheit bereits sehr früh und kann ihr Verhalten sofort verändern. Diese ununterbrochene Aufmerksamkeit erfordert viel Energie.

- Zwanghaftes Verhalten:

Cermak (in: Rennert 1990, S.146) bezeichnet das zwanghafte Verhalten als "primärer Abwehrmechanismus." Der Zwang hilft der co-abhängigen Person, von unangenehmen Gefühlen abzulenken. Hier spielt die Art des Zwangs keine Rolle; so kann es sich um den Zwang zu essen, zu arbeiten und um viele andere Zwänge handeln. Nach Cermak (a.a.O.) gelingt es dem Co-Abhängigen nur dann, weiterhin in seiner Krankheit zu verharren, wenn er die damit verbundenen schmerzlichen Empfindungen nicht in sein Bewusstsein aufsteigen lässt. Durch das zwanghafte Verhalten werden angstmachende Emotionen in den Schatten gestellt, da solche Gefühle im Vordergrund stehen, die im Zusammenhang mit dem Zwang zu sehen sind. Gedankengänge wie z.B. "Ich muss aufhören, so zu essen" (in: Rennert 1990, S.147), spielen im Bewusstsein der co-abhängigen Person eine Rolle.

- Angst:

Die Angst der co-abhängigen Person stellt oft ihre Reaktion auf ihr Leben mit der abhängigen Person dar. Es gibt verschiedene Ausprägungen dieser Angst: Sie kann chronische Formen annehmen und auch zu panischen Ausbrüchen führen. Sie kann auch das Ausmaß einer existenziellen Bedrohung annehmen. Diese Angst liegt in

der Eigenschaft der co-abhängigen Person begründet, "Chamäleon" (Cermak in: Rennert 1990, S.148) zu sein, also das zu sein, was der Partner will und braucht - der Verlust des eigenen Selbst ist dadurch vorprogrammiert. Die co-abhängige Person verliert immer mehr ihr wahres Selbst zugunsten des "vermeintliche(n) Selbst." (a.a.O.). Cermak (in: Rennert 1990, S.148) spricht in diesem Zusammenhang auch vom "emotionalen Tod".

Die Existenzangst tritt auch durch die Beendigung einer Beziehung auf. Dies liegt daran, dass das Selbstwertgefühl vom Gegenüber abhängig ist und eine Trennung einen Identitätsverlust zur Folge haben kann. Die Angst wird von den Co-Abhängigen selbst als eigene Unzulänglichkeit bewertet, da sie ihre Angst nicht kennen. Sie können die wahrgenommene Spannung nicht einordnen und nicht erkennen, da sie im Zusammenhang zu ihrer verzerrten Wahrnehmung steht.

- Missbrauch von chemischen Substanzen:

Co-Abhängige leiden, wie bereits festgestellt wurde, unter zwanghaftem Verhalten, wozu auch der Alkohol- und Drogenkonsum zählt. Cermak (in: Rennert 1990, S.148) vertritt die Ansicht, dass die Co-Abhängigkeit auch zum Suchtmittelmissbrauch führen kann. Er erklärt dies mit der Eigenschaft der co-abhängigen Person, bedrohliche Realitäten und unangenehme Gefühle zu unterdrücken. Der Suchtmittelmissbrauch trägt als "Verstärker" (a.a.O.) dazu bei, die Verleugnung weiterhin aufrechtzuerhalten. Seiner Meinung nach (in: Rennert 1990, S.148) ist "... Drogenmissbrauch (...) konsistent mit der Persönlichkeitsstruktur der co-abhängigen Person."

- Co-Abhängige sind (oder waren) häufig Opfer von wiederholtem körperlichen und/oder sexuellen Missbrauch:

Ein Kennzeichen für eine suchtkranke Familie ist das Vorkommen von körperlichem und/ oder sexuellem Missbrauch, wobei ein Missbrauch auch dann vorliegt, wenn man das Gefühl hat, jemandem hilflos ausgeliefert zu sein. Solche Ereignisse

passieren vorwiegend während eines Black-outs des Abhängigen, der sich an die Ereignisse selbst nicht mehr erinnern kann. Bezeichnend für co-abhängige Personen ist ihr Umgang mit der Gewalt in ihren Beziehungen. Sie messen dem Missbrauch und dem Schaden, den sie dadurch erleiden, nur eine sehr geringe Bedeutung bei und fühlen sich vielfach an ihrer Situation schuldig. Viele Opfer sind davon überzeugt, dass sie dies verdient (Cermak in: Rennert 1990, S.149) haben und ihr Verhalten die Ursache dafür ist.

Auch in diesem Fall funktioniert ihre Abwehr, die eine realistische Wahrnehmung ihrer Lebenssituation verhindert. Manche co-abhängige Personen sind nicht in der Lage, eine solche missbräuchliche Beziehung zu beenden und verharren in ihr. Nach Cermak (in: Rennert 1990, S.150) kommt es nicht selten vor, dass die Opfer des Missbrauchs so viel Mitgefühl mit dem Aggressor zeigen und sich mit ihm identifizieren. Da die Bedürfnisse der co-abhängigen Menschen eine völlig untergeordnete Rolle spielen, kommen sie immer mehr zu der Überzeugung, dass sie eine andere Behandlung nicht verdient haben. "Sie können sich schlichtweg kein anderes Leben mehr vorstellen, als das, das sie zurzeit führen." (a.a.O.).

- Stressbedingte Krankheiten:

Cermak ist der Ansicht, dass Co-Abhängige häufiger unter stressbedingten Krankheiten leiden als Menschen, die eine angemessene Reaktion auf Belastungen zeigen. (in: Rennert 1990, S.151). Für ihn gehören sie zu den Menschen, die "dysfunktionale Reaktionen auf Stress ..." (a.a.O.) zeigen. Die co-abhängige Person kann eine Zeit lang mit der belasteten Familiensituation umgehen und reagiert erst zu einem späteren Zeitpunkt mit körperlichen Beschwerden. Dazu gehören z.B. Kopfschmerzen, Asthma und Magengeschwüre. Die übliche medikamentöse Behandlung hat bei Co-Abhängigen oft keinen Erfolg. Cermak (in: Rennert 1990, S.151f) schlägt deshalb vor, an einer Al-Anon-Gruppe teilzunehmen, um alternative Möglichkeiten kennen zu lernen, auf Stress zu reagieren. Die co-abhängigen Personen betrachten sich ihre Situation erst dann realistisch, wenn sie mit der Gefährlichkeit ihrer körperlichen Beschwerden konfrontiert wurden.

- Co-Abhängige leben zumindest zwei Jahre in einer primären Beziehung mit einem aktiv Drogensüchtigen, ohne fremde Hilfe zu suchen:

Die suchtkranke Familie lehnt es zunächst einmal ab, eine fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Familie will nach außen hin auf keinen Fall hilfsbedürftig aussehen. So finden die Co-Abhängigen immer wieder Entschuldigungen und Rechtfertigungen dafür, dass sie jegliche Unterstützung zum Lösen ihrer Probleme ablehnen. Die Familie will ihre Schwierigkeiten nicht zugeben. Nach einer gewissen Zeit der Begründungen bekommt man jedoch den Eindruck, dass es sich hierbei vielmehr um Ausreden handelt. Cermak (in: Rennert 1990, S.155) vertritt die Meinung, dass die co-abhängige Person sich zu einem gewissen Zeitpunkt damit auseinander setzen muss, inwieweit sie ein suchtförderndes Verhalten zeigt. Er schlägt eine Zeitspanne von zwei Jahren vor. Für ihn scheint der Zeitraum realistisch zu sein, dass sich die Familie über ihre Hilfsbedürftigkeit bewusst wird, sofern sie zu einer realistischen Wahrnehmung bereit ist.

3.4.2 Co-Abhängigkeit und Familienregeln: Der Ansatz von Robert Subby

Nach Subby (in: Rennert 1990, S.163) ist Co-Abhängigkeit "ein Lebensbewältigungs- und Problemlösungsmuster, das durch eine Reihe von dysfunktionalen Regeln innerhalb der Familie oder des sozialen Systems geschaffen und aufrechterhalten wird."

Er beschreibt einige typische Regeln, die das Familiengleichgewicht aufrechterhalten und die Entwicklung von Co-Abhängigkeit begünstigen:

- Man spricht nicht über Probleme.
- Man soll Gefühle nicht offen zeigen.
- Es soll keine offene, sondern eine indirekte Kommunikation stattfinden, wobei eine Person zwischen zwei anderen als Vermittler fungiert (Triangulation).

- Es bestehen unrealistische Erwartungen wie z.B.: Sei stark, gut, perfekt, mach immer alles richtig, mach uns stolz.
- Sei nicht egoistisch.
- Handle nach dem, was ich sage und nicht nach dem, was ich selbst tue.
- Es ist nicht erlaubt, zu spielen.
- Nichts in der Familie darf sich ändern.

Co-abhängige Personen sind davon überzeugt, dass ihnen durch Einhaltung dieser Regeln Liebe und Akzeptanz entgegengebracht wird. Durch diese Annahme und ihr Bedürfnis nach Nähe unterdrücken sie ihr eigenes Selbst. Diese Familienregeln schützen die einzelnen Familienmitglieder voreinander und verhindern, dass sie sich untereinander zu nahe kommen. Menschen, die in solchen Regelsystemen aufwachsen, erfahren eine Beeinträchtigung in ihrer Persönlichkeitsentwicklung. Diese starren Regeln stehen einer gesunden Entwicklung und einem Wachstum im Weg.

Die co-abhängigen Personen verharren in ihrer erlebten Realität, in der sie sämtliche Gefühle verbergen müssen, und sind so einsam und isoliert. Sie kennen nur ihre Regeln, die ihnen eine Veränderung unmöglich machen und keine alternativen Möglichkeiten der Lebensgestaltung bieten. Im Zusammenhang mit der Co-Abhängigkeit spricht man vielfach auch von "eingefrorenen Identitäten"(Wegscheider-Cruse in: Rennert 1990, S.164).

Co-Abhängige Personen sind oberflächlich gesehen häufig glücklich und erfolgreich. Darunter zeigen sich meist Gefühle von Angst, Schuld, Verletzung und auch Einsamkeit.

Subby beschränkt das Phänomen der Co-Abhängigkeit nicht ausschließlich auf die Interaktion mit Suchtkranken.

So kann co-abhängiges Verhalten auch in anderen Beziehungen auftreten, in denen "dysfunktionale Regeln" (Subby in: Rennert 1990, S.164) bestehen. Er ist davon über-

zeugt, dass süchtige Menschen solche co-abhängigen Systeme suchen bzw. aufbauen, die ihre Sucht unterstützen und dass Süchtige gleichzeitig co-abhängig sind.

Er bezeichnet Co-Abhängigkeit als Krankheit. Dennoch kommt er zu einer anderen Definition. Nach Subby (in: Rennert 1990, S.165) entwickelt sich die Co-Abhängigkeit dann zu einer Krankheit, wenn ein Mensch über einen längeren Zeitraum mit dysfunktionalen Regeln lebt und sie in diesem Maße verinnerlicht, um so sein Leben zu bewältigen. Ein gesundes Wachstum im emotionalen, psychologischen und sozialen Bereich wird dadurch verhindert.

Trotz der möglichen Beeinträchtigungen des Organismus ist es für viele Menschen dennoch möglich, ein glückliches Leben zu führen. Das Leben in einem starren Regelsystem führt seiner Meinung nach nicht zwangsläufig zu ausschließlich unglücklichen Menschen.

Er nennt einige "belastete Familiensysteme" (Subby in: Rennert 1990, S.166), welche die Entwicklung der Co-Abhängigkeit besonders begünstigen:

- Familien mit einem alkohol- bzw. drogenabhängigen Mitglied;
- Familien, in denen jemand psychisch gestört oder psycho-somatisch krank ist und sich widersprüchlich und unvorhersagbar verhält;
- Familien, in denen körperlicher und sexueller Missbrauch stattfindet;
- Familien mit rigide-dogmatischem Erziehungsstil.

Nach Subby entwickeln 80 % der Menschen aus den oben geschilderten Familien zwanghafte und süchtige Verhaltensweisen, um ihre Probleme und ihre Ängste zu verdrängen.

Dennoch gelingt es manchen Familienmitgliedern trotz ihrer Herkunftsfamilien und dem Regelsystem, in dem sie aufgewachsen sind, alternative Lebensbewältigungsme-

chanismen zu entwickeln. Einen großen Beitrag dazu leisten Personen außerhalb dieses Systems, die den Betroffenen andere Beziehungserfahrungen ermöglichen.

Obwohl die meisten Co-Abhängigen aus Familien mit dysfunktionalen Regeln stammen, müssen diese nicht ausschließlich aus belasteten Familien stammen. Subby (in: Rennert 1990, S.166) erwähnt ebenso die Möglichkeit, dass manche Menschen erst als Erwachsene co-abhängig werden, da sie mit belasteten Personen in Beziehung treten und deren dysfunktionale Rollen übernehmen.

3.4.3 Wenn Frauen zu sehr lieben: Der Ansatz von Robin Norwood

Norwood definiert in ihrem Buch "Wenn Frauen zu sehr lieben" (1986, S.69) den Begriff Co-Alkoholismus folgendermaßen:

"Das Wort Co-Alkoholiker bezieht sich auf Menschen, deren Verhalten im Umgang mit anderen gestört ist, weil sie eine sehr enge Beziehung zu jemandem hatten, der alkoholkrank war. Ganz gleich, ob der Alkoholiker nun ein Elternteil, Ehepartner, Kind oder Freund gewesen ist - eine solche Beziehung bewirkt meistens, dass beim Co-Alkoholiker bestimmte Gefühle und Verhaltensweisen auftreten: ein niedriges Selbstwertgefühl, das Bedürfnis, gebraucht zu werden, ein starkes Verlangen danach, andere zu verändern und zu kontrollieren, und eine Bereitschaft zu leiden."

Auch Norwood bezeichnet Co-Abhängige als Kranke. Sie hat diese Merkmale der Co-Abhängigkeit bei Co-Alkoholikerinnen beobachtet und ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die charakteristischen Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften auch für eine Vielzahl von anderen Frauen kennzeichnend sind. So sind ihre Adressaten all die Frauen, die "zu sehr lieben" (Norwood 1986, S.10), da es ihrer Meinung nach ein frauenspezifisches Problem ist, was sich in ihren Beziehungen zu Männern niederschlägt und für sie selbst negative Auswirkungen hat.

Obwohl es auch Männer gibt, die "zu sehr lieben", werden diese jedoch nur selten von einer Beziehung abhängig. Während sich Frauen häufig auf ihren Partner fixieren, findet bei Männern hingegen eine ausgeprägte Konzentration auf ihren Beruf oder ihre Hobbys statt. (nach Norwood 1986, S.11f).

Für die Entwicklung der Co-Abhängigkeit sind ihrer Meinung nach gestörte Verhältnisse in den Herkunftsfamilien der co-abhängigen Frauen verantwortlich. Sie lehnt eine systemische Betrachtung ab, so dass Norwood die Schuld einzig und allein bei den Eltern sieht. Die Eltern leiden vielfach selbst unter einer Sucht, sie zeigen pathologische Persönlichkeitsmerkmale, sie legen vielfach aggressive Verhaltensweisen an den Tag oder sind nicht liebesfähig. In diesen Familien bestehen starre Rollenvorgaben, so dass auch eine begrenzte Kommunikationsfähigkeit besteht. Die einzelnen Familienmitglieder können sich nur in begrenztem Umfang frei äußern, so dass sie ihre Gefühle und Bedürfnisse vielfach unterdrücken müssen. In diesen Familien bestehen vielfach Tabus.

Obwohl auch Männer unter denselben Umständen aufwachsen, geraten diese nur selten in eine derartige Beziehungsabhängigkeit. Sie haben einen anderen Umgang mit ihren Verletzungen und Schäden gelernt, so dass "... sie Ziele anstreben, die eher außen als innen liegen, die mehr unpersönlicher als persönlicher Art sind." (Norwood 1986, S.12).

In unseren Kulturkreisen erfahren Frauen eine geschlechtsspezifische Erziehung, die ihnen spezifische Rollen zuschreibt. Durch die geschlechtsspezifische Sozialisation von Frauen, werden sie zu co-abhängigen Verhaltensweisen in der Beziehung zu einem Mann prädestiniert. Ihre Partner sind häufig emotional unzulänglich, so dass sie diese mit ihrer Liebe und Zuneigung verändern wollen.

Frauenspezifische Rollenzuschreibungen während ihrer Sozialisation machen sie für solche Beziehungen anfällig. So wird Frauen in der Erziehung beigebracht, dass ihr

Selbstwertgefühl von der Meinung der anderen abhängig ist und sie sich um die Bedürfnisse und den Gemütszustand des Gegenübers zu kümmern haben.

3.4.4 Co-Abhängigkeit und Gesellschaft: Der Ansatz von Anne Wilson-Schaef

Nach Wilson-Schaef tritt Co-Abhängigkeit nicht nur ausschließlich bei den Menschen auf, die eine Beziehung zu einem Suchtkranken haben. Sie sieht Co-Abhängigkeit als ein gesellschaftliches Phänomen an.

Sie unterscheidet zwei Aspekte der Co-Abhängigkeit: Zum einen ist es eine individuelle Krankheit und zum anderen geht die Co-Abhängigkeit aus einem Krankheitsprozess hervor, der in enger Beziehung zum Gesellschaftssystem steht. Diesen Krankheitsprozess bezeichnet Wilson-Schaef als "Suchtprozess" (Wilson-Schaef 1986, S.31), den sie als "Primärerkrankung" bezeichnet. So liegt dieser Suchtprozess sowohl dem Alkoholismus als auch der Co-Abhängigkeit zugrunde.

Wilson-Schaef vergleicht den Suchtprozess mit einer Art Todestrieb, der sich gegen das Leben stellt und zum Tod führt. Dieser Suchtprozess äußert sich u.a. in der Drogenabhängigkeit, der Co-Abhängigkeit, durch Ess- und Beziehungsstörungen und vieles mehr. Diese "Grundkrankheit" (Wilson-Schaef 1986, S.51) steht in einer engen Verbindung zu den bestehenden kulturellen Bedingungen, und es existieren unterschiedliche Ausprägungen davon.

Wilson-Schaef sieht die Co-Abhängigkeit als eine eigene Krankheit an. Obwohl es verschiedene Ausprägungen der Co-Abhängigkeit gibt, besitzt sie eine spezifische Symptomatik. Die Co-Abhängigkeit besitzt einen Anfang, einen voraussehbaren Verlauf und ein absehbares Ende, was den Tod bedeutet (nach Wilson-Schaef 1986, S.16).

Die Schule, die Familie und die Kirchen sind nach Wilson-Schaef Institutionen, die für die krank machenden Strukturen in der Gesellschaft verantwortlich sind. Sie weist darauf hin, dass co-abhängiges Verhalten nicht nur im Zusammenhang mit der Sucht stehen muss. So können belastete Familien auch die Verhaltensweisen zeigen, die für die Familienmitglieder eines Drogenabhängigen typisch sind.

In ihrem Ansatz geht Wilson-Schaef auf das Phänomen ein, dass die Menschen, die in einem helfenden Beruf arbeiten, chronisch Co-Abhängige sind und dass diese bei der Arbeit mit diesen die Gefahr laufen, von ihren Klienten abhängig zu werden. Die Helfer zeigen ganz bestimmte Krankheitssymptome. Der Helfer konzentriert sich nur auf den Süchtigen und dessen Bedürfnisse; er hat das Bedürfnis, für alles Lösungen zu finden, zu kontrollieren und für andere Erklärungen zu finden.

Zusammenfassend darf festgehalten werden:

Co-Abhängige leiden unter einer verzerrten Wahrnehmung der Möglichkeiten ihrer Willenskraft, sie fühlen sich für die Befriedigung von Bedürfnissen der anderen verantwortlich, sie übernehmen Teile der Persönlichkeit des Gegenübers, sie benutzen ebenso Abwehrmechanismen wie die Süchtigen und sie zeigen typische Verhaltens- und Persönlichkeitsmerkmale.

Zur Vertiefung sollten die Merkmale nach Cermak sowie die Merkmale des Familiengleichgewichts nach Subby vergegenwärtigt werden.

3.5 Sozialisation als Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit

Es soll eine Klärung der Begriffe Sozialisation, Enkulturation und Personalisation vorgenommen werden. Dabei müssen Umweltbedingungen einbezogen werden, es sind biologistische, idealistische pädagogisch reduzierte Sichtweisen zu vermeiden. In der Wechselwirkung zwischen persönlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen ist ein Entwicklungsprozess zu ermöglichen, der zur (selbstständigen) Handlungsfähigkeit (Emanzipation) führt. Dieser Prozess kann mit psychologischen und soziologischen Theorien (die Grundlage für eine erziehungswissenschaftliche Betrachtung liefern) erklärt werden.

Der Begriff "Sozialisation" hat sich in den 70er Jahren nicht nur in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften etabliert, sondern ist heute bis in die Alltagssprache vorge-
drungen.

Das interdisziplinäre Arbeitsfeld "Sozialisation" vereinigt viele Basistheorien aus der Psychoanalyse, der Lerntheorie, der Kognitionstheorie, der Soziologie und unterschiedliche strukturell-funktionale wie interaktionistische Konzepte.

Andererseits reflektieren alle Sozialwissenschaften einschließlich Systemische Therapien die Sozialisationskonzepte.

Alle Forschungsrichtungen, die sich mit der menschlichen Persönlichkeit beschäftigen, nutzen Sozialisationskonstrukt zur Ursachenerkennung und -beschreibung.

In dem folgenden Kapitel werden, wie schon ausgeführt, die wichtigsten Theorien beschrieben und die für das Verständnis des hier bearbeiteten Sachverhaltes notwendigen Aspekte hervorgehoben.

3.5.1 Definition des Begriffs Sozialisation

Die wenigsten Verhaltensweisen des Menschen sind genetisch bedingt, so dass er die meisten sozialen Verhaltensweisen lernen muss. Bellebaum (1983, S.83) bezeichnet die nach der physischen Geburt beginnende Menschwerdung als "*zweite Geburt*." Die Anlagen, die der Mensch von Geburt an in sich trägt, kann er erst mithilfe anderer nutzbar machen, so dass das Individuum dadurch erst zum Menschen wird.

So wird die menschliche Natur, entsprechend den Normen und Einstellungen, in der Sozialisation geformt. So kann der Mensch Person werden. "Er wird erst Person durch die Sozialisation." (a.a.O.). In der Soziologie spricht man auch von der "sozialen Geburt", da Neugeborene nur durch das Vorhandensein von sozialen Beziehungen Menschen werden können.

Eine grundlegende Voraussetzung für den Sozialisationsprozess stellen emotionale Beziehungen dar. In der Sozialisation kommt es dann zum "Aufbau der Person." "Ein Kind wird zum Menschen unter den Menschen." (Kohnstamm 1984, S.188). Nach Schenk-Danzinger (1985, S.114) muss der Mensch lernen, mit seinen Mitmenschen zusammenzuleben. Dieses Lernen bezeichnet man als Sozialisation.

Der Mensch lebt in einer Gemeinschaft und nimmt von sich aus immer mehr die dort geltenden Gewohnheiten und Werte an. Kohnstamm (1984, S.188f) versteht unter Sozialisation ein Angleichen an andere Menschen und unterteilt diesen Prozess in drei Bereiche:

Zunächst orientiert sich das Individuum an anderen Menschen und interessiert sich für sie. Dann übernimmt es von diesen Wertvorstellungen und Verhaltensweisen. Schließlich ist es zum Umgang mit anderen Menschen in der Lage und kontaktfähig.

Ursprünglich wurde der Begriff Sozialisation von dem Soziologen Emile Durkheim eingeführt, der sich bei seiner Definition sehr einseitig auf den prägenden Einfluss gesellschaftlicher Bedingungen auf die menschliche Persönlichkeitsentwicklung kon-

zentriert hat. Die Vergesellschaftung stand im Mittelpunkt seines Interesses. Emil Durkheim sah zwischen dem Begriff Sozialisation und dem Begriff Erziehung eine enge Beziehung. Er bezeichnete "... Erziehung als das wichtigste gesellschaftliche Mittel der Sozialisation des menschlichen Nachwuchses (...), durch das die bei der Geburt 'asozialen' menschlichen Wesen zum 'sozialen Leben' geführt werden." (Hurrelmann 1990, S.13).

In den heutigen Sozialwissenschaften wird der Begriff anders definiert und verwendet, so dass die Sozialisation weitgehend ihren prägenden Charakter verliert. Mit der wachsenden Bedeutung der Sozialisationsforschung stieg auch die Zahl verschiedener Definitionen des Begriffs Sozialisation, der noch nicht eindeutig und unwidersprochen definiert ist. (vgl. Schneewind 1983, S.9).

Nach Hurrelmann (in: Mühlbauer 1980, S.23f) beinhaltet der Begriff drei verschiedene Bedeutungen:

1. Unter Sozialisation versteht man die gesellschaftlichen Handlungen und Einrichtungen, die auf direktem oder indirektem Weg auf die Persönlichkeitsentwicklung Einfluss nehmen.
2. Diese Entwicklung wird dann als Sozialisation bezeichnet, wenn sie durch sozio-kulturelle Einflüsse der Umwelt bestimmt wird.
3. Es wird jener Prozess als Sozialisation bezeichnet, der dem Menschen gesellschaftliche Normen, Werte und Handlungsmuster vermittelt und ihn befähigt, zu einem potenziell handlungsfähigen menschlichen Subjekt zu werden.

Ein bestimmter Bereich der sozialen Realität wird unter Sozialisation subsumiert. Der Sachverhalt ist weder sinnlich direkt fassbar, noch dinglich greifbar, aber dennoch existent.

Sozialisation ist ein theoretisches Konstrukt, das deskriptiv und analytisch einen spezifischen Ausschnitt der Realität erfasst.

So definieren Geulen/Hurrelmann (1980, S.51) im Handbuch der Sozialisationsforschung Sozialisation "als der Prozess der Entstehung und Entwicklung der Persönlichkeit in wechselseitiger Abhängigkeit von der gesellschaftlich vermittelten sozialen und materiellen Umwelt. Vorrangig thematisch ist dabei ..., wie sich der Mensch zu einem gesellschaftlich handlungsfähigen Subjekt bildet".

Diese Aussage wird von Hurrelmann (1986, S.14) näher erläutert, indem er Sozialisation als Prozess bezeichnet, "in dessen Verlauf sich der mit einer biologischen Ausstattung versehene menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit bildet, die sich über den Lebenslauf hinweg in Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen weiterentwickelt".

Mühlbauer (1980, S.25) versteht unter dem Begriff Sozialisation den "Prozess der Menschwerdung des Menschen" und somit einen "Vergesellschaftungs- und Individuierungsprozess", zumal dieser Prozess der Erziehung und Entwicklung, nach Hurrelmann (1976), immer unter dem Aspekt der gesellschaftlichen Vermitteltheit betrachtet werden muss.

Wurzbacher (in: Mühlbauer 1980, S.96-101) vertritt eine andere Sichtweise von den Sozialisationsprozessen. Nach seinen Vorstellungen kommt in Bezug auf die Sozialisierung des Menschen nicht nur der Primärgruppe und der Gesellschaft eine wichtige Rolle zu, vielmehr sind auch die Faktoren "Person" und "Kultur" bedeutsam. Sein Modell des Sozialisationsgeschehens schenkt den oben angeführten einflussnehmenden Gegebenheiten und auch ihrer gegenseitigen Wechselwirkung Aufmerksamkeit.

So nimmt Wurbacher eine begriffliche Ausdifferenzierung des Sozialisationsgeschehens vor, indem er diesen Prozess unterteilt in:

- Sozialisation:

Darunter versteht er eine bestimmende Einflussnahme der Gesellschaft auf ihre Mitglieder. Er versteht darunter den "Vorgang der Führung, Betreuung und Prägung des Menschen durch die Verhaltenserwartungen und Verhaltenskontrollen seiner Beziehungspartner" (Wurbacher 1980, S.100). Nach seiner Meinung zwingt die Gesellschaft den Einzelnen, sich dem "sozialen Wirkungsganzen ein- und unterzuordnen" (Wurbacher 1980, S.100).

- Enkulturation:

Enkulturation ist gleichbedeutend mit dem Begriff der kulturellen Bildung. Durch diesen Prozess werden dem Individuum durch andere Personen oder Gruppen Erfahrungen und Werte der Kultur angeeignet, die diese dann verinnerlicht. So kommt es zur Erhaltung und Entfaltung der eigenen und auch der Gruppenexistenz.

Der Enkulturationsprozess ermöglicht es dem Menschen, sich aus den sozialen Abhängigkeiten zu lösen, da er die Rollenerwartungen und -kontrollen auf ihre Sachlichkeit hin überprüfen kann "... und sie auf die Ebene personenabhängiger sachlicher Gesetzmäßigkeiten hebt." (Mühlbauer 1980, S.100). Dadurch macht er sich einen Maßstab zu Eigen, an dem er sowohl die Forderungen seiner Umwelt als auch seine eigenen messen kann.

- Personalisation:

Nach Wurbacher (1980, S.100) bedeutet Personalisation "Selbstformung und -steuerung der eigenen Triebstrukturen" sowie die "sinngabende, koordinierende und verantwortlich gestaltende Rückwirkung des Individuums auf die Faktoren Gesellschaft und Kultur."

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.6) verstehen unter Sozialisation einen Einordnungs- und Lernprozess des Menschen in das soziale Gesellschaftssystem, das ihn umgibt. Charakterisiert ist dieser Prozess durch Anpassung und Selbstdurchsetzung. Es kommt zur wechselseitigen Interaktion zwischen den Menschen und zur Übernahme der dort bestehenden Normen und Werte, was eine immerwährende Internalisierung der gesellschaftsspezifischen Handlungs- und Verhaltensweisen zur Folge hat (a.a.O.).

Zum Gegenstandsbereich gehören somit alle Umweltbedingungen, die auf das Subjekt in seiner Entwicklung Einfluss nehmen. Danach sind soziales Milieu, Wohnverhältnisse, Konsumverhalten, Spielzeug als auch das elterliche Sprachverhalten als Bedingungen des Sozialisationsprozesses anzusehen.

Die Grundaussagen über das Verhältnis des Individuums zu den Bedingungen seiner Umwelt lassen erkennen, dass von einem heranwachsenden Menschen ausgegangen wird, der auf seine Lebens- und Lernprozesse einen aktiven und verändernden Einfluss nimmt. Menschen wirken auf andere und sich selbst, sind nicht nur Produkt der Sozialisation, sondern entwickeln sich zu einem handlungsfähigen Subjekt. Im Prozess der aktiven Aneignung von Umweltbedingungen durch den Menschen werden nicht einfach gesellschaftliche Erwartungen oder Forderungen in psychische Strukturen übernommen. Die aktive Gestaltungsfähigkeit des Menschen - sich zu seiner Umwelt individuell und situativ verschieden zu verhalten - steht im Widerspruchsverhältnis zu den gesellschaftlichen Anforderungen, die auf Normierung und Anpassung ausgerichtet sind.

Dieses Grundverständnis vom sozialisierenden Subjekt und seinem Verhältnis zur Umwelt kann inzwischen als Konsens in der Sozialisationsforschung angenommen werden.

Die Implikationen des Sozialisationsbegriffes wenden sich gegen

- biologistische Auffassungen, die die Persönlichkeitsentwicklung überwiegend auf erbliche Faktoren und ihre Reifung zurückführen;
- idealistische Auffassungen, dass die Subjektwerdung einer erfahrungswissenschaftlichen Analyse nicht zugänglich und auch nicht auf gesellschaftliche Bedingungen zurückführbar sei;
- eine pädagogisch reduzierte Sichtweise, die nur bewusste erzieherische Akte als bedeutsam für die Subjektentwicklung ansieht.

Aus der bisherigen Begriffsbestimmung lässt sich ableiten:

Sozialisation beinhaltet die Wechselwirkung von Persönlichkeitsentwicklung und Gesellschaftsentwicklung.

Nun tritt dem Einzelnen die Gesellschaft nicht in ihrer Komplexität gegenüber, sondern der Heranwachsende interagiert in konkreten sozialen Umwelten, die natürlich in größere Zusammenhänge eingebunden sind. Ein Gefüge von unterschiedlichen Ebenen des Sozialisationsprozesses muss differenziert werden.

Beispielsweise kann die Interaktionen zwischen Kind und Eltern als Bedingungen der vorschulischen Sozialisation angesehen werden.

Die Interaktionsmuster sind Ausdruck der Persönlichkeitsmerkmale der Eltern, aber auch der familiären Situation geschuldet. Die Eingebundenheit der Familien in kommunikative und institutionelle Strukturen zeigt weitere Ebenen des Sozialisationsprozesses bis hin zu gesamtgesellschaftlichen Strukturen.

Diese Strukturen wirken nicht direkt auf die Subjektentwicklung ein, sondern bedürfen einer Vermittlung über familiäre Lebensbedingungen, über elterliches Verhalten oder über spielerisches Lernen in Kleingruppen.

Das Zusammenwirken aller dieser Sozialisationsbedingungen - von der Sozialschicht bis zur fürsorglichen Zuwendung der Eltern, Geschwister und Großeltern - macht die Spezifik aus.

Schlussfolgernd aus dem Beispiel und in Anlehnung an Geulen/Hurrelmann (1980) sowie Tillmann (1989) können vier Ebenen des Sozialisationsprozesses pragmatisch differenziert werden:

- "Die erste Ebene wurde schon mehrfach als zentrale Betrachtungsperspektive benannt. Es geht um die Entwicklung der Individuen, um die Herausbildung von Persönlichkeitsmerkmalen und damit um Erfahrungsmuster und Einstellungen, um Wissen und um emotionale Strukturen. All diese Fähigkeiten leisten einen Beitrag, um das Subjekt handlungsfähig zu machen. Der Erwerb dieser Fähigkeiten vollzieht sich im gesellschaftlichen Austausch; denn der sich entwickelnde Mensch steht in Interaktion mit anderen Menschen und betreibt zugleich die handelnde Aneignung und Umgestaltung der dinglichen Umwelt (zunächst im Spiel, später auch in der Arbeit" (Tillmann, 1989, S.16f).
- "Die zweite Ebene der unmittelbaren sozialisatorischen Umwelt lässt sich daher mit den Begriffen 'Interaktionen und Tätigkeiten' fassen"(Tillmann, 1989, S.17). Es geht beispielsweise um Eltern-Kind-Beziehungen, schulischer Unterricht, Kommunikation zwischen Gleichaltrigen, Freunden und Verwandten.
- Die dritte Ebene umfasst die Institutionen wie Kindertagesstätten, Schule, Betriebe, Massenmedien, Kirchen usw.

- Die vierte Ebene wird durch die ökonomische, soziale, politische und kulturelle Struktur der Gesellschaft bestimmt.

Die Darstellung verdeutlicht, dass die jeweils höhere Bedingungsstufe die Rahmenbedingungen für die Strukturen und Prozesse der nächst niedrigeren setzt. Das Beziehungsgefüge hat Wechselwirkungscharakter. Es ist kein deterministisches Modell.

Sozialisation ist ein individueller Entwicklungsprozess hin zur Handlungsfähigkeit.

Die Gliederung des Sozialisationsprozesses nach biografischen Phasen strukturiert Altersabschnitte mit typischen Entwicklungsaufgaben.

Interaktionsmuster der Eltern sind erklärbar aus der Einbindung dieser Familie in das gesellschaftliche Gesamtsystem. Sie müssen aber auch auf dem Hintergrund der Lebenserfahrung - eigene Kindheit, Bildung, Beruf, Ehe - der Eltern selbst gesehen werden. Das Ineinandergreifen der Erfahrungen aus den unterschiedlichen Lebensphasen haben also zentrale Bedeutung für die Sozialisation.

Aus diesen Überlegungen lässt sich ableiten, dass man sinnvollerweise die frühe Sozialisation allein in der Familie - als primäre Sozialisation - von der nachfolgenden in Familie, Schule und Altersgruppe - als sekundäre Sozialisation - differenziert. Dementsprechend kann man für die Sozialisation im Erwachsenenalter auch den Begriff - tertiäre Sozialisation - verwenden.

Da diese Gliederung nur ein sehr großes Raster ist, haben Soziologen eine Phasierung des Lebenslaufes empirisch ermittelt:

- Einschulung
- Schulentlassung
- Berufstätigkeit
- Eheschließung

- Rentenalter

Die Lebenssituation kann jedoch - wie man unschwer nachvollziehen kann - nach der Schulentlassung sehr unterschiedlich sein. So war man gezwungen eine "Normalbiografie" und Varianten zu skizzieren.

Die Entwicklungspsychologie bietet einen anderen Zugang. Orientiert man sich am Lehrbuch der Entwicklungspsychologie von Oerter und Montada (1982), so werden die folgenden Phasen unterschieden:

- | | |
|------------------|---------------|
| - Säugling | 00 - 01 Jahr |
| - frühe Kindheit | 02 - 04 Jahre |
| - Kindheit | 05 - 12 Jahre |
| - Jugend | 13 - Jahre |
| - Erwachsener | - 65 Jahre |
| - Alter | ab 66 Jahre |

(Die Abgrenzung von Jugend zu Erwachsener ist nur schwer möglich.)

Die Reihung der verschiedenen Lebensphasen beschreibt nur einen Grundsachverhalt, lässt die Spezifik und die Individualität des Verlaufs unberücksichtigt.

Liegle (1980) erläutert Primär- und Sekundärsozialisation näher, in dem er schreibt: "In der primären Sozialisation erlernt das Kind die allgemeinen und sozialen Grundlagen der Rollenübernahme und universale Rollen wie die Geschlechterrolle. In der sek. Sozialisation wird die Übernahme von spezifischen gesellschaftlichen Rollen und Qualifikationen gelernt, welche für die Reproduktion der jeweils vorherrschenden Bedingungen der Arbeitsteilung und der Verteilung von Wissen als wichtig gelten (z.B. Berufsrolle)" (S.210).

Die Bedeutung der Primärsozialisation wird von Kohli (1980) hervorgehoben: "Die Auffassung vom Primat der frühen Lebensphasen ist nach wie vor die verbreitetste.

Als wichtigste Phase im Sozialisationsprozess gilt gewöhnlich die frühe Kindheit. Einflüsse in späteren Lebensphasen werden als vernachlässigbar oder - in differenzierteren Ansätzen - als gering veranschlagt. Letzteres kommt etwas in der bereits angeführten begrifflichen Kontrastierung von primärer und sekundärer Sozialisation zum Ausdruck" (S.310).

Die gleiche Auffassung vertritt auch Kossolapow (1974), wenn er äußert: "Man trennt beide Sozialisationsarten, weil man in der primären Sozialisation die familiale und vorschulische Vermittlung von lebenslang wirksamen Verhaltensweisen sieht, solche Basiserfahrungen sollen eine Art Prägecharakter für das Kind haben. Dagegen würde die sekundäre S., die mit Schulbeginn einsetzt, auf dieser Primärerfahrung aufbauen und im Wesentlichen durch die vorangegangene Periode bestimmt sein" (S.426).

Zusammenfassend beinhaltet der Begriff Sozialisation einen von Adaptation und Selbstbehauptung gekennzeichneten Lebens- und Lernprozess des Menschen zur Internalisierung von Handlungs- und Verhaltensweisen der konkreten sozialen Welt.

Aus dieser Bestimmung ergibt sich eine biografische Gliederung des Sozialisationsprozesses in den Phasen primäre, sekundäre und tertiäre:

- Die erste Sozialisationsphase - Primärsozialisation - findet in Primärgruppen, wie die der Familie oder die der Gruppe der Spielkameraden statt. Man kann dann von einem Ende der Primärsozialisation sprechen, wenn der Mensch eine Ich-Identität erlangt und er genügend emotionale Zuwendung bekommen hat. In diesen Jahren ist der Mensch besonders prägsam, so dass während der ersten Phase für die weitere Entwicklung notwendige Grundpfeiler gesteckt werden (nach Bellebaum 1983, S.86).
- Die zweite Sozialisationsphase - Sekundärsozialisation - findet in der Schule und anderen gesellschaftlichen Institutionen statt. Auch die zweite Phase spielt eine bedeutende Rolle in Bezug auf die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes. Diese So-

zialisationsphase vollzieht sich im Bereich der außerfamiliären Erziehung und der Berufsausbildung. In diesem zweiten Abschnitt stellt das Individuum außerfamiliäre Kontakte her; es lernt andere Realitäten kennen und eignet sich somit auch andere Fertigkeiten und anderes Wissen an. Bellebaum (1983, S.87) spricht dann vom Ende der sekundären Sozialisation, wenn das Individuum das Erwachsenenalter erreicht hat, wobei der genaue Zeitpunkt nur sehr schwer zu bestimmen ist.

- Die dritte Sozialisationsphase erfolgt mit dem Beginn der Berufsausbildung und dem Berufseintritt.

Der Primärsozialisation kommt eine besondere Bedeutung für die Entwicklung des Menschen zu, und sie stellt eine grundlegende Phase dar. Man nimmt an, dass die zu einem frühen Zeitpunkt vermittelten Sozialisationsinhalte sehr stark verinnerlicht werden, während spätere Sozialisationseinflüsse in einem geringeren Umfang in sich aufgenommen werden. Erfahrungen in der frühen Kindheit haben daher einen prägenden Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung.

3.5.2 Sozialisationstheorien

Es existieren eine Vielzahl theoretischer Richtungen der Sozialisationsforschung. Den Theorien der Persönlichkeitsentwicklung liegen unterschiedliche Vorstellungen vom Menschen und der Gesellschaft zugrunde. So können sich die Aussagen der Sozialisationstheorien völlig voneinander unterscheiden und in Konkurrenz zueinander stehen.

Allen theoretischen Ansätzen im Bereich der Sozialisationsforschung liegen zwei elementare Annahmen bezüglich der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen zugrunde. Die einzelnen Richtungen unterscheiden sich durch eine spezifische Betonung und Hervorhebung einzelner Aussagen. Es findet eine unterschiedliche Gewichtung und Ausformulierung der Annahmen statt (vgl. Hurrelmann 1990, S.15f).

Nachfolgend werden einige Theorieansätze aus dem Bereich der Psychologie und Soziologie dargestellt, da diese in den letzten Jahrzehnten innerhalb der Sozialisationsforschung einen besonders großen Einfluss hatten.

Diese Theorien äußern unterschiedliche Vorstellungen darüber, wie sich die menschliche Persönlichkeitsentwicklung in Abhängigkeit und Auseinandersetzung verschiedener Lebensbedingungen vollzieht. Die einzelnen Theorierichtungen analysieren den menschlichen Entwicklungsprozess in der Wechselwirkung mit der sozialen und materiellen Umwelt.

Lerntheorie

Die Lerntheorie geht davon aus, dass der Mensch ohne irgendwelche angeborenen Verhaltensweisen zur Welt kommt. Durch Lernprozesse, Erfahrungen und deren Verarbeitung eignet sich der Mensch Verhaltens- und Handlungsweisen an. So kann sich die menschliche Persönlichkeit unbegrenzt verändern (vgl. Hurrelmann 1990, S.23).

Das Verhalten ist durch die Reaktionen des Menschen auf die Umwelt bedingt. Es wird weder durch genetische Faktoren noch durch die Auswirkungen von Reifungsprozessen beeinflusst. Die Lerntheoretiker sehen das menschliche Verhalten vielmehr als das Ergebnis der Verarbeitung von Erfahrungen an.

Dem Konzept der Lerntheorie liegt weiterhin die Annahme zugrunde, dass der Mensch sein ganzes Leben lang lernfähig ist, so dass es zu einer ständigen Veränderung von Persönlichkeitsmerkmalen kommt. Die Veränderungen durch Lernen betreffen u.a. die kognitive Struktur, die Motive, Einstellungen und Bewertungen eines Menschen (nach Hurrelmann 1990, S.25).

Andere Ansätze aus dem Bereich der Lerntheorie betonen in stärkerem Maße die große Bedeutung sozialer Einflüsse und Beziehungen für den Lernprozess. Im Umgang mit anderen Menschen vollzieht sich das Lernen am sozialen Modell durch Nachahmung und Identifikation mit dem Verhalten des Beobachteten. Das, was man bei ande-

ren Menschen in Modellfunktionen wahrnimmt, wird auf eine Weise verarbeitet, dass das beobachtete Verhalten der Modellfigur zur Bildung von Regelsystemen beim Beobachter führt (vgl. Bandura 1979).

Die neueren Ansätze der Lerntheorie wenden sich von der Annahme ab, dass es sich beim Lernvorgang lediglich um eine Reiz-Reaktions-Verbindung handelt. Ihr Konzept geht von der "menschlichen Eigenaktivität", ihrer "Kreativität" und "Selbstverantwortlichkeit" (Hurrelmann 1990, S.25) aus.

Psychoanalyse

Die Psychoanalyse orientiert sich in der menschlichen Genese auf das "organismische" Modell der Beziehungen zwischen Person und Umwelt. Sie erklärt die Entstehung der Persönlichkeit aus der unmittelbaren Beziehung eines Menschen zu emotional wichtigen Bezugspersonen und die Ausrichtung am Verhalten einer nahe stehenden Person. Damit sind für die Entfaltung der Persönlichkeit organismusinterne Kräfte verantwortlich. So werden neurotischen Erkrankungen von Menschen aus frühen Kindheitserlebnissen begründet.

Während des Therapieprozesses versucht der Psychoanalytiker die Kindheitserfahrungen des Erwachsenen zu rekonstruieren, um Aufschluss über die unbewussten und bewussten Interaktionsprozesse zwischen Eltern, Kindern und Umwelt zu erhalten.

Eine Persönlichkeit wird durch das Spannungsverhältnis zwischen Motiven und Trieben und den gesellschaftlichen Normen und Sanktionen gekennzeichnet. Identifizierung bedeutet eine Angleichung an ein fremdes Ich, das nachgeahmt und verinnerlicht wird. Der Mensch erschließt sich dadurch seine soziale und dingliche Objektwelt. Durch die Identifikationsprozesse bekommt man Zugang zu dessen Seelenleben (Busch 1985, S.31).

Entwicklungstheorie

Piaget als Begründer der genetischen Entwicklungstheorie sieht die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen als einen systematischen Prozess des Aufbaus von Fähigkeiten an, die allmählich eine Anpassung an die Umwelt ermöglichen.

Für Piaget ist die "Adaption" eine Grundfunktion des menschlichen Organismus, die dem Menschen immer wieder die notwendige Anpassung an die Umwelt ermöglicht.

Den Erwerb der menschlichen Erkenntnisse erklärt Piaget mithilfe des Austausches zwischen Person und Umwelt. Die Adaption sieht er auch als eine menschliche Fähigkeit an, die Umwelt so zu gestalten, dass Austauschprozesse zwischen dem Organismus und der Umwelt der Entfaltung des Organismus dienen.

Für die menschliche Entwicklung ist nach Piaget die "Selbstregulierung" verantwortlich. Dies geschieht durch ein Verhalten, das auf die Umwelt einwirkt (vgl. Hurrelmann 1990, S.30ff). Die Aneignung und Verarbeitung von Informationen geschieht nach ganz bestimmten Ordnungsschemata, die sich in bestimmte aufeinander aufbauende Entwicklungsstufen einteilen lassen. Er betont die aktive Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt und geht von Regelmäßigkeiten beim Aufbau von Mechanismen in der Auseinandersetzung mit der Umwelt aus. Der menschliche Organismus ist durch eine "spontane und konstruktive Aktivität" gekennzeichnet, so dass es zu aktiven Austauschbeziehungen zwischen der Person und der Umwelt kommt. Diese Auseinandersetzungsbeziehungen begleiten den lebenslangen Prozess der Entwicklung.

Ökologische Entwicklungstheorien

Die ökologisch orientierten Entwicklungstheorien gehen auch von einer "organismischen" Vorstellung der Interaktionsbeziehungen zwischen Person und Umwelt aus.

Die Vertreter dieser Theorierichtung (z.B. U. Bronfenbrenner, 1981) analysieren den Lebensraum des Menschen in seiner Bedeutung für die Persönlichkeitsentwicklung. Der Mensch ist aktiv und eignet sich die Umwelt an.

Der sich entwickelnde Mensch ist einem dynamischen Wachstumsprozess ausgesetzt. Bronfenbrenner spricht hier von einer "Gegenseitigkeitsbeziehung" (Bronfenbrenner 1981, S.44), zumal auch die Umwelt Einflüsse ausübt, die eine Anpassung erforderlich machen.

Die menschliche Entwicklung sieht er auch als eine ständige Veränderung an, deren Charakter dadurch bestimmt wird, wie der Mensch auf die Umwelt eingeht und sich mit ihr auseinandersetzt.

Das Ziel der Konzeption von Bronfenbrenner ist die Analyse der unmittelbaren Lebensbereiche, aber auch die der Lebensbedingungen außerhalb dieses Bereichs. So gibt es neben entwicklungsfördernden Lebensbereichen und Umwelteinflüssen auch solche, die auf die Persönlichkeitsentwicklung einen negativen Einfluss haben.

In dem Bereich der Soziologie haben sich u.a. die nachfolgend dargestellten Theorien als wertvoll für die Analyse der Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt erwiesen.

Systemtheorie

Der Begründer der funktionalistischen Systemtheorie ist T. Parsons. In dieser Theorie tritt das soziale Handeln von Menschen nur in Verbindungen und spezifischen Konstellationen auf; diese Konstellationen des sozialen Handelns bezeichnet er als Systeme, wobei er eine dreifache Unterteilung vornimmt (in: Hurrelmann 1990, S.41).

Er unterscheidet:

Das organische System:

Es bildet die Grundlage für alle menschlichen Handlungen. Es ist für die Versorgung aller psychischer und physiologischer Funktionen verantwortlich.

Das psychische System:

Dieses System hat eine gewisse Kontrollfunktion inne. Es leitet die menschlichen Energien entsprechend der verinnerlichten Normen in gesellschaftlich erlaubte und vorgegebene Bahnen.

Das soziale System:

Dieses System bildet sich aus den Beziehungsstrukturen zwischen verschiedenen Trägern von sozialen Rollen heraus.

Für Parsons stellt die Sozialisation, "den Vorgang der Übernahme und Verinnerlichung der Wertsetzungen und Rollennormen der sozialen Umwelt" (Hurrelmann 1990, S.42) dar. Während des Sozialisationsprozesses werden die Erwartungen und Verhaltensweisen des sozialen Systems übernommen, und allmählich verinnerlicht sie der Handelnde zu eigenen Handlungszielen. Der Sozialisationsprozess endet mit der Verinnerlichung des Gesellschaftssystems (vgl. Parsons 1981, S.169ff).

Nach Parsons durchdringen sich die Systeme Organismus, Persönlichkeit und Gesellschaft und stellen im Laufe ihrer Entwicklung einen Gleichgewichtszustand her. Das

soziale Handeln kommt durch die gegenseitige Abstimmung zustande. Parsons bezeichnet den Sozialisationsprozess als ein "gleichgewichtsstabilisierender Mechanismus" (Parsons in: Hurrelmann 1990, S.43). Jedes System habe das Ziel zu verfolgen, ein Gleichgewicht in der Beziehung zur Umwelt herzustellen.

Nach Parsons (1981, S.161ff, S.194ff) durchläuft der Mensch während seines Sozialisationsprozesses eine Hierarchie von Rollenbeziehungen, die unterschiedlich strukturiert und differenziert sind. Die zu durchlaufenden Rollenstrukturen werden immer komplexer, so dass man sich mit den unterschiedlichen Erwartungen in den Beziehungen auseinander setzen muss.

Handlungstheorie

G.H. Mead ist der Begründer einer bestimmten Variante der Handlungstheorie. Sein Hauptaugenmerk schenkt er dem Prozess der Entstehung der menschlichen Subjektivität. Für das menschliche Handeln spielen physiologische und organische Bedingungen eine wichtige Rolle. Sein Ziel ist es, die Überformung durch soziale Interaktionsprozesse zu analysieren. Nach Mead bedingen sich die Vergesellschaftung und die Individuation. Das menschliche Subjekt entsteht durch ihr gegenseitiges Wechselspiel.

Die menschliche Persönlichkeit kommt durch zwei Komponenten zustande:

Die soziale Komponente setzt sich aus den Vorstellungen zusammen, wie die Umwelt einen Menschen sieht und wie er sich zu verhalten hat.

Die psychische Komponente besitzt einen spontaneren Charakter.

Nach Mead entsteht die menschliche Persönlichkeit und das Handeln erst durch ein Zusammenspiel dieser beiden Komponenten (siehe Mead 1968, S.244ff). Eine wichtige Voraussetzung für soziales Handeln stellt die Fähigkeit dar, die eigene Handlung durch die Augen anderer zu sehen, also Empathie aufzubringen.

Der Mensch ist kreativ und kann schöpferisch seine soziale Lebenswelt gestalten. Nach Mead (1968, S.307ff) bilden sich die sozialen Strukturen durch die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Menschen aus, so dass sie das Ergebnis der Interaktion und der Interpretationen der menschlichen Subjekte sind.

Dieses Konzept geht davon aus, dass die gesellschaftlichen Bedingungen die menschliche Bewusstseinslage und Handlungsweise lediglich beeinflussen; sie sind nicht der Ausdruck dieser Strukturen. "Gesellschaft ist ein kollektives Handeln, das aus der Verbindung der Handlungen aller am gesellschaftlichen Leben beteiligten Menschen besteht" (in: Hurrelmann 1990, S.52).

Die Vertreter dieser Theorie sehen die Gesellschaft als Voraussetzung und Bedingung des Handelns an. So ist der Mensch erst dann zu sozialem Handeln befähigt, wenn er die gesellschaftlichen Normen und Werte verinnerlicht hat.

Es besteht gleichzeitig auch noch ein umgekehrter Zusammenhang zwischen der Gesellschaft und den Handlungsprozessen. Die Gesellschaft entwickelt und verändert sich durch die Verbindung von sozialen Handlungen (in: Hurrelmann 1990, S.52).

Gesellschaftstheorien

Die Anfänge dieser Theorierichtung sind in der marxistischen Theorie zu finden. Die verschiedenen Richtungen der Gesellschaftstheorie wollen "die wechselseitigen Beziehungen zwischen Mensch und Individuum von makrosozialen Prozessen und Strukturen aus analysieren und interpretieren." (Hurrelmann 1990, S.54).

Die gedankliche Grundlage bildet das "interaktive" Modell. Diese Theorien sehen den engen Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsentwicklung des Menschen auf der einen und der Entwicklung der Geschichte und der Strukturen der Gesellschaft auf der anderen Seite. Sie heben auch die Struktur der Wechselbeziehung zwischen Person und Umwelt im ökonomischen, politischen und kulturellen Bereich hervor.

Anhänger dieser Theorien gehen von der Annahme aus, dass die Gesellschaftsformation durch "die private Eigentumsstruktur an den Produktionsmitteln und der Charakter erwerbsmäßiger Arbeit als Lohnarbeit" (Hurrelmann 1990, S.55) bestimmt ist. Die spezifische Struktur der Gesellschaft übt auch einen Einfluss auf die Persönlichkeitsstruktur der Gesellschaftsmitglieder aus. Nach den Auffassungen von Marx sind die gesellschaftlichen Bedingungen "persönlichkeitskonstituierende Bedingungen" (Hurrelmann 1990, S.56); gleichzeitig verändert der sich entwickelnde Mensch seine Umwelt.

Nach der marxistischen Theorie ist die Auseinandersetzung mit der Natur, die Bearbeitung der gegenständlichen Lebenswelt und der Aufbau sozialer zwischenmenschlicher Beziehung für die menschliche Entwicklung und den Aufbau des Selbstbewusstseins ausschlaggebend. Durch die Beziehungen zur Natur und anderen Menschen gewinnt man ein Bewusstsein der eigenen Person und kann sich reflektieren.

3.5.3 Bedingungskonstellationen in der Sozialisation als Suchtursache

In diesem Abschnitt werden bekannte Sozialisationsstörungen, die zu einer Suchtentwicklung führen, können (Schichtung, frühkindliche Störungen, Erziehungsstile, broken-home, sexueller Missbrauch, Traditionen in der Familie) dargestellt.

Die Genese der Persönlichkeit kann im Verständnis von aktiver Interaktion des Individuums und seiner konkreten Umweltbedingungen interpretiert werden. Demnach können unterschiedliche Konstellationen von Bedingungen in diesem interaktiven System sicherlich differenziert handlungsfähige oder auch desorientierte Menschen prägen.

Das ist einsichtig für soziale Bedingungen wie elterliche Erziehungsstile, Lernprozesse in der Schule, Kommunikation in der Familie. Weniger auffällig, aber ebenso zutreffend, gilt dies für unterschiedlich dingliche Umwelten.

Im Begriffsverständnis - wie es im vorangegangenen Kapitel beschrieben wurde - wird die Gesamtheit der gesellschaftlichen Einflüsse auf die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen unter dem Terminus "Sozialisation" subsumiert.

Fröhlich (1987) weist unter anderem auf Gemeinsamkeiten mit dem Begriff "Enkulturation" hin und definiert: "Allgemeine und umfassende Bezeichnung für den gesamten Prozess, in dessen Verlauf ein Individuum durch passiven und aktiven Umgang mit anderen Menschen die ihm eigentümlichen sozialrelevanten Erlebnis- und Verhaltensweisen erwirbt. In eingeeengter, eher soziologischer Bedeutung der Prozess des Erwerbens gesellschaftlicher bzw. kultureller Normen. (...) Er beginnt in der Abhängigkeit von mütterlicher und elterlicher Fürsorge und reicht bis in die Beziehung zu Berufskollegen, begleitet also das menschliche Leben" (S.314).

Auf Anpassung und Selbstdurchsetzung des Individuums im Interaktionsprozess orientiert besonders Oerter (1978). "Die Inhalte die der Mensch in seiner Entwicklung lernt, stammen aus der Gesellschaft in der er lebt. Daher lernt der einzelne die Inhalte, die in seiner Gesellschaft wichtig sind. Zu diesen Inhalten gehören unter anderem soziale Rollen und Normen. Durch das Erlernen von Rollen und Normen wird das Individuum Mitglied der Gesellschaft. (...) Da das Individuum aber eigene Bedürfnisse und Interessen hat, besteht ein Spannungsverhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft. Die Gesellschaft drängt auf Anpassung, das Individuum auf Durchsetzung eigener Wünsche und Anliegen. Sozialisation lässt sich daher sinnvoll durch das Wechselspiel von Anpassung und Selbstdurchsetzung kennzeichnen. Beide Prozesse müssen ständig aufeinander abgestimmt werden" (S.83).

Zeugin (1979) erläutert diese Prozesse weiter, in dem er schreibt: "Dabei werden die Normen und Werte internalisiert, so dass sie später als die eigenen empfunden werden. (...) Der erste und somit wichtigste Teil der Sozialisation erfolgt in der Familie. Mit zunehmendem Alter des Kindes gewinnt die außerfamiliäre Sozialisation immer mehr an Bedeutung. Wichtigste Sozialisationsträger (oder -instanzen) sind dann nebst der

Familie Gruppen von Gleichaltrigen, d.h. Spiel- oder Freundschaftsgruppen. Mit dem Schuleintritt übernehmen die außerfamiliären Sozialisationsinstanzen den größten Teil der Sozialisation. Man spricht deshalb auch von Primärsozialisation in Primärgruppen wie Familien und Spielgruppen einerseits und Sekundärsozialisation in der Schule und anderen gesellschaftlichen Institutionen" (S.33).

Im Sozialisationsprozess tritt dem Einzelnen die gesellschaftliche Realität aber nicht in ihrer Totalität und Komplexität gegenüber, sondern die Persönlichkeit agiert in konkreten sozialen Welten. So beeinflussen die sozialen Strukturen der Gesellschaft die Sozialisation, z. B. durch die familialen Lebensbedingungen, über das elterliche Handeln sowie über spielerisches Lernen im Kindergarten. Alle Sozialisationsbedingungen haben unterschiedliche Konkretheitsgrade. Ihre Konstellation kovariiert im individuellen Lebens- und Lernprozess die Handlungs- und Verhaltensweisen der Persönlichkeit.

In einfacher Rasterung der Sozialisationsbedingungen geht es bei der Entwicklung von Persönlichkeitsmerkmalen beispielsweise um Erfahrungsmuster, Einstellungen, Wissen, emotionale und kognitive Strukturen. Diese Fähigkeiten machen das Subjekt handlungsfähig. Ihr Erwerb wird auf der Basis der handlungsaktiven Interaktionen mit anderen Menschen und zugleich sich vollziehender Aneignungsprozesse in der dinglichen Umwelt (beispielsweise Eltern-Kind-Beziehung, schulischer Unterricht, Kommunikation zwischen Gleichaltrigen) ermöglicht. Hierarchisch eingebettet sind diese Interaktionen des Subjekts in institutionelle und gesamtgesellschaftliche Sozialisationsbedingungen.

Die wechselseitige Verknüpfung von konkreten Sozialisationsbedingungen der aufgezeigten Ebenen ist entscheidend für die Entwicklung der Persönlichkeit. Welcher Entwicklungsstand erreicht wird, ist abhängig von den Lern- und Handlungsmöglichkeiten in der konkreten Umwelt.

So zeigen Untersuchungen pathogener Familienverhältnisse, welche Einfluss spezielle Interaktionsmuster auf die frühkindliche Sozialisation haben (Kreppner, in: Edelstein

1996). Eltern können aufgrund eigener, neurotischer Probleme ihre Kinder unbewusst in spezifische Rollen drängen, die nicht vom Kind bewältigbar sind (Richter, 1963). Die aus der Geschwisterkonstellation ableitbare Rolle des Kindes hat auf das Verhalten in der Ehe großen Einfluss (Toman, 1980). Im System Familie entstehen vielschichtige Beziehungen, die persönlichkeitsprägende Auswirkungen auf Heranwachsende haben (Stierlin, 1976).

Das elterliche Erziehungsverhalten in seiner Auswirkung auf kindliches Handeln wurde vielschichtig von Schneewind u.a. (1983) ausführlich untersucht.

Der Einfluss der Sozialschicht auf den Sozialisationsprozess wurde in den Erziehungswissenschaften sehr stark diskutiert (vgl. Steinkamp, 1982).

Insbesondere wurde unter diesem Aspekt Spracherwerb und -gebrauch, Schulerfolg und die Internalisierung von Werten erforscht. So unterscheiden sich bei Eltern der Mittelschicht und der Unterschicht sowohl die erziehungsrelevanten Wertvorstellungen (Gehorsam, Ordnung, Selbstständigkeit, Leistungsmotivation, Moral, Aggressivität) als auch die Erziehungspraktiken und dies hat entscheidenden Einfluss auf die Ausprägung des Bewältigungsverhaltens.

Die Erziehung in der Schule (Tillmann, 1989; Ulrich, 1982) wird durch Unterrichts- und Schulwirklichkeit, dem Schultyp, der Etikettierung und der Stigmatisierung bestimmt. Leistungsattribution durch Lehrer und Eltern kann zur Entstehung abweichenden Verhaltens und/oder delinquenter Karrieren führen (Brumlik, M. und Holtapfels, 1987).

Wichtige Sozialisationsinstanzen sind jedoch die Gruppen der Gleichaltrigen (Peer-group). Auf diese Weise sind die Prozesse der Interaktionen und Subjektentwicklung mit den Prozessen der Interaktionsebenen verbunden. Es ist Aufgabe der Sozialisationsforschung, Verknüpfung der Prozessebenen bzw. die Bedingungskonstellationen in ihrer Wirkung auf die Subjektentwicklung zu analysieren.

Ladewig (1981) stellt in einem Beitrag dar: "Üblicherweise wird die Drogenabhängigkeit als Resultante der Interaktion Droge - Individuum - Umgebung aufgefasst. Hierbei werden zumeist Interaktionen zwischen dem Individuum und der Droge stärker beachtet als das gleichzeitig stattfindende Wechselspiel zwischen dem Drogen benutzenden Individuum und seiner Umgebung, die mit bestimmten Haltungen - Ablehnung, Verleugnung oder Stigmatisierungen - auf das Konsumverhalten des Individuums reagiert. Dies impliziert die Frage nach der Bedeutung der Sozialisation im Hinblick auf die Suchtentwicklung. Die Tatsache etwa, dass Drogenkonsum im frühen Adoleszenzalter beginnt - wobei einer Vorverlagerung auf jüngere Jahrgänge besondere Beachtung geschenkt wird - wie auch die Tatsache, dass das Drogenphänomen im späteren Alter sich mit einiger Wahrscheinlichkeit nicht mehr als solches manifestiert - deutet auf die besondere Variabilität der Präadoleszenz. Das Ausmaß dieser Variabilität ist wiederum Ausdruck gestörter Sozialisation" (S.82).

Unter Sozialisationsstörungen versteht Feuerlein (1981, S.3) einen gestörten Ablauf des sozialen Lernens, bei dem den primären und sekundären Gruppen die Vermittlung sozialer Normen und Rollen sowie die Entwicklung sozialer Kompetenz zur Bewältigung von Problemen und Konflikten nicht oder nur teilweise gelungen sind, aber auch als Sozialisationsdefizite im Ergebnis dieses Prozesses.

Die Sozialisation findet in verschiedenen Sozialisationsfeldern (z.B. Familie, Peer-group, Schule usw.) statt, wobei der Familie als primäre Sozialisationsinstanz eine herausragende Bedeutung zugeschrieben wird. In der Familie finden bedeutende Prägungen des Individuums statt, die die weitere Entwicklung beeinflussen.

In den nachfolgenden Ausführungen geht es um die Frage, inwieweit sich eine defizitäre Primärsozialisation begünstigend auf die Ausbildung einer Sucht auswirkt. Dabei wird sich u.a. auf Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.30-72), Lask (1974, S.19-27) und auf Stosberg (1993, S.9-15) bezogen.

Die o.g. Autoren haben sich mit verschiedenen Formen von Sozialisationsstörungen in der Familie auseinander gesetzt, die ihrer Meinung nach eine Suchtentwicklung fördern.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.70-72) betonen explizit die Multifaktorialität des Suchtverhaltens im "... primärsozialisatorischen Bereich der Familie." Ihrer Ansicht nach kann ein sozialisatorischer Störfaktor als Ursache für das Auftreten von Drogenverhalten angesehen werden; dennoch gehen sie vielmehr davon aus, dass in der Regel ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren die Ursache ist. So hängt es von verschiedenen familiären Bedingungen ab, inwieweit ein sozialisatorisches Defizit eine Suchtentwicklung fördert.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.71f) sind davon überzeugt, dass zum einen das "afektive Klima" entscheidend dazu beiträgt, welche Auswirkungen einzelne Störungen haben können. Die Art der Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern spielt eine große Rolle. Zum anderen ist auch der familiäre Kontext und somit die Art und Weise, wie die Familie mit Störungen umgeht ein entscheidender Faktor für das Entstehen von Fehlentwicklungen.

Die nachfolgend aufgeführten sozialisatorischen Störfaktoren üben einen unterschiedlich starken Einfluss auf eine Suchtmittelabhängigkeit aus.

Soziale Schichtung

Verschiedene Untersuchungen haben sich mit dem Zusammenhang zwischen der Abhängigkeit von verschiedenen Suchtmitteln und der Schichtzugehörigkeit beschäftigt.

So hat z.B. die Untersuchung von Soer (1980, S.78ff) ergeben, dass der Alkoholkonsum nicht schichtspezifisch ist und es daher in allen Schichten zum Missbrauch kommt.

Lazarus (in: Kutsch/Wiswede 1987, S.120f) hat sich mit der Häufigkeit der Drogenkonsumenten in den unterschiedlichsten Schichten auseinander gesetzt. Er kam zu dem

Ergebnis, dass es einen sichtbaren Zusammenhang zwischen dem Konsum von harten Drogen und der Zugehörigkeit zur sozialen Unterschicht gibt.

Aus weiteren Untersuchungen in diesem Bereich gingen teilweise gegenläufige Tendenzen und Widersprüche hervor. So kommt man zu dem Schluss, dass die Heroinabhängigkeit durch alle Schichten hinweg vertreten ist, während Fixer immer mehr aus den unteren sozialen Schichten stammen. Auch Siegrist (1988, S.147) bestätigt die Überrepräsentation von Angehörigen der sozialen Grundsicht. Dies begründet er dadurch, dass sie sich aufgrund ihrer Schichtzugehörigkeit in einer ausweglosen Situation befinden, die sie dazu verleitet, zur harten Droge zu greifen. Bezüglich des Konsums von weichen Drogen kommt man zu dem Ergebnis, dass weiche Drogen für die Konsumenten aus allen Schichten als Einstiegsdroge dienen. Die Konsumenten der weichen Drogen stammen dagegen vorwiegend aus der Mittel- und Oberschicht. Bei den Angehörigen dieser Schichten ist die Gefahr wesentlich geringer, harte Drogen zu konsumieren.

Nach Siegrist (1988, S.147) ist das "broken-home-Milieu", das vorwiegend in den unteren sozialen Schichten anzutreffen ist, für die Entstehung einer Drogenkarriere mitverantwortlich.

Auch Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.37) bestätigen die Beobachtung, dass Jugendliche, die der unteren sozialen Schicht angehören und zusätzlich noch in einem "broken-home-Milieu" aufwachsen, einem erheblichen Risiko ausgesetzt sind, süchtig zu werden.

Frühkindliche Störungen

Die Tiefenpsychologen vertreten die Ansicht, dass das Suchtverhalten auf Fehlentwicklungen in der Primärsozialisation zurückzuführen ist. Die Sucht ist ein Symptom, das vor dem Hintergrund der jeweiligen Lebensgeschichte erklärt werden kann. So können frühkindliche Störungen eine spätere Suchtentwicklung bedingen.

Um den Einfluss frühkindlicher Störungen auf die menschliche Entwicklung zu erfassen, ist ein Einblick in die analytische Entwicklungspsychologie und die moderne Narzissmustheorie notwendig (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.38-44):

Objektbeziehungen/ Urvertrauen:

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.38-44) beziehen sich in ihren Ausführungen auf Spitz (1957), der den kindlichen Entwicklungsprozess in drei Stufen unterteilt:

1. Die objektlose Stufe: Hier findet noch keine differenzierte Wahrnehmung statt. Lediglich im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme sind Ansätze von Wahrnehmung vorhanden.
2. Die Vorstufe des Objekts: Ungefähr im dritten Monat nimmt das Kind erste Signale wahr, die es jedoch noch nicht mit einem Objekt in Beziehung bringt. So nimmt es das Gesicht als Signal wahr, aber es steht nicht in Verbindung mit einer bestimmten Person.
3. Das Objekt im eigentlichen Sinn: Erst im achten Monat baut das Kind eine affektive Beziehung zur Mutter auf, die zur unverwechselbaren Bezugsperson wird und gegen andere Objekte nicht mehr austauschbar wird.

Eine positive und affektive Beziehung zu diesem Objekt gilt als notwendige Voraussetzung für den Aufbau des Urvertrauens, da das Kind ansonsten nicht adäquat reifen und sich nicht optimal entwickeln kann. Eine tragfähige Beziehung entsteht dann, wenn die Mutter die vom Kind gesendeten Signale auch richtig versteht. Das Kind muss von außen das Gefühl von Sicherheit und Urvertrauen bekommen, wobei diese notwendigen Reize von einer festen Bezugsperson aus gesendet werden sollen, da sonst im Kind Urmisstrauen geweckt wird.

So werden nach Spitz (1957) in den ersten Tagen, Wochen und Monaten der kindlichen Entwicklung die Grundpfeiler für ein soziales und emotionales Leben gesetzt. Besonders verletzlich ist das Kind bis zum Ende des zweiten Lebensjahres, wobei auch Objektverluste bis zum fünften Lebensjahr besonders negative Folgen haben können.

Orale und narzisstische Bedürfnisse des Kindes:

In der Regel hat die Mutter die Aufgabe, die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen bzw. dies nicht zu tun. Hier geht es insbesondere um körperliche Bedürfnisse (z.B. Nahrungszufuhr, Körperpflege, Bewegung usw.). Durch die Nahrungszufuhr erfährt das Kind eine orale Befriedigung; eine fehlende Nahrungszufuhr durch die Mutter wird dagegen als negative Erfahrung gesehen.

Nach der Auffassung der Psychoanalytiker sind insbesondere die frühkindlichen Störungen und die narzisstischen Störungen im Hinblick auf eine spätere Suchtentwicklung besonders bedeutend (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.41-44).

Der Interaktionsprozess zwischen Mutter und Kind wird immer differenzierter, und sie befinden sich in einem ständigen Prozess von Bedürfnisäußerung auf der einen und Bedürfnisbefriedigung auf der anderen Seite. Die orale Phase ist eine besonders kritische Entwicklungsphase, da das Kind den Mund als Lustzone entdeckt und "... es zu einer oralen Fixierung hinsichtlich kindlicher Objektbeziehung kommen" (a.a.O.) kann. Es gibt mehrere Situationen, die zu oralen Frustrationen und traumatischen Erfahrungen des Kindes führen können.

Werden z.B. die oralen Bedürfnisse längere Zeit nicht befriedigt oder sie werden übertrieben befriedigt oder ein unvorbereitetes Absetzen von der Mutterbrust können Frustrationen entstehen.

Die Psychoanalytiker gehen davon aus, dass diese traumatischen Erfahrungen vom Kind nicht verarbeitet werden und das Kind dagegen vielmehr eine Abwehr entwickelt, indem es in befriedigende Erlebniszustände regrediert. Das kann eine Ich-Spaltung zur Folge haben und diese Abwehrmechanismen werden vom Kind so internalisiert, dass sie auch in später aufkommenden Situationen zur Anwendung kommen können. Das Suchtmittel stellt dann eine Möglichkeit dar, in frühkindliche, angenehme Zustände zu regredieren. Das Suchtmittel stellt für den Süchtigen ein befriedigendes Objekt dar; eine Ich-Abspaltung muss nicht mehr aufrechterhalten werden.

Kohut (1993, S. 41-44) hat sich mit den narzisstischen Störungen während der frühkindlichen Entwicklung beschäftigt. Schwere traumatische Erfahrungen, die ihre Ursache in der frühen Mutter-Kind-Beziehung haben, können "... beim Kind zu einer Fixierung auf archaische Größenfantasien oder/und zu einer pathogenen Aufrechterhaltung eines idealisierten Elternbildes" (a.a.O.) führen.

Die narzisstischen Defekte gehen auch auf wiederholte versagte Bedürfnisbefriedigungen zurück. Diese können im Erwachsenenalter wieder zutage treten, so dass dann der Suchtmittelabhängige versucht, das in sich aufgenommene Größen-Ich durch das eigentliche Ich zu ersetzen.

Nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.44) kann man das Suchtverhalten dadurch erklären, dass es in der frühkindlichen Entwicklung zu einer "... Fixierung bzw. Regression auf archaische Formen von Körperlust und Organlust" gekommen ist. Im Zusammenspiel mit weiteren verursachenden Faktoren tragen entwicklungspsychologische Aspekte zur Suchtentwicklung bei.

Erziehungsstil der Eltern

In der Primärsozialisation haben die Erziehungspersonen und die Familienstruktur für die kindliche Entwicklung eine wichtige Bedeutung. Insbesondere das Erziehverhalten und die von ihm anvisierten Erziehungsziele/ -stile hinterlassen eine prägende Wirkung.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.45-50) äußern sich in ihrem Buch zu verschiedenen Erzieherhaltungen, die eine Suchtmittelabhängigkeit begünstigen:

Beschützens, verwöhnens Erziehungsstil der Eltern:

Durch die Überfürsorglichkeit der Eltern lernt das Kind keinen Verzicht oder einen Aufschub seiner Bedürfnisse. Stosberg (1993, S.14) spricht von "overprotection." Das

Kind kann unbefriedigende Situationen nicht durch Selbstbeherrschung überstehen und kann keine Frustrationen bewältigen. Negativen Einflüssen aus der sozialen Umwelt sind sie aufgrund mangelnder Selbstbehauptungs- und Kritikfähigkeit nicht gewachsen.

Im Kontakt mit anderen Sozialisationsinstanzen lernt es für sie unbekannte Wirklichkeiten kennen. Es kann mit den Realitätsanforderungen nicht umgehen und sehnt sich nach einem lustbetonten Leben, wie es ihnen die Eltern gestaltet haben. Solche Kinder versuchen, mit Suchtmitteln der Wirklichkeit zu entfliehen und lustvolle Situationen herbeizuführen.

Autoritär-repressiver (restriktiver) Erziehungsstil der Eltern:

Ein autoritäres Erziehungsverhalten kann später u.U. auch ein Suchtverhalten auslösen. Das Kind, das von autoritären Eltern erzogen wird, wird während seiner Entwicklung mit zahlreichen Verboten konfrontiert, und gleichzeitig kommt es zu einem Entzug von Emotionalität. Jegliche Form von Eigenständigkeit wird unterbunden, so dass es nicht selbstständig handeln und keine eigenen Bedürfnisse äußern darf. Der Wunsch nach Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit bleibt durch die Strenge und Verbote unerfüllt. In verschiedenen Lebensbereichen haben diese Kinder Entbehrungen erfahren. Das Suchtmittel nimmt für sie eine kompensierende Funktion ein, um die nicht ausgelebten Teile der Persönlichkeit ausleben zu können.

Inkonsequentes Erziehverhalten:

Praktizieren die Eltern häufig unterschiedliche Erziehungsstile und schwanken sie zwischen verschiedenen Erziehungszielen hin und her, fördern sie auch die spätere Suchtmittelabhängigkeit.

Eine inkonsequente Erziehung und ein widersprüchliches Verhalten der beiden Elternteile stellt für das Kind eine belastende Situation dar. Es ist verwirrt und verliert die Orientierung.

Das Suchtmittel stellt später dann eine Möglichkeit dar, die Frustrationen aus dem Wechselspiel der Gefühle zu bewältigen (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.48f; nach Stosberg 1993, S.15).

Erziehverhalten in der Fassadenfamilie:

Nach Berger u.a. (1980, S.35) stellt auch die familiäre Situation der Fassadenfamilie ein Risikofaktor für eine spätere Drogensucht dar. Der Umwelt gegenüber zeigt sich diese Familie konfliktfrei. Das Kind erlebt in einer solchen Familie eine permissive

Erziehung. Es wird von den Eltern verwöhnt, bekommt seine Freiheit und ist sich selbst überlassen.

Die Verwöhnung beschränkt sich ausschließlich auf den materiellen Bereich; emotionale Zuneigung wird ihm dagegen versagt. "Hauptmerkmal ist hier also ein Nebeneinander von rigiden und überhöhten Leistungsanforderungen und hoher Permissivität hinsichtlich des Erziehverhaltens" (a.a.O.).

In solchen Familien findet ein konfliktfreies und emotionsloses Nebeneinanderherleben der Familienmitglieder statt. Um den Mangel an emotionaler Zuneigung ausgleichen zu können, greifen viele dieser Kinder zu den Drogen.

Der Zusammenhang zwischen den oben dargestellten Erziehungshaltungen der Eltern und einer späteren Suchtmittelabhängigkeit dieser Kinder wird auch von Lask (1974, S.23-25) in seinem Buch durch Untersuchungsergebnisse belegt.

Durch eine Befragung von Alkoholikern zu den in der Kindheit erlebten Erziehungsstilen kam er zu folgenden Ergebnissen (a.a.O., S.24):

- Beide Elternteile wurden als hart und streng empfunden.
- Beide Elternteile waren nachgiebig, nahmen eine verwöhnende Haltung ein.
- In der Mehrzahl der Fälle wurde das Kind zum einen von einem frustrierenden Vater und zum anderen von einer verwöhnenden Mutter erzogen.

Resümierend ist festzustellen, dass durch einen autoritären oder überfürsorglichen Erziehungsstil eine große Potenz für eine Suchtkarriere gegeben ist.

"Broken-home"-Situation

Innerhalb der familialen Sozialisation kommt zum einen der Familienstruktur und zum anderen der Beschaffenheit der Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung eine hohe Bedeutung zu. So ist in intakten und vollständigen Familien die Gefahr relativ gering, dass die Kinder auf abweichende Verhaltensweisen, wie z.B. dem Suchtverhalten, zurückgreifen müssen.

Eine wichtige familiäre Voraussetzung für eine positive Sozialisation ist eine von Gefühlen getragene Interaktion zwischen dem Sozialisator und dem Sozialisanden.

So müssen unter den Familienmitgliedern emotionale Beziehungen und ein Zusammengehörigkeitsgefühl, wie auch eine dauerhafte Bindung bestehen, um eine intensive Sozialisation ermöglichen zu können (nach Stosberg 1993, S.9). In einer "broken-home"-Situation sind jedoch Defizite in der Familien- und Beziehungsstruktur vorhanden, die zu einer fehlerhaften Sozialisation führen, und somit die Entwicklung von Suchtverhalten begünstigen.

Es gibt zwei Formen einer unvollständigen Familie (nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.52f):

1. Störungen in der Familienstruktur:

In diesem Fall ist die Familie unvollständig, und es fehlt ein Familienmitglied. Stosberg (1993, S.10) spricht von einer "strukturellen" Unvollständigkeit der Familie.

2. Störungen in der Beziehungsstruktur der Familie:

Stosberg (a.a.O.) bezeichnet eine Störung im Beziehungsbereich als eine "funktionale" Unvollständigkeit. In diesem Fall kann die Familie ihrer Sozialisationsaufgabe und ihren damit verbundenen Pflichten nicht gerecht werden.

Diese Störung ergibt sich vielfach durch die unvollständige Familienstruktur, da es dadurch zu einer veränderten Rollenverteilung kommt und z.B. durch den Wegfall

eines Elternteils die Beziehungsqualität negativ tangiert wird und der vorhandene Elternteil seiner Vorbildfunktion nur noch ungenügend gerecht werden kann.

In einem "broken-home"-Milieu besteht eine familiäre Desorganisation und eine Störung der Interaktion. Es bestehen häufig keine emotionalen und tragfähigen Eltern-Kind-Beziehungen, die dem Kind Urvertrauen vermitteln können. Es fehlt ein familiäres Zusammengehörigkeitsgefühl und eine förderliche affektive Familienatmosphäre. (nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.53; vgl. Stosberg 1993, S.9).

Nach Stosberg (a.a.O.) leiden Jugendliche aus solchen gestörten Familienverhältnissen unter einer mangelnden Kontaktfähigkeit, so dass ihnen ein Aufbau sozialer Beziehungen sehr schwer fällt. Die "broken-home"-Situation stellt auch ein Faktor dar, der eine Suchtentwicklung fördern kann.

Die fehlerhafte Familienstruktur muss nicht zwangsläufig zu einem Suchtverhalten führen, da z.B. viele Kinder in einer strukturell unvollständigen Familie aufwachsen und nicht abhängig sind. Welche tatsächlichen Auswirkungen solche Familienstrukturen auf die Persönlichkeitsentwicklung haben, hängt z.B. entscheidend davon ab, ob die Familie über ausreichend Bewältigungsmöglichkeiten verfügt, sich mit solchen Defiziten auseinander zu setzen, konstruktiv damit umzugehen und mit ausgleichenden Verhaltensweisen aufzufangen.

Untersuchungen haben ergeben, dass insbesondere die Jugendlichen für eine Suchtentwicklung gefährdet sind, die in einer "broken-home"-Familie aufwachsen und gleichzeitig der unteren sozialen Schicht angehören (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.56f).

Sexueller Missbrauch

Sexueller Missbrauch in der Familie führt zu umfassenden Störungen des Opfers. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.57) weisen darauf hin, dass es sich hierbei um eine Gewaltanwendung handelt und nicht um eine Sozialisationsstörung in dem Sinne wie sie zuvor beschrieben worden ist. Die Langzeitfolgen des Missbrauchs und häufig auftretende psycho-somatische Krankheiten führen zu einer defizitären Sozialisation.

Der sexuelle Missbrauch findet am häufigsten in der Familie statt. Aufgrund der individuellen Persönlichkeitsstruktur jedes einzelnen Kindes und der spezifischen Faktoren des Missbrauchs, wie z.B. Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität, treten die verschiedensten Verhaltensauffälligkeiten und Symptome beim Kind auf.

Die Möglichkeiten des Opfers, in diesem Fall die des Kindes, sich gegen die Gewaltanwendungen zu wehren, sind sehr gering. Alle Formen des auffälligen Verhaltens der Kinder machen ihren Widerstand gegen den Missbrauch deutlich, so erfüllen die Verhaltensauffälligkeiten für sie eine Selbstschuttfunktion gegenüber den Gewalterfahrungen.

Das Suchtverhalten eines Kindes bzw. Jugendlichen stellt eine von vielen möglichen Selbstschutzreaktionen dar, womit sich das Opfer vor den traumatischen Kindheitserfahrungen schützen kann. Durch psychosomatische Symptome oder autoaggressives Suchtverhalten bauen sich die erwachsenen Opfer einen Schutzmechanismus zur Bewältigung der kindlichen Missbrauchserfahrungen in der Familie auf. "Im Sozialisationsbereich der Familie von sexuell missbrauchten Mädchen/ Jungen richten diese also durch das Suchtverhalten ihre Aggressionen und ihre Wut, die dem Täter gelten, gegen sich selbst" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.62).

Familiendition

Die Familiendition bedeutet, dass die Kinder im Laufe ihrer Sozialisation durch die Übernahme des elterlichen Modellverhaltens lernen und sich dadurch auch Konfliktlösungsmuster aneignen. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.63-69) sind der Frage nachgegangen, ob es bezüglich des Konsumverhaltens der Eltern eine "Familiendition" gibt und die Kinder das Suchtverhalten der Eltern durch das Modellernen übernehmen. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten der Eltern und dem ihrer Kinder? Um die Frage beantworten zu können, haben sie sich mit Bedingungen auseinandergesetzt, die in Bezug auf das Konsumverhalten eine Familiendition begünstigen.

Bedeutung der gesellschaftlichen Normen:

Die Art des Umgangs mit Suchtmitteln wird dem Kind in der Sozialisation beigebracht. Wir leben in einer Gesellschaft, in der Alkohol zu einem integrierten Bestandteil des Lebens geworden ist und ihm sogar die Funktion eines Problemlösungsmittels zugeschrieben wird. Die Wertvorstellungen bewirken eine hohe Toleranz gegenüber dem Suchtmittelmissbrauch, und die Sozialisanden werden zum Konsum hinerzogen, was in der Primärsozialisation vorwiegend in der Familie geschieht. Das Verhalten der Erzieher wird durch die gesellschaftlichen Konsumgewohnheiten geprägt, was wiederum als Modell für das kindliche Verhalten dient.

Familienkontext:

Die familiären Bedingungen üben einen entscheidenden Einfluss auf das Modellverhalten aus. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.65) bezeichnen den elterlichen Erziehungsstil, die Eltern-Kind-Beziehung, den Umgang mit Genussmitteln verallgemeinernd als "Familienkontext." Eine wichtige Rolle bei der Übernahme von Modellverhalten spielt die allgemeine familiäre Atmosphäre, wie z.B. der Umgang der Familienmitglieder miteinander.

Verfügbarkeit von Rauschmitteln im Elternhaus:

Ein begünstigender Faktor für die Familientradition ist auch die Griffnähe und Verfügbarkeit der Drogen. So stellt es für Kinder vielfach auch kein Problem dar, Zugang zu Medikamenten oder auch Alkohol zu bekommen. Der Umgang wird dadurch noch erleichtert, dass einige Suchtmittel in der elterlichen Wohnung sogar frei verfügbar sind.

Lernen am Modell:

Durch ein Beobachten des Modells wird dieses Verhalten dann nachgeahmt, wodurch man eigene Verhaltensweisen ändern kann und neue in sein Verhaltensrepertoire aufnehmen kann. Das Modellverhalten wird durch ein gefühlsmäßiges Verhältnis zum Vorbild, sein erfolgreiches Verhalten und durch die Beschaffenheit der eigenen Erfahrungen mit dem nachgeahmten Verhalten übernommen.

In Bezug auf ein Suchtverhalten dienen zunächst die Eltern und Geschwister als Vorbilder. Sie beobachten ihren Umgang mit Genussmitteln und Drogen in verschiedenen Lebenssituationen, und die Kinder imitieren diese Verhaltensweisen.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.66-69) führen einige Untersuchungen an, die sich damit befassen, inwieweit ein Zusammenhang zwischen den Trinkgewohnheiten der Eltern und dem späteren Alkoholkonsum ihrer Kinder besteht.

Vergleicht man die einzelnen Studien und ihre Aussagen miteinander, so kann man abschließend zu dem Ergebnis kommen, dass eine Übernahme des elterlichen Konsumverhaltens durch die Kinder stattfindet, es also bezüglich des Suchtverhaltens eine Familientradition gibt. Die Übernahme des Modellverhaltens findet jedoch auf sehr differenzierte Art und Weise statt.

Familie und Armut

"Trunksucht ist die Mutter der Armut" (Helenius, 1901 nach Hoppe 1904, S.356) war eine Aussage, die vor und nach 1900 die Diskussion prägte. Allerdings muss festgestellt werden, dass die Sucht-Armuts-Forschung bis heute kaum tragfähige Ergebnisse liefern konnte, was auch daran liegen mag, dass die Armut immer noch, obwohl Massenphänomen geworden, keine wirksame Lobby, weder in der Politik, noch in der Forschung, hat. (vgl. Henkel/Vogt, 1999, S7ff).

Die höchste Rate der alkoholismusgefährdeten Männer ist nach Feuerlein und Kufner (1977) in den unteren sozialen Schichten (an- und ungelernte Arbeiter) - aber auch in höheren sozialen Schichten (Unternehmer, Freiberufler) festzustellen. Auch ist der "mittlere Alkoholkonsum" bei Oberschichtfrauen um die Hälfte höher als bei den Unterschichtfrauen. Der Erkrankungsgrad, also die Diagnose "Alkoholismus", ist aber eindeutig in den unteren sozialen Schichten häufiger als in oberen sozialen Schichten. Dies liefert einen Hinweis auf die "soziale Diagnose/Definition" des Phänomens, der hier aber nicht vertieft werden soll. (vgl. Kruse, Körkel, Schmals, 2000, S.109ff).

Armut und soziale Desintegration bergen offensichtlich hohe Risiken, Alkohol exzessiv zu konsumieren und davon abhängig zu werden. Zwischen Sucht und Armut bestehen aber keine direkten, unmittelbaren Verbindungen. "Es gibt Risiken, aber keine zwangsläufigen Prozesse." (Henkel/Vogt, 1999, S.9).

Präventive und therapeutische Ansätze, die sich gegen Armut und Sucht richten, sind nicht auf einer individuellen Ebene anzusetzen. Immer sind auch die sozialen Verhältnisse einzubeziehen, die Arbeit auf struktureller und/oder politischer Ebene fordern.

Diese Zusammenhänge hier im Detail und umfassend zu diskutieren, würde aber den Rahmen der Arbeit sprengen, zumal auch die Studierenden der Sozialen Arbeit in verschiedenen Veranstaltungen (Soziologie, Politik u. ä.) vieles über die Probleme der Armut und ihrer Auswirkungen erfahren. Der Vollständigkeit halber musste der Punkt

aber genannt werden, Transferleistungen zu den bekannten Sozialdaten sind auch unumgänglich zu leisten (siehe dazu Henkel/Vogt, 1999).

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass die Darlegungen gezeigt haben, dass eine Vielzahl von Bedingungskonstellationen im und um das System Familie begünstigend auf Suchtverhalten wirken können. Eine erneute Auflistung würde an dieser Stelle kaum weiterhelfen, daher sei zur Wiederholung empfohlen, die verschiedenen Störungen in der Sozialisation, die Sucht auslösen können, zu vertiefen.

4 Handeln

In der Personalverordnung für die Psychiatrie (Psych-PV) werden für das Arbeitsfeld der Sozialarbeiter folgende Bereiche genannt (Kunze und Kaltenbach, 1994):

1. Sozialpädagogische Grundversorgung

Dazu gehören insbesondere die Klärung von Ansprüchen gegen den Leistungsträger, die Mitwirkung bei der Anamnese und Therapieplanung (Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik) sowie die Sicherung des Lebensunterhaltes.

All dies sind typische sozialarbeiterische Tätigkeiten, die in ihrer Bedeutung nicht unterschätzt werden dürfen. Elementare und ernst zu nehmende Bedürfnisse der Klienten/Patienten sind keine Nebensächlichkeiten sondern für den Therapieerfolg bzw. seine Stabilisierung unverzichtbar.

Nach Bartmann (1996) korreliert der gesicherte Sozialstatus stärker mit dem Erfolg einer Behandlung als die Therapiemethode.

Die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten für diese Aufgaben ergeben sich aus den verschiedenen Inhalten (in verschiedenen Fächern) im Studium der Sozialen Arbeit. Sie hier alle genauer zu beschreiben, würde sicher den Rahmen der Arbeit sprengen.³⁰

2. Einzelfallbezogene und sozialpädagogische Behandlung

Die Psych-PV spricht ausdrücklich von "sozialpädagogischer Behandlung" und benennt in diesem Bereich u. a.: die Hilfe zur Wiedereingliederung in den Arbeitsbereich und Klärung von Wohnungs- und Einkommensfragen. Hier gilt, dass dies durch die

³⁰ Außerdem zeigen die Lehrerfahrungen des Autors, dass die StudentInnen der Sozialen Arbeit in diesen Bereichen in der Regel ausreichend über Kenntnisse und Handlungskompetenz verfügen, so dass er in seinen Lehrveranstaltungen zwar diese Bereiche anspricht, aber nicht im Detail referiert.

Sozialarbeit in klassischer Weise angegangen wird und auch eigenständiges, sozialarbeiterisches Wissen dazu vorhanden ist.

Aber schon das auch genannte sozialtherapeutische Kompetenztraining erfasst Fragen der sozialen Kontakte im Umfeld und zu Bezugspersonen, die unter Hilfestellung des Sozialarbeiters bearbeitet werden sollen. Hinzu kommt die (sozialtherapeutische) Einzelfallhilfe sowie die Familienberatung und die Mitwirkung bei der Familientherapie.

In diesen Handlungsbereichen bedient sich die Sozialarbeit/ -pädagogik schon immer Verfahren, die im engeren Sinne einer therapeutischen Intervention zu zuordnen sind. Deshalb ist es wichtig, den Studierenden der Sozialarbeit/ -pädagogik deutlich zu machen, auf welchen Grundlagen ihr Handeln basiert und dass die Anwendung von Erkenntnissen, Techniken und Fertigkeiten aus diesen Grundlagen noch keine Therapie im engeren Sinne, sondern sozialarbeiterisches Handeln aufgrund von an anderer Stelle vorhandenem Wissen ist.

So ist z. B. die Anwendung von Techniken und Methoden aus der systemischen Familientherapie durch den Sozialarbeiter/ -pädagogen bei der Hilfe für Suchtkranke und deren Angehörigen noch keine Familientherapie.

Dies zu verdeutlichen ist ein oft recht schwieriger Prozess, da es der Sozialarbeit/ -pädagogik oft nicht gelingt, selbstbewusst auf die Bedeutung ihre Eigenständigkeit und ihrer Aufgaben zu verweisen. Die Beanspruchung von angeblichen "höherwertigen" Interventionen, also Therapieverfahren im engeren Sinne, soll für die Sozialarbeit/ -pädagogik einen (angenommenen) Prestige- oder Statusverlust ausgleichen.³¹

Dass dies viel besser mit der Betonung der Eigenständigkeit der Sozialarbeit/ -pädagogik und ihrer durchaus vorhandenen (theoretischen und wissenschaftlichen)

³¹ Der Autor kann aus seiner Lehrerfahrung berichten, dass dieser Vorgang nicht selten auch von Lehrenden, die unmittelbar aus der Praxis der psychologischen und/ oder medizinischen Therapie kommen, sogar unterstützt wird.

Grundlagen (vgl. Lüssi, 2001) erfolgen könnte, ist nicht immer zu transportieren. Zu bedenken ist auch, "wer als Arzt oder Psychologe sich als Mitglied eines therapeutischen Teams begreift, wird keine Probleme haben, die fachlichen Kompetenzen der Sozialarbeiter (wie auch anderer Berufsgruppen) zu akzeptieren. Wer jedoch dem Teamdenken offen oder unterschwellig Widerstand entgegenbringt, der wird diesen nicht deswegen ablegen, weil sich ein Sozialarbeiter oder eine Sozialarbeiterin ausschließlich auf direktere psychotherapeutische Interventionen konzentriert." (Bartmann, 1996, S.28).

So sind die nachfolgenden Ausführungen zu den familienorientierten Hilfen auch als Grundlegungen und nicht als eine "Therapielehre" zu verstehen. Dass der Sozialarbeiter aber ganzheitlich, zielorientiert, neutral und regelhaft arbeiten und dabei Rückkopplungen beachten und mit Grenzen umgehen muss, wird wohl von keiner Seite aus bestritten werden.

Insbesondere bei der Arbeit mit den betroffenen Kindern wird deutlich, dass nicht ausschließlich ein therapeutisches Instrumentarium angewendet werden kann. So sind z.B. die Herstellung von Angstfreiheit, der Identifikationsaufbau, die (Wieder-) Herstellung von Beziehungsfähigkeit, der Aufbau und/oder die Erweiterung der Sprachfähigkeit, die Fähigkeit zur Gemeinschaft und die (Wieder-) Weckung von Leitungsbereitschaft typische pädagogische und auch sozialarbeiterische/ -pädagogische Aufgaben (auch wenn sie sich an der einen oder anderen Stelle wieder therapeutischer Techniken und Methoden bedienen).

3. Gruppenbezogene Behandlung

Hier nennt die Psych-PV insbesondere sozialpädagogische und sozialtherapeutische Gruppen, die sich in der Praxis u.a. mit lebenspraktischem Training, sozialem Kompetenztraining, Selbstbehauptungstraining, Training der geistigen Leistungsfähigkeit, Genusstraining und der Angehörigenarbeit beschäftigen.

Hier wird sich die Sozialarbeit/ -pädagogik auf die "klassische" Methode der Sozialen Gruppenarbeit beziehen. Auch wenn diese Methode in ihrer Entwicklung therapeutische Techniken und Methoden integrierte, bleibt es doch Soziale Arbeit. So bedeutet z.B. die Übernahme und Anwendung von Grundsätzen der Spieltherapie nach Axline (1976) (u.a. Beziehung herstellen, das Kind annehmen, Gefühle beachten und achten, keine direktive Lenkung usw.) noch nicht die Durchführung von Gruppen-Spieltherapie sondern eine Grundlegung, vielleicht auch Verbesserung, der sozialarbeiterischen/ pädagogischen Interventionen.

Auf diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Darstellungen der verschiedenen Hilfen zu verstehen. Sie wollen somit keine Lehre von Therapieverfahren sein und sie sind es auch (aufgrund ihrer Unvollständigkeit) nicht. Gerade diese Unvollständigkeit ist kein Mangel, da sie eigenständige sozialarbeiterische/ -pädagogische Arbeit begründen (und vielleicht effektiver werden lassen).³²

Werden nun in den nachfolgenden Ausführungen Wiederholungen in den Ausführungen oder aus vorherigen Kapiteln festgestellt, so sind diese gewollt und mit Absicht

³² Von daher wird den Ausführungen auch oft von Grundlegungen, Grundannahmen usw. gesprochen. Dem Autor wurde in seiner Lehre oft klar, dass es einerseits nicht darum gehen kann, die Therapieverfahren in "reiner Lehre" zu unterrichten (da es dann nicht zu einer sozialarbeiterischen Identität kommt), andererseits aber nicht auf die Grundlegung sozialarbeiterischen/ -pädagogischen Handelns mit Techniken und Methoden aus therapeutischen Verfahren verzichtet werden kann (damit die Hilfe wirksam wird). Aber nochmals: diese Grundlegung bedeutet nicht eine Therapieausbildung zu leisten oder eine Therapiedurchführung in der Praxis für Sozialarbeiter/ -pädagogen anzustreben.

vorgenommen worden. Es geht darum, Wissen zu verfestigen und auch schon erörterter Phänomene aus einem andern Blickwinkel heraus zu betrachten und damit einen anderen Fokus zu setzen.

4.1 Familientherapeutische Orientierungen und Hilfemöglichkeiten

Auch wenn überwiegend in der Literatur der jüngsten Zeit angenommen wird, dass der Suchtkranke der Symptomträger eines kranken Familiensystems ist, ist nicht jede Hilfe für die Familie auch Familientherapie, auch wenn sie auf Verfahren aus diesem Bereich beruht. Deshalb ist, auch im Rückblick auf die Einführung unter 4 bewusst der Begriff "familientherapeutische Orientierungen" gewählt worden.

Die Entwicklung der Familientherapie begann in der Mitte der fünfziger Jahre in den Vereinigten Staaten. Zu dieser Zeit standen vor allem Familien von Schizophrenen im Mittelpunkt des Interesses, und erst ein paar Jahre später wurden auch Familien mit anderen Symptomträgern in die Therapie mit einbezogen.

In Deutschland konnte die amerikanische Familientherapie erstmals in der Mitte der sechziger Jahre Einfluss gewinnen. Bei der damals dominierenden analytisch orientierten Psychotherapie stand einzig und allein das Individuum im Zentrum ihres Bemühens, die Familientherapie hingegen entwickelte ein neues Therapieverständnis und zieht die soziale Umwelt des Abhängigen in die Behandlung mit ein.

In den 50er Jahren hat sich in der Psychiatrie ein Paradigmawandel vollzogen, so dass die Sozialwissenschaftler immer mehr die Vorstellung "... vom Individuum als dem kleinsten Baustein des menschlichen Universums" (v. Villiez 1986, S.4) aufgegeben haben. Dieser Denkwandel kam in der Psychiatrie durch das Aufkommen der Familientherapie zum Ausdruck.

Die Familientherapie ist nicht auf eine ganz spezielle Schule zurückzuführen, so dass ihr nicht nur eine einzige psychotherapeutische Methode zugeschrieben werden kann. Im Blickfeld der Betrachtung ist nun nicht mehr das Individuum, sondern das System. Die ganze Familie wird betrachtet und nicht nur ein Individuum. Zuvor hat sich die Psychotherapie sehr lange Zeit ausschließlich mit dem einzelnen kranken Menschen beschäftigt, und sie hat an dem "Zwei-Personen-Behandlungs-Arrangement" (Richter

1994, S.120-123) zwischen dem Therapeuten und dem Klienten festgehalten. Das Aufkommen der Familientherapie erweiterte auch das Behandlungssystem. Bisherige Anschauungen wurden aufgegeben, so dass andere Beobachtungsgesichtspunkte und Interventionen im Vordergrund standen. "Sie lehnt starres und kausales Denken ab und ist prozess- und handlungsorientiert" (Bosch, 1977, S.181).

4.1.1 Grundaussagen zur Familientherapie

Die Familientherapie ist eine Therapierichtung, die auf mehrere Wurzeln und nicht nur auf einen einzigen Gründer zurückzuführen ist. Es gibt zahlreiche Vertreter und somit auch eine große Anzahl verschiedener Ansätze und Schulen. Den verschiedenen therapeutischen Richtungen im Rahmen der Familientherapie liegt die gemeinsame Überzeugung zugrunde, dass die Probleme einer einzelnen Person und ihre Ursachen nicht nur auf das Individuum zurückzuführen sind, sondern vielmehr das "... Ergebnis zwischenmenschlicher Erfahrungen und innerpsychischer Kräfte ..." (Kuypers in: Schmidtbreich 1992, S.13) sind.

Vollmoeller (in: Schmidtbreich 1992, S.12) unterscheidet vier Hauptrichtungen der Familientherapie, wobei es wiederum einige Untergruppen und Mischansätze gibt. Schmidtbreich (1992, S.13) weist auch darauf hin, dass die Reinformen der verschiedenen Schulen kaum zur Anwendung kommen, sondern die Therapeuten integrativ arbeiten und mehrere Ansätze praktizieren. Kaufmann/Kaufmann (1983, S.215) betonen die Notwendigkeit für eine erfolgreiche familientherapeutische Arbeit, dass jeder einzelne Therapeut dabei jene Verfahren aussuchen soll, die er für sich am geeignetsten ansieht.

Der Begriff Familientherapie ist ein Sammelbegriff für eine Großzahl verschiedener Konzepte und therapeutischer Techniken, so dass er sich durch seine Heterogenität auszeichnet. Die Unterschiedlichkeit der Ansätze erschweren eine eindeutige Zuord-

nung. Die Wurzeln der Familientherapie liegen in der Psychoanalyse, da die ersten Familientherapeuten Psychoanalytiker waren. Dennoch weisen die familientherapeutischen Konzepte eine Gemeinsamkeit auf: Ihr Hauptaugenmerk ist auf den Inhalt der familiären Interaktionsprozesse gerichtet (vgl. Kriz 1994, S.268f).

Im Bereich der Familientherapie haben sich eine Vielzahl verschiedener Konzepte und Strömungen herausgebildet. Die Vertreter dieser Richtungen erachten die Familientherapie jedoch nicht als eine neue Behandlungsweise: Im Gegensatz zu den individuenzentrierten Theorien, betrachten sie die Ursachen psychischer Probleme unter einem anderen Blickwinkel. Ihrer therapeutischen Arbeit liegen andere Erklärungsmodelle und somit auch Vorgehensweisen zugrunde.

Für die Familientherapie kommt der sozialen Situation des Patienten für sein Problem eine entscheidende Bedeutung zu. Nicht eine Person ist krank, sondern die familiäre Situation ist problematisch. In der Familientherapie ist "... der Patient die Familie selbst" (Richter 1994, S.127). So wird das Familienproblem zum Behandlungsgegenstand des Therapeuten und nicht das Problem eines einzelnen Familienmitglieds (nach Atzesberger 1980, S.108; vgl. Richter 1994, S.125). Trotz der unterschiedlichen Methoden im Bereich der Familientherapie ist ihnen der Behandlungsgegenstand und auch das Ziel identisch. Der Konflikt innerhalb der Familiengruppe äußert sich durch eine gestörte Kommunikation und Gesprächslenkung innerhalb der Gruppe und vielfach auch durch Beziehungsstörungen zur Außenwelt.

Bei der Durchführung der Familientherapie verfolgt der Therapeut das Ziel, der Familie bei der Lösung des Hauptproblems zu helfen. Der Familienkonflikt soll überwunden bzw. teilweise gelöst werden. Durch die familientherapeutische Intervention soll den Familienmitgliedern eine neue und positivere Möglichkeit eröffnet werden miteinander umzugehen (siehe Bosch 1977, S.173; vgl. Richter 1994, S.125; nach Atzesberger 1980, S.108).

"Mit dem Ausdruck Familientherapie meint man nicht ein ganz bestimmtes therapeutisch-technisches Arrangement, sondern eine Mehrzahl relativ unterschiedlicher Methoden" (Richter 1994, S.125).

Es gibt verschiedene Konstellationen von Personen aus dem sozialen Nahraum, die familientherapeutisch behandelt werden können (nach Richter 1994, S.124): Eheleute, Eltern mit Kind, Eltern mit mehreren Kindern und Familie mit den Großeltern. Bei der praktischen Durchführung kommen auch verschiedene Methoden und Techniken zur Anwendung. Es besteht die Möglichkeit, Ehepaare einzeln oder auch in Gruppen zusammen mit mehreren Paaren zu behandeln. Familien können von einem, zwei oder drei Therapeuten betreut werden. Bei manchen Therapien werden die Familienmitglieder in einer gemeinsamen oder auch in getrennten Sitzungen beim gleichen und auch von verschiedenen, aber zusammenarbeitenden Therapeuten betreut. Auch Klaus Wanke (in: DHS 1977, S.182) geht auf die verschiedenen Art und Weisen ein, wie die Angehörigen in die Behandlung des suchtkranken Familienmitglieds integriert werden können.

Im Rahmen einer stationären Behandlung des Patienten gibt es die Möglichkeit einer Angehörigenbetreuung während und nach der stationären Therapie. In diesem Zusammenhang werden Partnerseminare angeboten, gemeinsame Freizeitaktivitäten durchgeführt; es werden Angehörigen- und Ehemaligentreffen angeboten. Die Durchführungsmöglichkeiten der Familientherapie sind vielfältig. Diese Therapieform kann einzeln oder in Gruppen und von verschiedenen oder identischen Therapeuten durchgeführt werden.

Die Familientherapie geht auf vier verschiedene theoretische Wurzeln zurück (vgl. v.Villiez 1986, S.4-7):

1. Die allgemeine Systemtheorie

Ihr liegen folgende Annahmen zugrunde:

Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile.

Jedes Teil wird im Zusammenhang mit dem Ganzen verständlich.

Die Änderung eines Teils beeinflusst alle anderen.

Das Ganze zeigt eine "Totalität" und tendiert zur Homöostase, zu Äquilibrium, zur Transformation und Äquifinität.

Die komplexen innerfamiliären Prozesse sind nach Maria Bosch (in: DHS 1977, S.173) am besten mithilfe der Systemtheorie zu erklären. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht das innerhalb eines Systems vorherrschende Beziehungsmuster bzw. die vorherrschenden Regeln. Die Art und Weise, wie die einzelnen Familienmitglieder miteinander interagieren, spiegelt die Beziehungsstruktur wider.

2. Die Kommunikationstheorie

Als Vertreter diese Theorie gilt u.a. Watzlawick, P./Beavin, J.H./Jackson, D.D. (1982). Die Hauptaussage der Kommunikationstheorie lautet: Man kann nicht nicht kommunizieren, so dass jegliche menschliche Kommunikation für das Gegenüber Aussagen beinhaltet. Diese Theorie findet nicht nur auf Dyaden, sondern auch auf komplexere Einheiten seine Anwendung.

3. Das kybernetische Modell

Der Begründer dieses Modells ist Wiener (1948). Dieses Modell ist völlig konträr zu einem linear-kausalen Erklärungsmodell, das einen direkten Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung sieht. Das kybernetische Modell sieht die Familie als ein zielorientiertes und sich selbst regulierendes System an, in dem die Interaktionen nicht linear, sondern zirkulär ablaufen.

4. Die Erkenntnistheorie

In der Erkenntnistheorie geht es um die Frage, ob und wie Realität und Wahrheit erkannt werden kann. Die systemische Richtung der Erkenntnistheorie betrachtet den Beobachter und das Objekt als Einheit, wobei die traditionelle Erkenntnistheorie vom neutralen, außen stehenden Beobachter ausgeht, der Dinge beschreibt. Aus der Einheit zwischen Objekt und Subjekt ergibt sich die Tatsache, dass es keine objektiven Fakten, sondern nur subjektive Sichtweisen gibt. Man kann nichts beschreiben, von dem man selbst Bestandteil ist. Die Erforschung menschlichen Verhaltens, aber auch die der innerfamiliären Prozesse, steht dadurch vor methodischen Schwierigkeiten.

4.1.2 Hauptrichtungen der Familientherapie

Nach Anderson (in: Kaufmann/Kaufmann 1983, S.215) gibt es fünf verschiedene Hauptansätze der Familientherapie. Obwohl sich diese familientherapeutischen Richtungen zwar ein Stück weit aneinander angeglichen haben, bestehen dennoch gravierende Unterschiede.

- **Psychodynamische (psychoanalytische, familiendynamische) Familientherapie**

Als Vertreter der psychodynamischen Familientherapie zählt Ackermann, Bowen, Nagy, Zuk und Paul, Richter, Sperling, Stierlin, Bloch, Boszormenyi-Nagy (nach Kaufmann/Kaufmann 1983, S.216-221; vgl. Vollmoeller in: Schmidtbreick 1992, S.12).

Charakteristisch für diesen Ansatz sind zwei Grundprinzipien:

1. Die Arbeit an der Vergangenheit, um herauszufinden, welche zeitlich zurückliegenden Ereignisse durch Übertragung das gegenwärtige Geschehen beeinflussen.
2. Das Bewirken von Veränderungen durch Einsicht, die dadurch erreicht wird, dass die Vergangenheit sowohl kognitiv als auch affektiv verarbeitet wird (siehe Kaufmann/Kaufmann 1983, S.217).

Bei der Arbeit von Familientherapeuten kommen verschiedene Instrumente zur Anwendung. Familiensystemtheoretiker bedienen sich dem Familienstammbaum und auch der Familienchronologie (vgl. Kaufmann/Kaufmann 1983, S.217-219).

Mithilfe des Familienstammbaums, der im Bereich der familientherapeutischen Arbeit ein Standardinstrument ist, wird grafisch ein Familiensystem dargestellt, das aus allen Personen von drei Generationen besteht. In diesen Stammbaum werden sowohl die Ehen, Scheidungen, Geburten, Wohnort, Todesfälle und Krankheiten eingetragen, als auch wichtige körperliche, soziale und psychische Dysfunktionen. So werden zunächst

die Namen und das Geburtsdatum der Personen und das Datum der bedeutsamen Ereignisse eingetragen.

Der Familienstammbaum wird weiterhin durch Fakten ergänzt, die Aufschluss über die Familie geben. Dazu gehört z.B. die Art und Weise des Kontakts untereinander, verschiedene familienspezifische Themen und Ereignisse und die Form ihrer Beziehungen.

Mithilfe des Familienstammbaums kann er die Familienbeziehungen untersuchen und er hat dadurch einen ersten Schritt hin zum Verständnis seiner eigenen und der zu behandelnden Familie getan.

Die Familienchronologie ist "... eine Zeittafel für die Hauptgeschehnisse und Stressereignisse im Leben einer Familie." (vgl. Kaufmann/Kaufmann 1983, S.219). Mithilfe der Familienchronologie wird sowohl dem Therapeuten als auch der Familie bewusst, wie es innerhalb der Familie zu typischen familialen Mustern kommt. Die Familienchronologie führt zusammen mit dem Familienstammbaum zu weiteren Erkenntnissen bezüglich der Familie. Mithilfe des Stammbaums gibt die Chronologie Aufschluss "... über die strukturellen Merkmale, Zugehörigkeiten zu Subsystemen, Schlüsselereignisse und Reizthemen einer Familie ..." (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.219). So wird man bereits nach wenigen Kontakten auf Konflikte und Belastungen aufmerksam.

Mithilfe dieser beiden Instrumente sind die familienbezogenen Daten weniger gefühlsbeladen und können objektiver dargestellt werden, was für den familiensystemtheoretischen Ansatz charakteristisch ist. Kaufmann betrachtet die Arbeit an der Vergangenheit nicht grundsätzlich als angemessen. Seine eigene Erfahrung hat ihn gelehrt, dass das Durcharbeiten vergangener Geschehnisse nur dann sinnvoll erscheint, wenn dadurch keine Anklagen oder Schuldgefühle ausgelöst werden. Seiner Meinung nach ist eine Chronologie der einzelnen Familienmitglieder dann wichtig, wenn sie im Dienste von Veränderungsprozessen steht (nach Kaufmann/Kaufmann 1983, S.220).

Die Familientherapeuten der psycho-dynamischen Richtung sind der Meinung, dass sich Familientherapie ebenso gut mit einer einzelnen Person durchführen lässt.

Bei der Arbeit mit einer Person beschreiben sie fünf Phasen (vgl. Kaufmann/Kaufmann 1983, S.220):

1. Bestandsaufnahme der Problemlage
2. Planung der Behandlungsziele
3. Aufbau neuer Beziehungen
4. Eigentliche therapeutische Arbeit
5. Langfristige Auseinandersetzung mit der eigenen Person und mit den zwischenmenschlichen Beziehungen.

- **Systemtheoretische (kontextbezogene, komplexinteraktionelle) strukturelle Familientherapie**

Dieser Ansatz ist u.a in den Schulen

- (1) Palto-Alto-Modell

(Watzlawick, P./Beavin, J.H./Jackson, D.D., 1982)

- (2) Strukturelle Familientherapie

(Minuchin, 1977)

vertreten.

Das Ziel der strukturellen Familientherapie ist es, "... durch eine Manipulation und Neuordnung von gegenwärtigen Interaktionsmustern eine angemessenere familiäre Organisation ..." (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.221) zu erreichen. Um den Familienverhältnissen weiter auf die Spur kommen zu können, trägt der Therapeut sowohl die Grenzen als auch Subsysteme in den Stammbaum ein. Die diffusen, klaren oder starren Grenzen machen deutlich, wer mit wem auf welche Art und Weise interagiert. Die Subsysteme in der Familie lassen sich in elterliche und geschwisterliche unterteilen. Weitere Subsysteme bilden sich z.B. aufgrund des Geschlechts, der Generation oder der gemeinsamen Interessen heraus.

In der strukturellen Familientherapie fungiert der Therapeut als Grenzzieher (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.222), der starre Grenzen zu lösen versucht oder auch das elterliche vom geschwisterlichen Subsystem trennt. Es muss darauf geachtet werden, dass das eheliche Subsystem von dem der eigenen Eltern getrennt ist und eine Grenze hin zu den Forderungen ihrer Kinder besteht. Die Grenzziehung zwischen den Eltern und ihren Kindern muss so gestaltet sein, dass beide Elternteile erreichbar sind, sie aber keine partnerschaftlichen Funktionen übernehmen. Kaufmann/Kaufmann (1983, S.223-236) führen einige therapeutische Vorgehensweisen im Bereich der strukturellen Familientherapie an, deren Ausgangspunkt die diagnostische Familienstrukturkarte ist.

- **Kommunikationstherapeutische Familientherapie**

Zu den Vertretern dieser Therapierichtung gehören u.a. Watzlawick, P./Beavin, J.H./Jackson, D.D. (1982) und Satir, V./Baldwin, M. (1988). Nicht nur diese Therapierichtung, sondern auch alle anderen Familientherapierichtungen verfolgen bei der Behandlung von Familien das Ziel, auf Kommunikationsprobleme hinzuweisen. Die o.g. Therapeuten haben ursprünglich auf die "Doppelbindung" (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.237) in Familien von Schizophrenen hingewiesen. Obwohl es dieses Phänomen in allen Familien gibt, ist ihr Auftreten in Familien mit Rauschmittelabhängigen wesentlich häufiger. In solchen Familien kommt es vor, dass der Abhängige nur noch sein Rauschmittel als Möglichkeit sieht, den Weg aus diesen doppeldeutigen Botschaften zu finden. Er sieht für sich keine andere Möglichkeit, damit umzugehen.

Die "Doppelbindung" besitzt vier Merkmale:

1. Zwei widersprüchliche Botschaften werden gleichzeitig gegeben, häufig auf verbaler und nichtverbaler Ebene.
2. Der Empfänger der Botschaft hat eine enge Beziehung zum Sender und kann sich daher nicht von ihm lösen.
3. Die Botschaften schließen sich gegenseitig aus.
4. Dem Empfänger ist es verwehrt, über die Doppelbindung zu sprechen.

Mithilfe der Kommunikationstherapie soll die widersprüchliche Kommunikation aufgezeigt und korrigiert werden. Dies geschieht dadurch, dass die einzelnen Familienmitglieder auf klare Formulierungen hingewiesen werden und die Bedeutungen von Botschaften dargestellt werden (vgl. Kaufmann/Kaufmann 1983, S.237).

Die Metakommunikation soll dazu dienen, unklare Aussagen zu verdeutlichen. "Der Therapeut agiert als objektiver Regler der Kommunikation; er unterweist seine Klienten, in einer strukturierten und sicheren Umgebung deutlich zu kommunizieren." (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.238).

- **Die entwicklungsorientierte/ erlebniszentrierte Therapie**

Ein Vertreter dieser Experiential-Therapie ist Whitaker und u.a. auch Satir, Perls und Kirschenbaum (nach Vollmoeller in: Schmidtbreick 1992, S.12).

Charakteristisch für diesen Ansatz ist, dass der Therapeut bei seiner Arbeit persönlich sehr stark mit einbezogen wird. Der Therapeut ist während des therapeutischen Geschehens als realer Mensch beteiligt, bringt sich ein und öffnet sich in einem starken Ausmaß. Er setzt sich mit seiner Beziehung zur Familie auseinander. Durch sein Engagement und seinen persönlichen Einsatz, mithilfe seines Menschenverstandes und zahlreichen vertraulichen Gesprächen, will er die Entwicklung der Familie in Gang bringen.

- **Verhaltenstherapeutische (lerntheoretische, trainingsorientierte) Familientherapie**

Malout, Alexander, Stuart, Jacobson, Nitz und Petermann (vgl. Kaufmann/Kaufmann 1983, S.238; nach Volmoeller in: Schmidtbreick 1992, S.12) sind Vertreter dieser verhaltenstherapeutischen Richtung der Familientherapie.

Die Grundlage ihrer Arbeit bilden die lerntheoretischen Prinzipien. Es wird häufig beobachtet, dass Eltern auf das Verhalten ihres Kindes eine Reaktion zeigen, die das un-

erwünschte Verhalten weiterhin aufrechterhält. Das Bestreben der therapeutischen Arbeit liegt darin, den Eltern dabei zu helfen, ihre unangemessenen Reaktionen zu löschen. Die Eltern sollen stattdessen lernen, dem Kind für erwünschtes Verhalten positive Verstärker zu erteilen.

4.1.3 Schulenübergreifende familientherapeutische Interventionskonzepte

Kriz (1994, S.269-272) führt einige Interventionskonzepte auf, die in den unterschiedlichen familientherapeutischen Konzepten immer wieder zur Anwendung kommen:

Joining (Therapeutisches Arbeitsbündnis):

Die Familientherapie hebt die große Bedeutung der ersten gemeinsamen Sitzung hervor, zu der, so wird es von vielen Therapeuten verlangt, die Kernfamilie vollständig erscheinen soll. Sobald der Therapeut mit der Familie zu arbeiten beginnt, kommt es bereits zu einer Veränderung des Familiensystems - das neue System besteht nun aus Familie und Therapeut.

In der ersten Sitzung werden die gemeinsamen Regeln bestimmt, die nun innerhalb dieses neuen Systems Gültigkeit haben. Beim Festlegen der Regeln findet innerhalb des Systems vielfach ein subtiler Kampf statt. Eine der Regeln ist z.B. die Art der Kommunikation. In manchen Ansätzen findet eine direkte Kommunikation statt, während bei anderen familientherapeutischen Konzepten die einzelnen Familienmitglieder über die Beziehung zwischen zwei anderen befragt werden.

Damit es zu einem therapeutischen Prozess kommen kann, muss bereits in der ersten Sitzung ein "stabiles Arbeitsbündnis" (Kriz 1994, S.270) zwischen dem Therapeuten und der Familie hergestellt werden.

Das Arbeitsbündnis beinhaltet u.a. folgende Aspekte:

Die Ansprache jedes Familienmitglieds, der Abbau von Vorurteilen, der Abbau von Angst und Scham durch die Umdefinition der Symptome und ihren "Schuldigen", die Förderung des Selbstwertgefühls jedes Einzelnen.

Reframing (Umdeuten):

Die einzelnen Familienmitglieder leben in einer familiären Wirklichkeit, in der sie eine ganz bestimmte Sichtweise von ihren Problemen und Symptomen haben. Es ist eine wichtige Aufgabe des Therapeuten, diese Betrachtungsweisen umzudeuten. Das Gleichgewicht des Familiensystems wird durch starre und pathologische Kommunikations-, Definitions-, Erwartungs- und Interpretationsmuster aufrechterhalten.

"Reframing" bedeutet somit eine Veränderung dieser pathogenen Familienstruktur, in dem die Probleme unter anderen Gesichtspunkten betrachtet werden.

Das "Reframing" besteht aus mehreren Interventionen (vgl. Kriz 1994, S.270):

- Die Technik der positiven Konnotation: Das Verhalten der einzelnen Familienmitglieder wird positiv gedeutet.
- Verschiedene paradoxe Interventionen und Symptomverschiebungen.
- Hypnotherapeutische Interventionen: Im Trancezustand werden dem Symptomträger suggestive Umdeutungen seiner Symptome angeboten.
- Neurolinguistisches Programmieren.

Arbeit an den Grenzen:

Ein System baut Systemgrenzen gegenüber seiner Umwelt auf. Auch innerhalb des Systems werden sog. Subsysteme entwickelt. Die familientherapeutischen Ansätze sehen die Arbeit an diesen Grenzen als sehr wichtig an. Der Familientherapeut muss bezüglich dieser innerfamiliären Grenzen sehr sorgfältig intervenieren, wobei ihm wieder unterschiedliche Techniken zur Verfügung stehen. Dazu zählt z.B. das Rollenspiel, aber auch die Konfrontation und Verschreibung bestimmter Verhaltensweisen. Der Therapeut nimmt Bewertungen vor, um z.B. herauszubekommen, welche inner-

familiären Koalitionen er stärken oder schwächen muss oder inwiefern er die Abgrenzung eines Systems fördern muss.

Familienskulptur:

Dieses Konzept hat seine Wurzeln in den Ansätzen des Psychodramas. Die Familienskulpturen finden sowohl im Bereich der Diagnostik als auch in der Therapie ihre Anwendung.

Die Familienmitglieder stellen in Form eines pantomimischen Bildes bestimmte familiäre Beziehungen und Haltungen dar. Die Familienskulptur kommt dadurch zustande, dass ein Familienmitglied den anderen bezüglich ihrer Haltungen Anweisungen gibt, an die sie sich zu halten haben. Sie nehmen dann entsprechende Stellungen ein, die über die Familienstruktur Aufschluss geben können.

Familienanamnese und Genogramm:

Die Familienanamnese wird auch als eine Technik des "Joining" gesehen. Auf verschiedene Art und Weise werden die unterschiedlichsten Informationen erhoben und grafisch dargestellt. Diese grafische Darstellung wird als "Genogramm" bezeichnet.

Der Familientherapeut informiert sich über Geburtsdaten, die Großelterngeneration, bedeutende Familienereignisse und wichtige Personen außerhalb der Kernfamilie. Zunächst stellt der Therapeut rein sachliche Fragen, die den Klienten die Angst nehmen sollen. Der Symptomträger bekommt so auch das Gefühl, noch ein Teil der Familie zu sein und nicht außerhalb als Angeklagter zu stehen.

Mithilfe der Familienanamnese gelingt dem Familientherapeuten ein Zugang zur gesamten Familie, ohne in die Gefahr zu geraten, ein Mitglied einer Koalition zu werden.

4.1.4 Familientherapeutische Interventionen bei Alkoholabhängigkeit

Die ersten Familienbehandlungen in der Suchtkrankenhilfe begannen um 1960, wobei es hier vor allem um eine Informations- und Verständnisvermittlung der Angehörigen von Alkohol- und Medikamentenabhängigen ging.

Die direkte Einbeziehung der Familienangehörigen in den Therapieprozess erfolgte erst einige Jahre später (vgl. Kuypers 1980, S.8-13). Kuypers sieht die Einbeziehung der gesamten Familie bei der Behandlung von Suchtkranken als unbedingt erforderlich an. In der Familientherapie sprechen die einzelnen Familienmitglieder zum ersten Mal Dinge an, die in der Familie tabuisiert wurden sind und über die sie noch nicht sprechen konnten. Durch eine gemeinsame Behandlung sind alle Familienmitglieder an diesem Entwicklungsschritt beteiligt.

Die Familientherapie stellt bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit eine relativ neue Methode aus dem Bereich der Psychotherapie dar. Die familientherapeutische Behandlung von Familien mit einem alkoholabhängigen Mitglied, hat jedoch noch keinen routinemäßigen Charakter angenommen.

Es wurden verschiedene Untersuchungen über die Bedeutung der Anwendung von familientherapeutischen Techniken, im Rahmen der Entwöhnungs- und Nachbehandlungsphase des alkoholabhängigen Familienmitglieds, durchgeführt. Die Ergebnisse belegten den positiven Einfluss dieser Techniken auf den Therapieverlauf des Abhängigen; die Vorteile ihrer Anwendung können ihre Wirksamkeit dennoch nicht beweisen (nach Kaufmann/ Kaufmann 1983, S.181-184).

Kaufmann/Kaufmann (1983, S.175-181) haben ein interaktionelles Modell aufgestellt, das davon ausgeht, dass Familien nach den Konzepten von Systemen funktionieren. Der Familientherapeut betrachtet den Alkoholismus unter dem Gesichtspunkt, dass der Alkoholiker Mitglied eines Systems ist, das bestimmten Gesetzen unterliegt. Dieses Modell erfordert eine Einbeziehung der gesamten Familie in die Familientherapie, und die therapeutischen Interventionen müssen interaktionell angelegt sein.

In diesem Modell wird die gesamte Familie als Patient betrachtet; die völlige Abstinenz des Patienten kann daher nicht mehr als favorisiertes Ziel angesehen werden. Vielmehr geht es darum, "... eine bessere Funktionsweise, mehr Flexibilität und eine Freisetzung des Wachstumspotenzials des gesamten Familiensystems ..." (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.177) anzuvisieren.

Nach Kaufmann und Kaufmann kann der Alkohol aufgrund seiner vielfältigen und weitreichenden Folgen in den verschiedenen Lebensbereichen der Familien eine so dominierende Stellung einnehmen, dass er "... in ihrem interaktionellen Leben zu einem ordnungsstiftenden Prinzip wird" (Kaufmann/Kaufmann 1983, S.176). Sie bezeichnen diese Familien dann als Alkoholsystem.

Die Interaktion zwischen den einzelnen Familienmitgliedern wird einzig und allein durch das Fehlen oder das Vorhandensein von Alkohol bestimmt. Die Autoren vermuten sogar, dass dem Alkoholkonsum in manchen Familien auch eine stabilisierende Funktion zukommt, so dass der Abhängige auch zur Erhaltung des Systems beiträgt. In der Therapie ist es wichtig, dem Abhängigen den Zusammenhang zwischen dem Alkoholmissbrauch und dem Funktionieren des Familiensystems deutlich zu machen.

Davis und andere (in: Kaufmann/Kaufmann 1983, S.177-180) beziehen zusätzlich noch verhaltenstherapeutische Konzepte in das systemische Modell hinein und heben die besondere Bedeutung der symptomhaltenden Faktoren hervor, die in der Therapie einer besonderen Beachtung bedürfen.

Ihr Ansatz beruht auf folgenden Annahmen (vgl. Kaufmann/Kaufmann 1983, S.178):

- Der Alkoholmissbrauch bringt bestimmte Folgen mit sich, die der Anpassung dienen.
- Diese adaptiven Folgen haben in dem Maße eine verstärkende Wirkung, dass sie die Gewohnheit des Trinkers aufrechterhalten, unabhängig davon, welche Ursachen zugrunde liegen.
- Diese adaptiven Konsequenzen können sich bei jedem Menschen unterscheiden, und sie können auf den verschiedensten Ebenen zum Vorschein kommen.

Diese Grundüberlegungen erfordern folgende therapeutische Vorgehensweisen:

- Der Therapeut muss herausfinden, inwieweit das Trinkverhalten eine adaptive Funktion innehat.
- Kennt der Therapeut die positiven Konsequenzen des Alkoholkonsums, muss der Abhängige im Verlauf der Therapie dazu befähigt werden, adaptives Verhalten auch im nüchternen Zustand auszuüben und wirksame Verhaltensweisen zu lernen. Für Bowen (in: Kaufmann/Kaufmann 1983, S.180f) lässt sich der Alkoholismus mithilfe des Konzeptes der Familiensystemtheorie erklären. Er behauptet sogar, dass die Alkoholabhängigkeit nur durch die familiären Verhaltensweisen aufrechterhalten wird. In einer gemeinsamen Behandlung eignen sich die Familienmitglieder andere Verhaltensweisen an, wodurch der Alkoholabhängigkeit der Nährboden entzogen wird.

Bei der Behandlung von Alkoholabhängigkeit kommen mehrere Formen der Familientherapie zur Anwendung, wie z.B. die Paartherapie und die Mehrfamiliientherapie in Gruppen.

Paartherapie:

Die Gruppentherapie mit Paaren ist eine Art der Familientherapie, die bei der Alkoholtherapie sehr häufig zur Anwendung kommt.

Es handelt sich um eine besondere Form der Mehrfamiliientherapie. Innerhalb einer Gruppe und mit Hilfe von ablaufenden Gruppenprozessen, sollen sich die Paare über ihre ehelichen Interaktionsmuster bewusst werden, und der Zusammenhang zwischen diesen Mustern und dem Trinkverhalten des Abhängigen soll deutlich werden. Durch diese Therapieform wird den familiären Faktoren Beachtung geschenkt, die zur Aufrechterhaltung des Trinkverhaltens beitragen. Gleichzeitig wird den Paaren die Möglichkeit gegeben, ihre soziale Isolation durch den Kontakt mit anderen etwas aufzugeben. Sie können dadurch an ihrem Verhältnis zur Umwelt arbeiten. Die Einbeziehung wird als eine wichtige Voraussetzung für weitere Beziehungen innerhalb der Familie angesehen, so dass der Paartherapie eine große Bedeutung zukommt.

Mehrfamilientherapie:

Bei dieser Form der Familientherapie nehmen von drei bis zu zwanzig Familien an einer Therapiesitzung teil. Es kommen Kinder, aber auch Angehörige aus bis zu drei Generationen dieser Familien zu den Sitzungen.

4.1.5 Systemische Familientherapie in der Suchtkrankenhilfe

Systemische Therapieansätze wurden in ihren ersten Anfängen bereits in den 50er Jahren praktiziert. Viele andere Richtungen psychotherapeutischen Handelns beinhalten mehr oder weniger systemische Aspekte. Dennoch sprechen viele Anhänger bezüglich der systemischen Therapie von einem "Paradigmawechsel."

In den 70er Jahren treten diese systemischen Ansätze in der Praxis immer stärker in Erscheinung, und sie stellen mit ihren Konzepten verschiedene Erklärungsmuster in Frage (vgl. Kriz 1994, S.228). In der systemischen Betrachtungsweise wird eine lineare Kausalität durch eine zirkuläre Kausalität ersetzt. Der Ursache-Wirkung-Zusammenhang wird aufgegeben und somit auch die Schuldfrage. So gibt es zwischen zwei Elementen nicht nur eine Reiz-Reaktions-Verbindung. Diese sind vielmehr in einen wesentlich komplexeren Prozess eingebunden, so dass die Einwirkung eines Elements auf andere wieder eine Rückwirkung auf dieses hat. (Selbstrückbezüglichkeit) (Kriz 1994, S.228).

Zwischen allen Elementen des Systems bestehen Wechselbeziehungen.

Die systemische Therapie kommt vorwiegend im Bereich der Familientherapie zur Anwendung und seltener im Rahmen von Paar- oder Gruppentherapien. In der Therapie spielt nicht nur eine einzelne Person eine Rolle. Der systemisch orientierte Familientherapeut lenkt seine Aufmerksamkeit auf die kranke Familie, so dass der Symptomträger in der Familie als identifizierter (Kriz 1994, S.236) Patient bezeichnet wird. Die systemische Theorie schenkt dem Ganzen und nicht dem einzelnen Individuum seine

Aufmerksamkeit. "Menschen sind keine isolierten Einzelwesen, und daher ist jede Handlung darauf zu befragen, welche Bedeutung sie für das System hat, in dem der Mensch lebt" (von Schlippe 1993, S.30).

Entwicklung der systemischen Familientherapie

Wie viele andere Erfindungen so hat sich auch die Familientherapie aus vielen verschiedenen Wurzeln entwickelt, so dass es schwer ist, den genauen Ort und Zeitpunkt zu bestimmen, wo und wann sie das erste Mal eingesetzt wurde. Viele Ideen, so von Schlippe & Schweitzer (2000, S.18), die Familientherapeuten des zwanzigsten Jahrhunderts beeinflussen, waren bereits in der Arbeit von Sozial- und Gemeinwesenarbeitern des neunzehnten Jahrhunderts gegenwärtig und wurden dann später in den dreißiger, vierziger und fünfziger Jahren dieses Jahrhunderts wieder entdeckt, insbesondere von amerikanischen Forschern und Therapeuten.

Folgender Überblick über die wichtigsten Pioniere bezieht sich auf von Schlippe (2000, S. 18-26):

Die Theoretiker und Praktiker studierten den Einfluss des interaktionalen Kontextes auf Leben und Symptome von Individuen und veröffentlichten etwa um 1960 herum über die Anwendung dieser neuen Erkenntnisse in der Therapie (Ackermann 1966; Bowen 1966; Minuchin 1967; Satir 1964 u.a.). Die Arbeit vieler dieser Pioniere entsprang der Psychoanalyse, die möglicherweise einen bedeutsameren Einfluss auf die Familientherapie hat, als immer angenommen wird. Zusätzliche Beiträge aus Europa (z.B. Skinner 1969, 1976; und Stierlin 1976) sowie Kybernetiker (Wiener 1948), Mathematiker (von Neumann und Morgenstern 1944), Chemiker (Prigogine 1976) und Systemtheoretiker (von Bertalanffy 1968) trugen alle zur Vielfalt des Gewebes bei, das systemische Therapie heißt.

Folglich kann "anders als bei Freud (Sigmund) bei der systemischen Therapie nicht von einem genialen Begründer gesprochen werden, (...) es sind eher eine ganze Reihe herausragender Persönlichkeiten hier zu nennen, und es dürfte nicht zu entscheiden

sein, wer der oder die erste war, der/die mit Familien begann zu arbeiten" (a.a.O., S.19).

"Die systemische Therapie gibt es nicht. Vielmehr ist darunter ein breiter Oberbegriff zu verstehen, der so etwas ist wie eine Klammer um eine Vielzahl von Modellen, die durchaus in sich heterogen sein können" (Schlippe 2000, S.23 zit.n. Lieb 1995). Innerhalb des Gesamtspektrums des familientherapeutischen Ansatzes lässt sich, angelehnt an Schlippe (2000, S.50ff) folgende Entwicklung herausarbeiten:

Ein Anfang war mit der Idee gemacht, nicht Individuen zu behandeln, sondern Familien und dabei vorrangig auf die Beziehungen, nicht so sehr auf die Person zu achten. Es handelte sich um die Pioniere Bateson, Watzlawick et al., deren Double-bind-theory für die Entwicklung der Familientherapie große Bedeutung hatte (a.a.O., S.20f).

Seit den 40er Jahren hat sich eine neue Wissenschaft von der Steuerung entwickelt, welche später auch in den Sozialwissenschaften angewandt wurde: die Kybernetik mit zentralen Begriffen, wie In-und Output, Feedback, Zirkularität und Homöostase. Grundidee war, das System in seinen Regeln so zu stören, dass es diese Regeln veränderte bzw. gar nicht anders konnte, als sie zu verändern. Offensichtliche Folgerung aus dem Konzept der Zirkularität für die Therapie war die Aufgabe des Therapeuten, Fehler in der Struktur zu erkennen und zu korrigieren, d.h. er musste die richtigen Inputs geben, um das Familiensystem wieder in ein Gleichgewicht (Homöostase) zu bringen.

Die Homöostase als Zentralbegriff wurde später abgelöst. Es interessierte nicht mehr so sehr das Gleichgewicht, als vielmehr die Veränderung in Systemen. Besonders nachhaltig beeinflussten Anfang der 80er die erkenntnistheoretischen Überlegungen zur Autopoiese lebender Systeme die Perspektiven der Systemtheoretiker. Die chilenischen Biologen Maturana und Varela entwickelten die "Theorie autopoietischer Systeme" (a.a.O., S.67). Zentral ist in der Theorie der Begriff der Autonomie. "Lebende Systeme erzeugen, regulieren und erhalten sich selbst" (a.a.O., S.69), sie können nicht gezielt gesteuert werden. Therapeuten wurden somit zu Experten der Veränderung, ohne garantieren zu können und zu müssen, dass diese Veränderung auch eintrat. Klienten wurden nun als Subjekte wahrgenommen. Die methodischen Schlussfolgerun-

gen dieser Idee beziehen sich u.a. auf Auftragsklärung, Ressourcenorientierung und Wertschätzung.

Neuere Entwicklungen der Systemtheorie, die auch als Kybernetik zweiter Ordnung oder dann als Konstruktivismus bekannt wurden, befassten sich mit der Frage, WIE kommen wir zu unseren Beschreibungen von Systemen? Es war die Zeit der Entdeckung des Beobachters bzw. der Beobachterin. Er bzw. sie bekamen eine enorme Bedeutung zugewiesen. Man stellte fest, dass all die Systeme, die man bislang beobachtet und beschrieben hatte, gar nicht existieren, sondern Gebilde derjenigen sind, die sich mit ihnen befassen. Eine methodische Entwicklung aus der Zeit sind u.a. die zirkulären Fragen.

Das Modell der lösungsorientierten Kurzzeittherapie wurde von Steve de Shazer entwickelt. Es grenzt sich von der üblichen systemischen Therapie ab. Grundsätzlich geht man davon aus, dass es sinnvoll ist, sich ausführlich mit den möglichen Lösungssituationen zu befassen und sie in den Vordergrund zu stellen. Wichtiger als die Erforschung der Ursachen eines Problems erschien die Frage nach dem Wohin – wie sieht die Lösung aus? "Ressourcen werden in diesem Ansatz vorausgesetzt. (...) Das therapeutische System wird mit dem Ziel baldmöglichster Veränderung angelegt" (a.a.O., S.35).

Nach von Schlippe/Schweitzer (2000, S.116ff) und Schweitzer (1993, S.19) lassen sich Grundhaltungen, Annahmen und Zielsetzungen des systemisch-konstruktivistischen Ansatzes wie folgt zusammenfassen:

1. Vergrößerung des Möglichkeitsspielraumes
2. Kontextorientierung. Kontext des Auftrages: Wer will was von wem, warum, wie lange, wozu?
Kontext der Probleme in der Lebensgeschichte, im Beziehungsnetz. Das bedeutet, dass bisher Sinnloses als sinnvoll erscheinen kann.
3. Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung
4. Zirkularität: Eingebundenheit von Verhalten der Elemente eines Systems in einen Kreislaufprozess

5. Neugier, Respektlosigkeit gegenüber jeglichen Gewissheiten, Ideen, Theorien, dagegen Respekt gegenüber Menschen.
6. Hypothesenbildung: Erzeugung multipler Wirklichkeitsideen, d.h. unterschiedliche Zukunftsentwürfe und Lösungsmöglichkeiten durchspielen; Hypothesen sollen die vielfältigen Informationen im Familiengespräch ordnen und neue Sichtweisen anbieten.
7. Verstörung und Anregung von Systemen, d.h. ergebnisoffene Interventionen. Ob eine Intervention eine Anregung oder Verstörung wird, entscheiden die KlientInnen.
8. Zulassen von Ambivalenzen: "Nichts ist eindeutig. Menschen und Institutionen haben meistens zwei Seelen in einer Brust – es sei denn, sie schlachten die eine. Viele scheinbare Probleme sind der Versuch, beiden Seiten gleichzeitig gerecht zu werden. Andere Probleme resultieren aus dem Versuch, die eine Seite zu eliminieren" (Schweitzer 1993, S. 19).

Charakteristikum der systemischen Familientherapie

Die theoretische Grundlage der systemischen Familientherapie bilden Erkenntnisse aus dem Bereich der allgemeinen Systemtheorie und der Kybernetik. Man hat begonnen diese auf die sozialen Gebilde zu übertragen. Auch die Annahme aus dem Bereich der Naturwissenschaft, dass "das Ganze mehr als die Summe seiner Teilchen ist" (Schmidtobreck 1992, S.14), wurde in den 60er und 70er Jahren auch auf menschliche Systeme übertragen, so dass man eine völlig andere Auffassung von den menschlichen Beziehungen bekam.

Die Interaktionen zwischen den Menschen und die Probleme des Einzelnen erschienen unter einem völlig anderen Licht. "Für die systemische Betrachtungsweise sind nicht die einzelnen Teile, sondern ihre inneren Zusammenhänge, Verknüpfungen und Vernetzungen wichtig" (Kuypers in: Schmidtobreck 1992, S.14).

In Bezug auf das Verhalten in der systemischen Sichtweise spricht Schmidt (in: Schmidtbreich 1992, S.15) von "Zirkularität oder kreisförmige Kausalität." So hat das Verhalten eines Menschen wieder Auswirkungen auf das eines anderen. Dieses kann sich auf das Verhalten eines Dritten auswirken oder auch Rückwirkungen auf das des ersten haben.

Die Ansichten zum Suchtverhalten unterliegen einem Veränderungsprozess. Bis zur ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurde der Alkoholismus unter moralischen Gesichtspunkten betrachtet, so dass der Alkoholiker der alleinige Schuldige war. Ende der 60er Jahre wurde der Alkoholismus als Krankheit anerkannt, so dass der Behandlung ein Individuum-zentriertes und linear-kausales Denkmodell zugrunde lag. Der Blickwinkel ändert sich nun immer mehr dahingehend, dass der Zusammenhang zwischen dem Abhängigen mit seinen spezifischen Symptomen und dem System, in dem er lebt, hergestellt wird. "Somit entsteht ein Suchtkonzept, das sich nicht mehr nur auf das Symptom und den Symptomträger bezieht, sondern auf das ganze System, in dem der Suchtkranke lebt" (Schmidtbreich 1992, S.11). So ist die Sucht nicht das Problem eines Einzelnen; hierbei handelt es sich vielmehr um eine Interaktion im System. Sie konzentrieren sich auf die Prozesse im engeren sozialen Umfeld dieses identifizierten (nach Kriz 1994, S.241) Patienten und setzen an dieser Stelle therapeutisch an.

Die Suchtbehandlung konzentriert sich sowohl auf den Suchtkranken, als auch auf seine Bezugspersonen. Bei einer Individuumzentrierten Behandlung des Suchtkranken wären weiterhin kranke Beziehungen vorhanden (nach Kuypers 1980, S.12). Die systemische Therapie fordert vom Therapeuten eine veränderte Wahrnehmung: Er beschränkt seine Aufmerksamkeit nicht nur auf den Symptomträger der Beziehungserkrankung, sondern auf die Zusammenhänge aller Beziehungen innerhalb des Familiensystems.

Merkmale der systemischen Familientherapie

Die Grundlage der Familiensystemtheorie bildet die allgemeine Systemtheorie, die in dieser Theorie konkretisiert wird. Bertalanffy gilt als Begründer der Systemtheorie und definiert das System als "... einen Komplex interagierender Elemente." (Bertalanffy 1968, S.55).

Der allgemeine Systembegriff wurde für den Bereich der Familie präzisiert und spezifischer ausgeführt. So definierten z.B. Bavelas/Segal (in: Schneewind 1991, S.102) das Familiensystem folgendermaßen: Es "... ist eine besondere Gruppe von Personen, zwischen denen Beziehungen bestehen; diese Beziehungen werden durch die Familienmitglieder etabliert, aufrechterhalten und erkennbar gemacht, indem sie miteinander kommunizieren." Die Familiensystemtheorie, als eine Theorie der Familienentwicklung, betont einige Aspekte, die sie als charakteristische Merkmale der Familie betrachtet (vgl. Schneewind 1991, S.102-107):

Ganzheitlichkeit:

Die Familie wird als eine Einheit gesehen, und die einzelnen Familienmitglieder sind durch Kommunikation und Interaktion untereinander verbunden. So ist die Familie als Ganzes mehr als die Summe ihrer Teile, ihrer Familienmitglieder.

Bestimmte Probleme eines Einzelnen werden als ein systemisches Problem betrachtet, das in den Familienbeziehungen begründet liegt und nicht als ein individuelles.

Zielorientierung:

Die Familien gestalten ihr gemeinschaftliches Leben so, dass es Sinn und Kontinuität aufweist. Die Familienziele können entsprechend der jeweiligen Lebensphase unterschiedliche Inhalte besitzen. So orientierten sie sich an den familiären Entwicklungsaufgaben, die eine bestimmte Familienphase erforderlich machen.

Regelhaftigkeit:

Die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern unterliegen einer Regelhaftigkeit. Diese Regeln können zum einen z.B. durch Familienrituale deutlich werden, und zum anderen bestimmen sie das Verhalten der Familienmitglieder ganz unausgesprochen. Die Regelhaftigkeit der Beziehungen wird auch durch die gleichförmige Interaktionsweise deutlich.

Zirkuläre Kausalität:

Das Interaktionsgeschehen innerhalb der Familie besitzt Merkmale "zirkulärer Kausalität." (Schneewind 1991, S.103). So findet zwischen den einzelnen Familienmitgliedern eine gegenseitige Beeinflussung statt. Eine bestimmte Verhaltensweise geht nicht nur einseitig von einer einzigen Person aus. Man spricht hier von einem Interaktionszyklus. (a.a.O.).

Rückkoppelung:

Innerhalb eines Familiensystems kommt es dann zu einer Rückkoppelung, wenn ein Familienmitglied gegen eine Regel verstößt. Es wird dann ein Prozess in Gang gesetzt, der bei den übrigen Familienmitgliedern Effekte hervorruft. Diese wirken wieder auf das Verhalten des regelverstoßenden Familienmitglieds zurück.

Die positive Rückkoppelung ist veränderungsorientiert: Die dadurch ausgelösten Interaktionsprozesse fordern nach Lösungen.

Die negative Rückkoppelung dagegen ist stabilitätsorientiert: Durch diese Prozesse soll der alte Systemzustand wieder hergestellt werden.

Homöostase:

Die Homöostase innerhalb eines Familiensystems bedeutet die Aufrechterhaltung und Ausbalancierung des dort bestehenden Kräftegleichgewichts. In den meisten Fällen erzielt die Familie die Homöostase durch negative Rückkoppelungsprozesse: Die Familie orientiert sich an den bestehenden Zielen, Regeln und Normen, und Familien mit starren Regeln wollen den Zustand ihrer Familie beibehalten. Herrschen in einer Fa-

milie flexible Ordnungen, so kann sie sich den verschiedenen Herausforderungen stellen, den gewohnten Zustand verändern und zu einer neuen Stabilität gelangen.

Wandel erster und zweiter Ordnung:

Kann die Familie den stabilen, gewohnten Zustand auflösen, kommt es zu zwei Arten der Veränderung: Es kann zu einem "Wandel erster Ordnung" und zu einem "Wandel zweiter Ordnung" kommen (vgl. Watzlawick, Weakland, Fisch in: Schneewind 1991, S.104).

Im ersten Fall bleibt das System als solches bestehen. Innerhalb des Systems kommt es zu einer Veränderung eines internen Zustandes in einen anderen. Im zweiten Fall ändert sich das System an sich. Es ändert sich dann z.B. der Kommunikationsstil der Familienmitglieder oder auch die Zusammensetzung der Familie.

Grenzen:

Lebende Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie anderen Systemen gegenüber ihre Grenzen ziehen. Innerhalb der Familie existieren Subsysteme: Es kann sich hierbei um ein personales Subsystem handeln, das aus einzelnen Personen besteht. Innerhalb der Familie kann auch ein interpersonales System existieren, das durch den Zusammenschluss von zwei oder mehreren Familienmitgliedern charakterisiert ist. Eine Veränderung geschieht durch die familienpezifische Entwicklungsphase. Grenzen können sich z.B. durch den Tod oder die Geburt verändern oder sie können sich z.B. durch eine veränderte Nutzung der Familienwohnung wandeln (nach Schneewind 1991, S.105).

Internes Erfahrungsmodell:

Ein Familiensystem lässt sich von außen durch die spezifischen beobachtbaren Interaktionsmuster erfassen. Von besonderer Bedeutung sind auch die familienpezifischen internen Erfahrungsmodelle (Schneewind 1991, S.107) der einzelnen Familienmitglieder: In diesem Erfahrungsmodell wird das subjektive Wissen jedes Einzelnen von der Familienrealität deutlich. Jede Person entwickelt eine eigene Vorstellung von sich, von ihren Familienmitgliedern und ihren Beziehungen und ihre eigene Beziehung zu den

Familienmitgliedern. Dieses Wissen existiert häufig nur im Unterbewusstsein und ist schwer verbalisierbar; dennoch beeinflusst es das Verhalten und den Interaktionsstil in der Familie.

Die subjektiven Sichtweisen der einzelnen Familienmitglieder unterscheiden sich voneinander. Sie verändern sich aber auch im Zusammenhang mit der Entwicklung der Familie "... als einer Gruppe sich gemeinsam entwickelnder Personen." (Schneewind 1991, S.107). Simon/Stierlin (in: Schneewind 1991, S.107) sprechen dann von "Ko-Individuation" bzw. "Ko-Evolution".

Systemtherapeutische Interventionen

Mithilfe seiner Interventionen will der Therapeut die Selbstheilungskräfte aktivieren. Er gibt ihnen keine Ratschläge oder Erklärungen für bestimmte familiäre Gegebenheiten, sondern unterstützt die Familie dahingehend, dass sie aufgrund ihres ausgebildeten Selbstheilungspotenzials Veränderungen innerhalb ihres Familiensystems vornehmen können.

Durch die Anwendung der verschiedenen Techniken sollen die starren Verhaltensmuster und die eingeschränkten Betrachtungsweisen gelockert und in Bewegung gesetzt werden. Ihre blockierten Fähigkeiten zur Anpassung sollen freigesetzt werden.

Der systemisch arbeitende Familientherapeut soll die Interaktionsmuster der Familie, die zur Aufrechterhaltung der Symptome beitragen, erkennen, diese verändern helfen und dadurch wieder Prozesse aktivieren. Dadurch sollen die Symptome überflüssig werden und den einzelnen Familienmitgliedern eine Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeit eröffnet werden (vgl. Erbach in: Brakhoff 1987, S.120f).

Das Hauptziel der systemischen Familientherapie ist die Auseinandersetzung und Bearbeitung der Beziehungs- und Kommunikationsregeln, die für die Familie typisch sind. Der Symptomträger weist darauf hin, dass die innerfamiliären Muster zur Problembewältigung nicht mehr ausreichen. Die therapeutischen Interventionen zielen auf eine allmähliche Veränderung ab, wobei die Familie dabei nicht ihr Gleichgewicht verlieren soll.

Fischer-Wittmann (in: Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle 1990, S.20) will mithilfe der systemischen Familientherapie mehr Flexibilität in den Systemen erzielen und nicht ausschließlich die Abstinenz des Symptomträgers erreichen. Der Therapeut will die Familie für die bestehenden Regeln und Tabus sensibilisieren (siehe Schmidtbreick 1992, S.19). Der systemisch arbeitende Familientherapeut untersucht im Verlaufe der Therapie mit seinen Techniken, inwieweit die vielfältigen Beziehungen im Familiensystem bzw. auch sein eigenes Verhalten im Umgang mit der Familie symptomhaltend wirkt.

Techniken der systemischen Familientherapie:

Neutralität:

In der systemischen Familientherapie nimmt der Therapeut gegenüber allen Familienmitgliedern eine neutrale Haltung an, so dass der Gedanke von Tätern und Opfern aufgegeben wird. Durch die Neutralität soll der Therapeut nicht zu stark in das Familiengeschehen involviert und somit handlungsunfähig werden.

Zirkuläres Fragen:

Die systemisch arbeitenden Familientherapeuten haben das "zirkuläre Fragen" (Schmidtbreick 1992, S.20f) als eine Interviewtechnik entwickelt, wodurch auch die Neutralität des Therapeuten bewahrt werden kann. Bei dieser Technik werden die gewünschten Informationen über die Befragung Dritter aus dem Familiensystem eingeholt, die über andere im Familiensystem und ihre Beziehungen Aussagen machen sollen. Es wird nicht mehr die betreffende Person direkt befragt (nach Schmidt 1986, S.43).

Dadurch werden dem Therapeuten und den anderen Familienmitgliedern die verschiedenen Betrachtungsweisen von Problemen und Beziehungen innerhalb des Systems deutlich gemacht. Die neu gewonnenen Sichtweisen von Verhaltensweisen können die festgefahrenen und starren Sichtweisen lockern. Bei dieser Interviewart werden auch hypothetische Fragen an verschiedene Familienmitglieder gestellt, um so z.B. Ängste

und Fantasien zu verbalisieren. Ein in der Zukunft liegendes ängstigendes Ereignis kann hypothetisch so durchgespielt werden, dass es keine Bedrohung mehr darstellt.

Positive Konnotation, paradoxe Intervention, Rituale:

Durch die positive Konnotation hebt der Therapeut die Eigenschaft des Systems hervor, sich als Ganzes selbst zu erhalten bzw. er betont ihr Bestreben, das Gleichgewicht (Homöostase) zu erhalten.

Bei der positiven Konnotation macht der Therapeut den anderen Familienmitgliedern deutlich, dass das Symptom eines Familienmitglieds, aber auch das Verhalten der anderen für die Erhaltung des Systems eine Funktion erfüllt und deshalb sinnvoll und logisch ist.

Bei einer paradoxen Intervention "verschreibt der Therapeut das Symptom" (Schmidtobreck 1992, S.22) zur Aufrechterhaltung der familiären Homöostase. Dadurch respektiert der Therapeut das systemerhaltende Verhalten der Familie. So muss die Familie gegen eine anvisierte Änderung keinen Widerstand aufbauen. Durch ein Ritual gibt der Therapeut der Familie ein Verhalten vor, so dass sie z.B. zu einem bestimmten Zeitpunkt etwas ganz bestimmtes tun soll. Ihr festgefahrener Verhaltensschema soll dadurch erweitert werden.

Die systemische Familientherapie konnte im Bereich der Suchtkrankenhilfe erst sehr spät und nur ganz allmählich Fuß fassen. Die systemische Familientherapie kennzeichnet sich durch eine völlig neue Sichtweise des Suchtverhaltens und der zwischenmenschlichen Beziehung. Sie lehnt nach Schmidtobreck (1992, S.14) ein linear-kausales Denken ab und sieht das Suchtverhalten nicht als ein individuum-zentriertes Problem an.

Vielmehr handelt es sich hierbei um eine bestimmte Interaktionsform in einem System, das dort auch bestimmte Funktionen erfüllt. Im systemischen Ansatz wird "Sucht als selbstzerstörerisches, selbstaufopferndes Verhalten eines Familienmitglieds, das bei Fortschreiten der Suchtkarriere von allen Familienmitgliedern als Problem erlebt wird, an dem sich das Verhalten der gesamten Familie orientiert" (Fischer-Wittmann in: Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle 1990, S.16) gesehen.

Im systemischen Denken werden symptomatische Verhaltensweisen nicht als individuelle Störungen angesehen. Vielmehr sind sie ein Zeichen für Probleme des Familiensystems. Die Symptome eines Familienmitglieds sind ein Zeichen dafür, dass die Familie Schwierigkeiten damit hat, sich an veränderte äußere und innere Bedingungen anzupassen. (z.B. Tod eines Angehörigen, Umzug usw.), da dadurch die familiären Beziehungen verändert werden müssen, was für das System bedrohlich wird. (vgl. Erbach in: Brakhoff 1987, S.120). Die Familie benötigt alternative Lösungsmöglichkeiten für ihr Problem.

Nach der Auffassung der systemischen Familientherapie werden die Ursachen eines Suchtverhaltens "... als Folgen von vorhergehenden Ursachen gesehen, und diese wiederum als Folgen von vorhergehenden Ursachen usw." (Schmidtbreick 1992, S.19).

Aus der Besonderheit der Suchtkrankheit und spezifischer Merkmale des Suchtsystems ergeben sich einige Gründe für die Anwendung der systemischen Familientherapie im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Erbach/Richelshagen (1989, S.46) kamen zu dem Ergebnis, dass der systemische Ansatz mit seinen Arbeitsweisen in der Behandlung von Suchtkranken eine immer größere Rolle spielt. Durch verschiedene Methoden der systemischen Familientherapie können der Familie neue Sichtweisen eröffnet werden, Zusammenhänge und Funktionsweisen des Systems deutlich gemacht werden (kurativ).

Die Auswirkungen des Alkoholismus betreffen nicht nur das abhängige Individuum. Zahlreiche es umgebende soziale Systeme, bis hin zum Netzwerk der gesellschaftlichen Organisation, werden davon tangiert. Deshalb sieht Chafetz et al. (in: v. Villiez 1986, S.5) die Anwendung des systemischen Ansatzes bei der Behandlung von Alkoholabhängigen am geeignetsten an.

Gründe für die Anwendung

- Der Süchtige hat in seinem Familiensystem die Rolle eines Symptomträgers inne. Durch das Suchtverhalten wird das System aufrechterhalten. Sein süchtiges Verhalten erfüllt für das unmittelbare Bezugssystem, in dem er lebt, eine ganz bestimmte Funktion. Um im Laufe der Therapie ein dauerhaftes Verschwinden des Symptoms erreichen zu können, muss die ihr innewohnende Funktion thematisiert und entsprechend behandelt werden. Da das Symptom eine Funktion für die Familie erfüllt und sie durch das Auftreten z.B. zusammengehalten wird, ist eine Einbeziehung der gesamten Familie unerlässlich, um ein erneutes Auftreten oder eine Symptomverschiebung zu verhindern.
- Familien, in denen eine Suchtproblematik besteht, besitzen bestimmte charakteristische Eigenschaften. In solchen Familien bestehen oft Ängste vor Trennungen, Verlassenwerden und Veränderungen, so dass z.B. starre Verhaltensregeln und eingeschränkte Blickwinkel bestehen.

Der Wunsch nach Autonomie wird als Gefahr ihres Systems angesehen. Gleichzeitig wird eine individuelle Identitätsentwicklung nicht als ein notwendiger Entwicklungsschritt angesehen, sondern als das Verlassen der Familie gedeutet. Autonomiebestrebungen eines Familienmitgliedes werden z.B. als Loyalitätsverrat (Schmidtbreick 1992, S.23) abgewertet, was bei ihm Schuldgefühle hervorruft. In diesen Familien stellt das Suchtmittel die einzige Möglichkeit dar, sich von diesem System abzugrenzen.

- Die Fähigkeit, Konflikte zu erkennen und auch zu lösen, ist in diesen Suchtfamilien häufig nur gering ausgeprägt. Ihre Kommunikationsfähigkeit ist vielfach so stark eingeschränkt, so dass das Suchtverhalten eines Familienmitgliedes das einzige Thema ist, das den verbalen Austausch noch aufrechterhält. Der Süchtige hat dadurch die Funktion, den innerfamiliären Austausch aufrechtzuerhalten.

Die Suchterkrankung der Eltern führt bei den Kindern zu Folgeerscheinungen. Zur Bewältigung der dauernden familiären Stresssituation, lernen die Kinder ganz be-

stimmte Rollen zu spielen, die ihnen zur Überlebensstrategie werden. Ihre Persönlichkeitsentwicklung wird dahingehend beeinflusst, dass sie die in der Suchtfamilie gelernten Verhaltensweisen in ihren Partnerbeziehungen weiterhin an den Tag legen. Die Wahrscheinlichkeit ist relativ hoch, selbst abhängig bzw. co-abhängig zu werden, da die Organisation des Suchtsystems von Generation zu Generation weitergegeben wird. Im Rahmen der systemischen Familientherapie müssen spezifische Verhaltensschemata der Familie unterbrochen bzw. beeinflusst werden.

Systemisches Denken in der Sozialen Arbeit

Mit Pfeiffer-Schaupp (1997, S.19) wird der Begriff Soziale Arbeit bzw. Sozialarbeit synonym für Handlungsfelder der Sozialarbeit und Sozialpädagogik verwendet und möchte damit weniger die Tätigkeit der entsprechenden Berufsgruppe bezeichnen, sondern vielmehr ganz bestimmte Handlungskontexte, in denen durchaus auch andere Berufsgruppen mit entsprechendem Auftrag tätig sein können, d.h. im Rahmen der Sozialen Arbeit, z.B. in sozialpsychiatrischen Diensten, können auch PsychologInnen, Krankenschwestern und Ärzte tätig sein.

Im Unterschied zu TherapeutInnen besteht für SozialarbeiterInnen die Tätigkeit nicht nur im helfenden, beratenden oder therapeutischen Gespräch. Dies ist lediglich ein (wenn auch nicht unwesentlicher) Teil ihrer Arbeit. Insgesamt kann man sechs Handlungsarten unterscheiden. Hierzu werden von Lüssi (2001, S.392ff) angeführt: Beraten, Verhandeln, Intervenieren, Vertreten, Beschaffen und Begleiten. Bei all diesen Handlungsarten können die systemischen Ideen und Methoden wirkungsvoll eingesetzt werden.

Für das was SozialarbeiterInnen vorwiegend tun, benutzt Lüssi in seinem Lehrbuch zur systemischen Sozialarbeit den Begriff Beratung als Oberbegriff für die Tätigkeit Sozialer Arbeit insgesamt: "Was im Zentrum des Berufsbereichs der Sozialarbeit geschieht, die Arbeit am einzelnen sozialen Problemfall, wollen wir Sozialberatung nennen" (a.a.O., S.52). Er benutzt den Begriff als pars-pro-toto Begriff, d.h. er steht für

mehr als das, was er im engeren Sinne aussagt, und wird eher aus pragmatischen Gründen benutzt, und zwar im Sinne einer bewussten, reduktionistischen Vereinfachung, als "typologische Begriffsreduktion zum Zwecke des Erkennens" (a.a.O., S.53). Sozialberatung ist das Zentrum der Sozialarbeit; in ihr "ist prinzipiell das ganze Wesen, die volle Spezifität der Sozialarbeit enthalten" (a.a.O., S.54).

In diesem Sinne wird der Begriff auch in der vorliegenden Arbeit verwendet.

Systemisches Denken meint eine grundlegende Betrachtungsweise jeglicher Phänomenbereiche, die den Blick auf Muster, Zusammenhänge und Dynamiken lenkt (Rophol, 1978, zit. n. Böse, Reimund 1989).

Abgrenzung: Familientherapie – Familienberatung

Bei der Behandlung von, in der Regel, dysfunktionalen Familiensystemen verfolgen Familienberatung und -therapie die gleiche Zielsetzung, und zwar die aus dem Gleichgewicht geratene Konfliktregelung innerhalb der Familie wieder herzustellen. Das Prinzip beider Arbeitsformen basiert dabei auf dem Gedanken "Hilfe zur Selbsthilfe" (Oswald/Müllensiefen 1986, S.7).

Einen Unterschied findet man dann bei näherer Betrachtung der Feinziele, d.h. dass in der Familientherapie grundsätzlich eher eine Umstrukturierung der Systembeziehungen durch Veränderung individueller Identität angestrebt wird, um so eine bessere Konfliktregelung zu erreichen, während die Familienberatung auf die Lösung konkret bestimmbarer Problemlagen ausgerichtet ist (ebd.). Die Strukturen dysfunktionaler Familiensysteme können dadurch zwar modifiziert, jedoch in der Regel nicht völlig umstrukturiert werden.

"Beratung ist damit keine trivialisierte Therapie, keine kleine Therapie oder die Ausübung von Therapie durch weniger qualifizierte oder mit weniger Berufsprestige ausgestattete Berufsgruppen, sondern etwas grundsätzlich anderes: Sie richtet sich vor-

nehmlich auf eine, die individuelle Problematik übergreifende sozial typische Problemlage ..." (Pfeiffer-Schaupp 1997, S.19).

Vorteile und Möglichkeiten systemischer Konzepte

Folgende Aspekte zeigen nach Pfeiffer-Schaupp (1997, S.33ff), warum sich systemische Konzepte in besonderer Weise als Arbeitsinstrumente für die Soziale Arbeit eignen:

1. "Die systemische Perspektive ermöglicht und erleichtert eine Beschreibung von Problemen und Prozessen auf verschiedenen Ebenen. Beschrieben werden können damit Systeme auf der Mikroebene wie etwa psychische Systeme oder Familien. Beschreibbar sind mit systemischen Begriffen aber genauso Phänomene und Prozesse auf der Meso- und Makroebene, also größere soziale Systeme wie etwa Organisationen, Gemeinwesen, kulturelles, ökonomisches und politisches System" (ebd.).
2. "Die Systemtheorie schließt die anderen, therapeutischen, pädagogischen, juristischen usw. Zugänge nicht aus, sondern ein und kann deshalb dazu genutzt werden, Erkenntnisse verschiedener Wissenschaften sowie Erklärungs-, Werte- und Handlungswissen miteinander zu verknüpfen. Die verschiedenen Interventionsebenen, auf denen Soziale Arbeit sich vollzieht (Individuum, Familie, Nachbarschaft und Gemeinwesen, Organisationen usw.) werden damit gleichermaßen beschreibbar" (a.a.O., S.34).
3. "Systemische Konzepte eignen sich nicht nur zur direkten Arbeit mit KlientInnen, sondern auch dazu, Wege aus dem "Gestrüpp der Institutionen" (vgl. Imber-Black 1994) zu finden. Sie können z.B. dazu genutzt werden, Team- und Trägerkonflikte zu reduzieren und die Reibungen, Konkurrenzkämpfe und Verstrickungen zwischen Institutionen zu vermindern" (ebd.).
4. "Einzelne Instrumente und Werkzeuge aus der systemischen Therapie und Beratung, insbesondere zirkuläre Fragen, sind sowohl in der Einzel- als auch in der Familien- und Gruppenarbeit sowie in der kollegialen Supervision verwendbar" (ebd.).

5. "Problemlösendes Intervenieren, Information geben, Sachhilfe und konkrete materielle Unterstützung zu leisten sind als wichtige Elemente Sozialer Arbeit mit dem systemischen Instrumentarium gut kombinierbar." (ebd.).
6. "Die Unterschicht, die Randgruppen und die sozial Unterprivilegierten werden als zentrale Zielgruppe Sozialer Arbeit nicht ausgeblendet oder ausgegrenzt; insbesondere methodische Ansätze wie z.B. das Familienbrett (Ludewig u.a. 1983), der Wohnungsgrundriss, das Genogramm (Rödel 1990) und die Skulptur (Schweitzer/Weber 1982) können genutzt werden, um das Reden mit Handlungselementen anzureichern" (a.a.O., S.35).
7. "Auch Aufgaben wie Organisationsberatung, Management, Projektentwicklung und Verwaltung können durch systemische Konzepte effektiver gestaltet werden" (ebd.).
8. "Weiterhin können systemische Konzepte dazu beitragen, dass die Arbeit mehr Spaß macht, dass sie gegen die Schwere des "burnout" wirken und dazu einladen, effektiver zu arbeiten" (ebd.).

Abschließend kommt Pfeiffer-Schaupp zum Fazit, dass "systemische Konzepte dem Gegenstand Sozialer Arbeit angemessen und in besonderer Weise geeignet sind, das Spezifische dieses Gegenstandsbereiches zur Sprache zu bringen" (ebd.). Aus dieser Tatsache heraus folgert Pfeiffer-Schaupp: "Systemische Konzepte sind (...) für die Soziale Arbeit notwendig, aber nicht hinreichend, (...) Sie bedürfen der Ergänzung durch andere theoretische und methodische Zugänge" (ebd.).

4.1.6 Systemische Konzepte in der Sozialarbeit

Über die Familienarbeit und Familientherapie hinaus hat das Systemdenken als Grundlage von Handlungskonzepten in der Sozialen Arbeit eine lange Tradition. Dass systemisches Denken in Konzepten der Sozialen Arbeit immer wieder als Bezugsrahmen aufgegriffen wurde, hängt wohl damit zusammen, dass Systemtheorien mit ihrer Grundunterscheidung System – Umwelt genau dem entspricht, was in der Theorie der

Sozialarbeit seit hundert Jahren das Grundmodell bildet: Die Austauschbeziehungen von Menschen und Umwelt, deren wechselseitige Bedingtheit und die Verpflichtung der Sozialen Arbeit, nicht nur die menschlichen Anpassungspotenziale und Bewältigungsmuster zu verbessern, sondern auch auf unzureichende Umweltbedingungen Einfluss zu nehmen.

4.1.6.1 Wolf Rainer Wendt – der ökosoziale Ansatz in der Sozialen Arbeit

Wolf Rainer Wendt veröffentlichte 1990 das Buch "Ökosozial denken und handeln. Grundlagen und Anwendungen in der Sozialarbeit". Darin fasst er seinen 1983 veröffentlichten Entwurf zusammen und entwickelt ihn weiter.

Im Folgenden wird die Art und der Inhalt der Theorie skizziert, sowie die darin enthaltenen Grundannahmen, Ziele, Werte und wichtigsten Bausteine.

Hintergrund, Gegenstand und Besonderheiten

Die theoretische Grundlage dieses Ansatzes ist die Systemtheorie und die Ökologie. Die Systemtheorie veranschaulicht die Struktur; die Ökologie trägt zur Erklärung der Wechselbeziehung zwischen Menschen und Umwelt bei. Sie betont auch die Werte in dieser Beziehung. Der Bezugsrahmen dieser Theorie ist damit der menschliche, natürliche und gesellschaftliche Zusammenhang (Wendt 1990, S.13).

Der Begriff ökosozial grenzt den Ökologiebegriff auf den Rahmen und das Feld menschlicher Lebensgestaltung ein (a.a.O., S.10). Es gibt keine Trennung von Natur und Sozialität.

Gegenstand der Sozialen Arbeit sind spezifische Missstände und Beeinträchtigungen, von denen einzelne Angehörige oder Gruppen der Gesellschaft betroffen sind (a.a.O., S.7). Sie beruhen auf problematischen Austauschprozessen im "Humanökosystem".

Der Fokus liegt damit nicht auf fehlerhaften Verhaltensweisen von Einzelnen und Gruppen, sondern auf der Gestaltung von Austauschprozessen.

Leitende Kategorien des ökosozialen Ansatzes

Ressourcen: Ressourcen sind Potenziale, die unter dem Aspekt der Dienlichkeit und Erschließbarkeit für den Menschen oder ein System lebensnotwendig sind. Sie sind Existenzquelle der Herstellung und Wiederherstellung lebendigen Daseins (Wendt 1990, S.61). Weiterhin sind sie die Voraussetzung für die Gestaltung von Austauschprozessen zwischen den Menschen und seiner Umwelt.

Haushalten: Ein Haushalt bringt Ordnung in ein soziales Geschehen und regelt den Austausch von Ressourcen. Die Art und Weise des Zusammenlebens wird dadurch aufrechterhalten (a.a.O., S.29). Haushalten ist eine wertschaffende Leistung und dient der Bewahrung und Herstellung eines Niveaus der Lebensgestaltung. Es impliziert damit eine Orientierung nach Werten und die Schaffung einer Ordnung im Austauschprozess von Ressourcen.

Selbstorganisation: Selbstorganisationssysteme sind in der Lage sich selbst zu erhalten und sich verschiedenen Umweltanforderungen anzupassen. Sie stabilisieren sich selbst, indem sie sich von der Umwelt abgrenzen. Gleichzeitig stehen sie mit der Umwelt in Beziehung. Dies ermöglicht Austauschprozesse, wobei die Autonomie des Systems erhalten bleibt. Die KlientInnen in diesem Ansatz bleiben diejenigen die sie nach Charakter und in ihrer freien Selbstbestimmung sind (a.a.O., S.107).

Lebenslage: Die Lebenslage eines Menschen als Ergebnis eines zirkulären Prozesses lässt sich nach Wendt mit den vier Dimensionen Lebensgeschichte, Perspektiven, Innenwelt und Umwelt beschreiben. Die dazu erhobenen Daten sind jeweils vom Sozialarbeiter und vom Klienten zusammen einzuschätzen. Diese gemeinsame Einschätzung bildet die Grundlage für das weitere Handeln. Das Konzept der Lebenslage erfüllt für Wendt seinen Zweck darin und hilft, die aktuellen Verwicklungen von Menschen

weitgehend und vielseitig "aufzudröseln", damit diese Menschen beim Weiterweben ihres eigenen Lebens mit den Fäden wieder besser zurechtkommen (Engelke 1998, S.357f).

Nischen: Diese Kategorie bezeichnet das aktive Handlungsfeld des Menschen und einen Ausschnitt der sozialen Realität. Nischen entstehen durch die Wechselwirkung von Akteur und Umwelt mit dem Ziel einer produktiven Lebensführung und ergeben sich aus Anpassungsleistungen. Nischen bezeichnen die subjektive Identität und den sozialen Standort eines Menschen.

Kompetenz: Dies ist die Handlungsfähigkeit von Individuen. Sie besteht aus einer Einheit von Fähigkeiten und Gelegenheiten, die notwendig sind, um Lebensprobleme zu bewältigen.

Vernetzung: Diese Kategorie meint die Einbindung des Menschen in ein Geflecht von Beziehungen. Diese Netzwerke stellen auf der einen Seite Ressourcen zur Verfügung und können auf der anderen Seite eine Belastung sein.

Bewältigung (coping): Sie bezeichnet ein aktives Verhalten mit dem Ziel, den Anforderungen, Belastungen und Aufgaben gerecht zu werden. Die Ressourcen hierfür ergeben sich aus der eigenen Kompetenz und der Vernetzung (personale und soziale Identität).

Ziele und Aufgaben der Sozialarbeit

Das Ziel von Sozialer Arbeit nach diesem Ansatz ist die wünschenswerte Erfüllung des Leben-Können von Menschen (Engelke 1998, S.356). Soziale Arbeit wird nicht als Unterstützungsservice verstanden, um Menschen frei von Not leben zu lassen (Wendt 1990, S.67). Jede Unterstützung wird nach dem individuellen Bewältigungsverhalten in eigener Selbstbestimmung unterschiedlich aufgefasst. Dabei erfolgt im Sinne von Haushalten eine Orientierung an Werten.

Die Aufgabe von Sozialer Arbeit ist die Beteiligung an der Bewältigung (Wendt 1990, S.74). Dies geschieht einerseits auf der Ebene des Unterstützungsmanagements, welches die Arbeitsmethode bei der Sozialen Arbeit mit einzelnen Familien ist (Engelke 1998, S.360),

- durch die Mobilisierung, Pflege, Erneuerung und Entwicklung von Ressourcen (dabei wird die gemeinsame Einschätzung der Lebenslage und die Ausleuchtung der Nische berücksichtigt),
- durch Unterstützung beim Erhalt und der Verbesserung der Nische und
- durch Stärken von Kompetenz und Unterstützung beim Aufbau von Netzwerken mit dem Ziel der Bewältigung.

Andererseits auf der Ebene des Einflussmanagements, welches auf Einflussnahme mittels Öffentlichkeitsarbeit, Social Marketing, politischer Gremienarbeit usw. bei politischen Entscheidungen abzielt (a.a.O., S.360).

Zusammenfassung

Hier liegt eine systemisch-ökologische Perspektive vor, welche über das traditionelle Verständnis einer helfenden Beziehung hinaus geht. Das "Systemische" liegt darin, die Komplexität realer Lebenssituationen, die vielen Abhängigkeiten und Wirkungsdimensionen, die ein z.B. psychosoziales Problem, Suchtproblem etc. konstituieren, zu erschließen und über die unmittelbare KlientInnenbeziehung hinaus zu denken. Professionelle HelferInnen sind hier nicht nur Beziehungsarbeiter, sondern zugleich Vermittler und Manager sozialer Dienstleistungen.

4.1.6.2 Peter Lüssi: Systemische Sozialarbeit

Gegenstand Sozialer Arbeit

Die Soziale Arbeit ist das professionelle Lösen sozialer Probleme. Das Verstehenskonzept, der Blickwinkel für das Problem ist primär der Standpunkt der Systemtheorie, in den drei systemtheoretischen Perspektiven der Systemzugehörigkeit, der Systemfunktionalität und der Systembeziehung (Lüssi 2001, S.65ff und S.219). Das Augenmerk der Sozialen Arbeit richtet sich auf die defizitären und konflikthaften sozialen Beziehungen. Hierbei kennzeichnend ist, "die Sozialarbeit löst soziale Probleme, indem sie zwischen Personen vermittelt, indem sie Mängel ausgleicht, indem sie Menschen schützt und indem sie Menschen zu problemlösendem Verhalten bewegt. Wer anders als in diesen Funktionsweisen, ein soziales Problem löst, macht nicht Sozialarbeit" (a.a.O., S.121).

Hinsichtlich der sozialen Problemlösung muss der Sozialarbeiter feststellen, dass es sich um einen individuell-konkreten Problemfall handelt, an dem verschiedene persönlich identifizierte Menschen beteiligt sind. Lüssi (a.a.O., S.80) schließt die anderen Dimensionen aus, da soziostrukturelle und sozialpolitische Problemperspektiven zwar transparent werden können, diese jedoch bezeichnet Lüssi als von "genereller Art" und außerhalb der sozialarbeiterischen Handlungsdimension (ebd.).

Das Soziale in der Aufgabe der Sozialarbeit definiert Lüssi (a.a.O., S.81), indem er von Basisgegenständen der Sozialarbeit spricht. Er geht von acht Bedürfnisobjekten aus, von denen mindestens einer oder mehrere erfüllt sein müssen, bevor es sich tatsächlich um einen sozialen Sachverhalt handelt. (Bedürfnisobjekte: Unterkunft, Nahrung, Gebrauchsdinge, Geld, Erwerbsarbeit, Erziehung, Betreuung, funktionelles Verhältnis zu notwendigen Bezugspersonen).

Ein Problem stellt der soziale Sachverhalt erst dann dar, wenn folgende Merkmale zutreffen: Not (vgl. a.a.O., S.84), subjektive Belastung (vgl. a.a.O., S.86) und Lösungsschwierigkeit (vgl. ebd.).

Theorieauffassung nach Lüssi

Theorien für die Soziale Arbeit können nach Lüssi (2001, S.41ff) nur aus der Reflexion der Praxis entstehen, wobei das maßgebende Denkmodell für die Reflexion angewendet werden sollte, um allgemein verständlich zu bleiben, z.B. Betrachtung unter dem systemischen Gesichtspunkt.

Sozialarbeitslehre muss um praxisbezogen und berufsspezifisch zu sein eine Fülle von berufsfremdem theoretischen und praktischen Wissen konzentrieren. Der Gesichtspunkt, unter dem die Theorie aufgefasst wird, entsteht aus unmittelbarer Praxiserfahrung und bildet den Kern der Sozialarbeitslehre.

Aufgabe und Funktion der Sozialen Arbeit

"Die Soziale Arbeit ist das professionelle Lösen von sozialen Problemen" (Lüssi 2001, S.79). Dabei ist die soziale Beratung (bzw. die anderen Handlungsarten) das konkrete Arbeitsfeld des Sozialarbeiters, da es die einzige Disziplin ist, die nur dem Sozialarbeiter vorbehalten ist und keine andere Bezugswissenschaft ausübt (a.a.O., S.32 und S.52).

Hierbei muss Soziale Arbeit dysfunktionale Problemsysteme funktionalisieren; negative Systembeziehungen in positive Systembeziehungen bringen, oder voneinander unabhängig machen.

Beim Lösen sozialer Probleme gelten vier Leitmaximen, an denen sich der Sozialarbeiter auch überprüfen kann. Sein Handeln hat eine

- mediatorische
- kompensatorische
- protektive und
- motivatorische Funktion.

Nur wenn die zu leistende oder geleistete Arbeit wenigstens unter einen dieser Aspekte fällt, spricht Lüssi von Sozialer Arbeit (a.a.O., S.121f).

Adressaten der Sozialen Arbeit und Menschenbild

SA trifft hauptsächlich auf Unterschichtangehörige (Lüssi 2001, S.108f), seine Hilfe und Unterstützung überwiegt deutlich in diesem Bereich. Lüssi (a.a.O., S.93ff) definiert problemrelevante Personen sehr genau. Problembeteiligte, Problemzuträger, Dritte, helfende Dritte, Problembelastete, freiwilliger Klient, Pflichtklient. Ausgegrenzt bleiben andere systemische Ebenen wie die Meso- oder Makroebene. Der SA bezieht sich auf individuell, identifizierbare Personen, nicht auf eine Masse.

Lüssi betont, dass es bedeutsam ist als Sozialarbeiter das positive Menschsein anzunehmen, und dabei darauf zu achten die Ursache und Bekämpfung eines Problems nicht am Menschen zu versuchen, sondern am Problemsystem in der jeweiligen Soziallogik (a.a.O., S.221).

Gesellschaftliche, politische und organisatorische Funktionsbestimmung

Neben der Problemlösungsfunktion im einzelnen Problemfall einerseits hat die Soziale Arbeit andererseits eine gesellschaftliche Funktion. "Die Sozialarbeitstheorie verhandelt dieses Thema hauptsächlich unter dem Begriff des doppelten Mandats des Sozialarbeiters, wobei neben bzw. gegen den gesellschaftlichen Auftrag der Sozialarbeit der Auftrag des Klienten gestellt wird" (a.a.O., S.125). Die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen sieht Lüssi beim Sozialarbeiter insofern gegeben bzw. auch nur insoweit in seinem Handlungsspielraum, als dass er durch das Einwirken auf der Mikroebene im systemischen Gedanken auch die anderen Ebenen beeinflusst. Der Sozialarbeiter muss der Leitidee "soziale Gerechtigkeit" (a.a.O., S.127f) folgen, wobei er dies eben durch seine Arbeit an der sozialen Problemlösung erfüllt.

Eine besondere gesellschaftliche Funktion sieht Lüssi in der Ressourcenzuteilung, der Konfliktlösung unter Gesellschaftsangehörigen, und der sozialen Integrationshilfe für deviante Personen (a.a.O., S.131). Diese gesellschaftlichen Funktionen ergeben sich für den Sozialarbeiter aus dem übertragenen Auftrag zur Erfüllung bestimmter Wertvorstellungen (a.a.O., S.130).

Der Sozialarbeiter hat nach Lüssi primär keinen politischen Auftrag (Lüssi 2001, S.129). Er unterscheidet einmal die berufliche Rolle des Sozialarbeiters, indem das Prinzip der Arbeit mit konkret identifizierbaren Menschen gilt und die politische Rolle. In dieser schreibt er dem Sozialarbeiter eine besondere Verantwortung zu, da der Sozialarbeiter einen Expertenstatus in der Sozialpolitik hat. Diese sozialpolitische Tätigkeit ist wichtig, so Lüssi, gehört aber in die "peripheren Bereiche der Sozialen Arbeit, denn sie gehört nicht primär zur Sozialberatung" (a.a.O., S.130). Bezüglich der organisatorischen Funktionsbestimmung wird an dieser Stelle auf Lüssi (2001, S.147-152) verwiesen.

Zusammenfassung

Grundlegend für Lüssis Theorie ist das sozialsystemische Konzept. Es bezieht sich in Lüssis Konzept nicht nur auf die Betrachtungsweise sozialer Probleme, sondern ebenso auf die sozialarbeiterische Problemlösungsmethodik. Neben zahlreichen anderen, nicht systemischen Gesichtspunkten, ohne die eine umfassende Sozialarbeitstheorie nicht denkbar wäre, legt Lüssi explizit dar, was systemische Sozialarbeit in der konkreten Handlungspraxis bedeutet.

4.1.6.3 Silvia Staub-Bernasconi: Gerecht austauschen

Ein weiteres erwähnenswertes Konzept ist das der Züricher Arbeitsgruppe Staub-Bernasconi und Obrecht. Sie arbeiteten eine Handlungstheorie Sozialer Arbeit auf der Basis einer systemischen Ontologie aus. Sie gehen von der Vorstellung konkreter Systeme aus. "System" ist hier nicht nur ein Sinnzusammenhang, sondern auch eine materiell-stoffliche Entität auf allen Ebenen der Wirklichkeit.

Prozess- und Systemtheorie "Menschen-in-der-Gesellschaft"

Für die wissenschaftliche und zugleich metatheoretische Reflexion sozialer Probleme wendet Staub-Bernasconi das prozessual-systemische Paradigma anstelle des atomistisch-substantialistischen Paradigmas an (Engelke 1998, S.369). Die Wirklichkeit des Menschen, der Gesellschaft und der Kultur ist demnach prozessual-systemisch beschaffen, d.h.:

1. Alles was ist, ist in Bewegung, ist vergänglich und veränderbar und somit Prozessen unterworfen (Zeitkomponente).
2. Alles was ist, ist in Systemen eingewoben und steht somit in Beziehung zueinander (Raumkomponente) (Engelke 1998, S.369 zit.n. Staub-Bernasconi 1983).

Nach dem prozessual-systemischen Paradigma ist das Ganze ein System, das aus einer Anzahl von Komponenten besteht (Zusammensetzung), die untereinander eine Menge von Beziehungen unterhalten (interne Struktur), die sie untereinander mehr binden als gegenüber anderen Dingen, sodass sie sich gegenüber anderen abgrenzen (Umwelt). Mit seiner Umwelt ist ein System über jene schwächeren Beziehungen verbunden, die seine Komponenten mit Systemen außerhalb von ihm unterhalten (externe Struktur). Die allgemeine Hypothese der systemischen Ontologie besagt nun, dass alles, was existiert, entweder ein System oder eine Komponente eines Systems ist. Die Menge der existierenden Dinge ist das Ergebnis eines räumlich und zeitlich ausgedehnten Differenzierungsprozesses (Evolution/Geschichte) (Staub-Bernasconi 1995, S.128). Dieser Prozess beruht auf der Fähigkeit der Systeme bzw. Dinge zur Selbstvereinigung und zur Selbstorganisation und auf dem Auftreten neuer und dem Verlust alter Eigenschaften bei der Bildung neuer Systeme. Es existieren verschiedene Arten von Systemen, die in ihrem Entstehen, Aufbau und Verhalten gesetzhaft sind (Engelke 1998, S.370 zit.n. Staub-Bernasconi 1995).

Soziale Probleme als Gegenstandsbereich

Soziale Arbeit selbst ist eine gesellschaftliche Antwort auf soziale Probleme in der Gesellschaft und hat sich als intervenierende Größe mit kumulativen sozialen Problematiken, insbesondere, mit der kumulativen Wirkung von Ausstattungs-, Beziehungs-, und Kriterienproblemen in Wechselwirkung mit sozialen Behinderungen (Machtstrukturen), auseinander zu setzen (ebd., S.371). Gegenstand der Sozialen Arbeit ist die Randständigkeit, und zwar in einer mehrfach sich überlagernden Gestalt, z.B. als Armut an materiellen Gütern, als Armut an Gefühlen, als Armut des Bewusstseins, Armut an Symbolen, als Armut der Sprache, als Armut der Kommunikation, als Armut der Macht. Da mehrfache Randständigkeit für Staub-Bernasconi die Folge mehrfacher sozialer Ausschließungsmechanismen ist, bilden diese Prozesse und die Systeme, in denen die Mechanismen stattfinden, insgesamt mit allen daran Beteiligten den Objektbereich der Sozialen Arbeit als Wissenschaft (ebd.).

Ausstattungs-, Austausch-, Macht- und Kriterienprobleme

Die Tatsache, dass Menschen für ihr Überleben, ihre Existenzsicherung und ihr Wohlbefinden nicht nur auf eine natur- und menschengerechte ökologische Umwelt, sondern auch auf eine menschengerechte Gesellschaft angewiesen sind, ist nicht nur die Basis für Probleme der individuellen Bedürfnis- und Wunscherfüllung (Ausstattungsprobleme), sondern auch Ausgangspunkt für Probleme der Kooperation, der Verständigung, des symmetrischen wie asymmetrischen Austausches zwischen Menschen (Austauschprobleme) sowie für Probleme der abgesicherten Besitznahme, der unfairen Arbeitsteilung und Herrschaft (Machtprobleme) in sozialen Systemen. Die dabei entstehenden Regeln des Zuganges zu und der Verteilung von Ressourcen, sozialen Mitgliedschaften, Positionen und die Werte, Verfahren und vergesellschafteten, öffentlichen Kriterien, welche die entstandenen Verteilungsmuster legitimieren und stützen (Kriterienprobleme), sind für eine Gegenstandsbestimmung Sozialer Arbeit ebenfalls von Bedeutung (Engelke 1998, S.372 zit.n. Staub-Bernasconi 1994).

Alle vier Problemkategorien können einzeln oder miteinander vernetzt und aufeinander bezogen vorkommen. Was jeweils zutrifft, muss empirisch erhoben werden. In ihrem Modell entwirft Staub-Bernasconi die menschliche Wirklichkeit unter Einbezug materieller wie geistiger, emotional-intuitiver wie kognitiv-rationaler und produktiver Prozesse sowie fortwährender Austauschbeziehungen.

Ziele der Sozialen Arbeit

Die Ziele der Sozialen Arbeit verbinden individuelle und soziale Werte, nämlich

- a) individuelle Bedürfnis- und teilweise Wunscherfüllung im Zusammenhang mit der Erweiterung des Wissens- und Handlungsspektrums als auch nach der Maßgabe der verfügbaren physischen, sozio-materiellen und kulturellen Ressourcen und
- b) fairer Ausgleich von Rechten und Pflichten zwischen Menschen und sozialen Gruppen, ferner Regeln der Machtbegrenzung wie der gerechten Machtverteilung als Bedingung für sozialen (familiären, organisationalen, gesellschaftlichen) Frieden (Engelke 1998, S.375 zit.n. Staub-Bernasconi 1994).

Professionelles Handeln

Staub-Bernasconi geht gemäß ihres prozessual-systemischen Theorieverständnisses von problembezogenen Arbeitsweisen in der Praxis Sozialer Arbeit aus und legt ein entsprechendes Handlungsmodell vor. Der Aufbau dieses Handlungsmodells gleicht dem Aufbau ihrer Handlungstheorie Sozialer Arbeit mit den fünf Wissensdimensionen (Gegenstands-, Erklärungs-, Wert-, Verfahrens- und Evaluationswissen) (vgl. Engelke 1998, S.368-369). Die Fragen eröffnen jeweils einen Reflexions- und/oder Handlungsschritt auf das jeweils vorliegende soziale Problem hin.

Die einzelnen Schritte lassen sich verkürzt als folgende benennen:

Beschreibung des Problems (Was?); Erklärung des Sozialen Problems durch Theorien (Warum?); Bewertung des Sozialen Problems und wertende Zielsetzung für die Lö-

sung (Woraufhin?); Bestimmung der Subjekte bzw. AkteurInnen, welche in die Problemlösung einbezogen werden sollen und Formulierung von Aufgaben (Wer?); Bestimmung von Handlungsweisen (Wie?); Auswertung/Erfolgskontrolle (Ob?) (Engelke 1998, S.376 zit.n. Staub-Bernasconi 1994).

Die Arbeitsweisen folgen der Eigenart der sozialen Problematik, um die es jeweils geht (vgl. Engelke 1998, S.376).

Staub-Bernasconi folgert daraus für die Soziale Arbeit als Profession: Das berufliche Spezifikum der Sozialarbeiterin und des Sozialarbeiters ist es, spezialisierte GeneralistInnen zu sein, die dank eines metatheoretischen Bezugsrahmens wie desjenigen einer Prozess- und Systemtheorie an alte und neue soziale Probleme Fragen stellen, altem und neuem Wissen wie Können einen bestimmten Stellenwert geben und damit seine Bedeutung für die Lösung bestimmter Probleme einschätzen.

Zusammenfassung

Mit diesem Systemansatz ist eine realistische Erkenntnisposition verbunden: Systemhaftigkeit ist demnach eine Eigenschaft, die sich

- c) auf allen Ebenen der Wirklichkeit zeigt, die
- d) ein Ding oder ein Mensch hat,

während ansonsten das Systemkonzept nur als kognitive Ordnungsvorstellung verstanden wird. Dieses Konzept bleibt nicht nur für die verschiedenen Arbeitsweisen Sozialer Arbeit offen, sondern ebenso für die verschiedenen methodischen und theoretischen Orientierungen, die im Kontext Sozialer Arbeit diskutiert und praktiziert werden.

Staub-Bernasconi gehört zu den wenigen VerfasserInnen von Theorien Sozialer Arbeit, die in einer umfassenden Weise den Gegenstand Sozialer Arbeit als Wissenschaft und als Praxis aus eigener beruflicher Erfahrung kennen, reflektieren, eine Metatheorie und eine Objekttheorie entwickeln sowie den Bezug ihrer Theorie zur Praxis und zur Ausbildung herstellen.

4.1.7 Lebenswelt- und ressourcenorientierte Hilfen

Nachfolgend werden verschiedene Ansätze dargestellt, die sich auf die unmittelbare Praxis der Sozialen Arbeit beziehen.

4.1.7.1 Sozialpädagogische Familienhilfe – SPFH

Die folgenden Abschnitte skizzieren überblicksartig die rechtliche Definition der SPFH, ihre Adressaten, ihre Organisationsform und die Qualitätsstandards. Weiterhin folgt eine kritische Diskussion der Ausschlusskriterien sowie der derzeit praktizierten methodischen Ansätze der SPFH.

Adressaten

Adressaten sind "hauptsächlich arme und häufig auch kinderreiche Familien (wobei andere Familien nicht explizit ausgeschlossen sind). Armut meint dabei mehr als nur materiellen Mangel. Der Begriff bezeichnet die Häufung von mindestens zwei Unterversorgungslagen in Bezug auf Einkommen, Bildung, Gesundheit, Wohnen, Arbeit, fehlende soziale Partizipation oder die mangelnde Verfügbarkeit sozialer und gesellschaftlicher Dienste" (Helming et al. 1999, S.74).

Organisationsform

Die Kontakte der SPFH (Helming et al. 1999, S.223) finden überwiegend in der Wohnung der Klienten statt (Geh-Struktur hat oberste Priorität). Sie können vom Zeitumfang her sehr intensiv sein (bis zu 20 Stunden pro Woche) und erfolgen über einen längeren Zeitraum (i.d.R. bis zu zwei Jahren). Die Kontakte finden nach dem Phasenmodell (Probe-, Intensiv- und Ablösephase) statt, wobei die Betreuungszeit je nach Phase variiert, d.h. manchmal gibt es schon zu Beginn sehr zeitintensive Phasen - hier

speziell bei kinderreichen Familien -, in der Ablösephase werden die Stundenzahlen dann geringer und die Zeitabstände zwischen den Kontakten größer. Bedeutsam ist auch, dass die Kontakte in Übereinstimmung aller Beteiligten stattfinden, d.h. mit Zustimmung der Familie. Die SPFH wird, wenn möglich, nach einem entsprechenden Übergaberitual tätig und ist dann aus Sicht der öffentlichen Jugendhilfe weitgehend allein für den Fall verantwortlich.

Qualitätsstandards

Die in der SPFH tätigen pädagogischen Fachkräfte sind fest angestellt und verfügen über ein abgeschlossenes Studium. Die BetreuerInnen müssen über die Kompetenz zur fachlichen Dokumentation und Auswertung verfügen. Trägerintern wird pro Fall von den Fachkräften eine zeitnahe (monatliche) Falldokumentation durchgeführt, die als Grundlage für ein trägerinternes Fachcontrolling dient. Sie bildet die Basis für die Berichterstattung beim Sozialen Dienst und die Transparenz gegenüber dem Klientel. Fachlich unterstützt und begleitet wird die Arbeit durch kollegiale Fallberatungen im Team, die wöchentlich, mindestens 14-tägig stattfinden sollte. Es wird eine Dokumentation in Form eines Ergebnisprotokolls erstellt. Dieses erfasst den Beratungsgegenstand sowie das Ergebnis der Beratung. Die konzeptionelle Vorgehensweise bei der Fallbesprechung sollte innerhalb des Teams angesprochen und vereinbart werden (a.a.O., S.105ff).

Supervision sollte mindestens einmal im Monat stattfinden. Bei besonderem Bedarf sollte zusätzlich Einzelsupervision ermöglicht werden. Die MitarbeiterInnen werden vom Anstellungsträger unterstützt und angehalten, sich regelmäßig fortzubilden, dazu gibt es trägerintern Vereinbarungen (ebd.).

Anleitung und fachliche Leitung beinhaltet die Mitarbeit bei der Einarbeitung neuer Betreuungskräfte, Auswertung und Unterweisung der Betreuungskräfte im methodischen Arbeiten, Begleitung in kritischen Arbeitssituationen, die generelle Fach- und Dienstaufsicht sowie die Umsetzung neuer Entwicklungen im Fachfeld durch die Betreuungskräfte (a.a.O., S.108).

Ausschlusskriterien

In der Anfangszeit der Entwicklung der SPFH bestand eine rigorose Handhabung mit den deutlich formulierten Ausschlusskriterien, die sich gemäß Helming et al. (a.a.O., S.81) wie folgt zusammenfassen lassen:

- schwere Suchtprobleme, insbesondere Alkoholismus
- Gewalttätigkeit eines Familienmitgliedes
- massive geistige oder psychische Behinderungen

Als Kritik an dieser rigorosen Handhabung von Ausschlusskriterien in der Anfangszeit der Entwicklung der SPFH lässt sich Folgendes anmerken: Familien, die aus einem familienorientierten Denkschema völlig herausgefallen sind, weil sie dessen Grundanforderungen nicht (mehr) entsprechen können, werden als hilfeungeeignet bezeichnet, obwohl sie sich augenscheinlich am hilfebedürftigsten darstellen.

Die Kontraproduktivität solchen Denkens wurde in der SPFH mittlerweile teilweise erkannt. So fallen Formulierungen von Ausschlusskriterien in neueren Konzepten weicher aus, d.h. es wird im Sinne einer individuellen Prüfung der Geeignetheit entschieden, ob SPFH für die Problemfamilie geeignet ist.

Bezüglich des Ausschlusskriteriums "schwere Suchtprobleme, insbesondere Alkoholismus" soll Folgendes festgehalten werden: "Meistens ist schon bei Beginn der SPFH bekannt, dass ein Elternteil zu viel Alkohol trinkt ..." (Helming et al. 1999, S.431). Würde etwa das Ausschlusskriterium Sucht strikt angewendet werden, dann würden die Familien von der SPFH ausgeschlossen werden, bei denen Alkoholismus einer unter anderen Belastungsfaktoren ist. Dies, so Helming et al. (a.a.O., S.82), "trifft nach der Studie des Deutschen Jugendinstituts zur SPFH bei immerhin einem Drittel der Familien zu". Oft jedoch ergibt sich diese Information erst während der SPFH, die dann aber deswegen nicht seitens der Fachkräfte beendet wird (a.a.O., S.431). Die Begründung für das Fortsetzen der Hilfe besteht darin, dass die FamilienhelferInnen zum Zeitpunkt des Sichtbarwerdens der Problematik bereits Erfolgsaussichten haben. Allgemein lässt sich anmerken, dass eine weitere Entwicklung bei der Kriterienfrage eine

teilweise Spezialisierung der SPFH ist. Einige Projekte und/oder FamilienhelferInnen, so Helming et al. (a.a.O., S.82), schließen bestimmte Bereiche aus, andere spezialisieren sich auf bestimmte Problembereiche, wie z.B. Alkoholprobleme. Entsprechend der Unterschiedlichkeiten schient es, so Helming et al. (ebd.), nicht sinnvoll, feste Kriterien vorzugeben, da sich in der Praxis, je nach den örtlichen Möglichkeiten und Anforderungen und im Rahmen einer verantwortlichen fachlichen Kontrolle und Reflexion, die Indikationen und Kriterien verändern.

Für die vorliegende Arbeit soll Folgendes bezügliches des Kriteriums Alkoholprobleme gelten: Alle, die mit Familien und insbesondere mit alkoholbelasteten Multiproblemfamilien zu tun haben, müssen sich mit dem Thema Suchterkrankungen, Auswirkungen und Hilfen auseinander setzen und jeweils in ihrem Arbeitsfeld nach Möglichkeiten der Unterstützung suchen. Eine Nutzung, der in einem systemisch orientierten Ansatz liegenden Möglichkeiten gelingt um so leichter, je früher das Suchtproblem vor einer Spezialeinrichtung (z.B. Suchtberatungsstelle, stationäre Einrichtung) erkannt und behandelt wird, denn bei deren Erreichen ist das Problem zerbrochener familiärer Bindungen sehr ausgeprägt. Dies verlangt von SozialarbeiterInnen, dass sie auch dann nach einem familienorientierten Ansatz behandeln, wenn eine Sucht vorliegt, da süchtiges Verhalten als Teil des familiären Beziehungsmusters betrachtet wird. Stößt ein Sozialarbeiter in der Arbeit mit alkoholbelasteten Multiproblemfamilien dennoch an seine Grenzen, ist die Vermittlung in andere Hilfeangebote von Bedeutung, d.h. es gilt den Klienten bis zu diesem Punkt der Erkenntnis und Bereitschaft zu begleiten, um ihm dann den Weg hin zu einem qualifizierten, seiner derzeitigen Motivation und Lebenssituation entsprechenden Therapieform zu weisen. Die Anregung zur Teilnahme an einem niederschweligen, stadtteilorientierten Selbsthilfegruppenangebot bietet sich an, da Selbsthilfegruppen als Anlaufstelle für Angehörige und Betroffene insbesondere deshalb wirken, da die Barrieren für den Suchtkranken und sein soziales Umfeld niedriger erscheinen als bei den offiziellen Stellen. Die Wahrnehmung dieses Angebots lässt sich gerade aufgrund seiner Niederschwelligkeit gut mit der SPFH vereinbaren, d.h. es kann bzw. muss in die Netzwerkarbeit einbezogen werden. Die Annahme eines Selbsthilfegruppenangebotes kann je nach Grad bzw. Schwere der

Alkoholproblematik nur als ein erster Schritt betrachtet werden, andererseits können die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt meist kein höherschwelliges Angebot annehmen. Entscheidendes Kriterium für die Auswahl eines solchen Angebots kann u.a. die Einübung von Gruppenfähigkeit sein, die die Basis für die Bearbeitung der Alkoholproblematik bildet; die Erweiterung sozialer Kontakte, um das häufig gegebene erhebliche Ausmaß der Isolation zu begrenzen. Als weitere Hilfeangebote gelten ambulante Suchtberatungsstellen und stationäre Therapieeinrichtungen. Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit von Beratungsstellen und stationären Therapieeinrichtungen muss die Einbeziehung der Familienangehörigen sein. Ziel ist es u.a. Verständnis für die Entwicklung und Art der Krankheit zu vermitteln, eine offene Aussprache zwischen den Betroffenen zu ermöglichen, gemeinsame Vorstellungen über ein zukünftiges Leben zu entwickeln, Möglichkeiten für den Umgang mit immer wieder kehrenden Gefühlen wie Misstrauen, Angst und Ärger zu erarbeiten und vorbeugend ein Vorgehen bei Rückfälligkeit gemeinsam zu entwickeln und abzusprechen. Die Arbeit der ambulanten bzw. stationären Einrichtungen muss sich zwingend in intensiver Kooperation mit der SPFH vollziehen. Bei der Zusammenarbeit muss u.a. darauf geachtet werden, dass die beteiligten Stellen keine unterschiedlichen Aufträge verfolgen, verschiedene Zielsetzungen haben oder sich widersprechende Strategien anwenden. Die Bedeutung einer ausführlichen Diskussion der notwendigen Zusammenarbeit bzw. der dabei entstehenden Probleme bei einer Vermittlung der Betroffenen in eine ambulante bzw. stationäre Hilfe ist dem Autor durchaus bewusst.

Besonders kontrovers diskutiert wurde auch das Ausschlusskriterium "Familie in chronischer Strukturkrise". Nielsen et al. halten SPFH für nur erfolgreich in den ersten zwei Kategorien von Familien, d.h. Familien mit Einzelkrisen und Familien in strukturellen Krisen. Allerdings gibt es laut Helming et al. (a.a.O., S.17) inzwischen Erfahrungen von SPFH, "dass ein erfolgreiches Arbeiten mit Familien möglich ist, die in chronischen Strukturkrisen leben. Voraussetzung dafür sind bestimmte Rahmenbedingungen und Qualifikationen der Fachkräfte, deren Konzepte, Arbeitsansätze und Methoden in besonderer Weise auf die Familien eingestellt sein müssen". Der Autor merkt an, dass sich im Handbuch SPFH durchaus brauchbare und ausführliche Erfül-

lungshilfen für o.g. wichtige Voraussetzungen befinden. Um jedoch dem Anspruch gerecht zu werden, auch mit Multiproblemfamilien in chronischen Krisen erfolgreich arbeiten zu können, reicht eine theorielastige Darstellung, die den Gedanken an eine Idealvorstellung weckt, nicht aus. D.h. eine erfolgsversprechende Modifikation der Hilfeart ist notwendig, um in der Praxis effektiv und erfolgreich arbeiten zu können.

Methodische Ansätze in der SPFH

SPFH verfolgt sehr unterschiedliche Grundkonzepte, Aufgabenschwerpunkte und Betreuungsziele; eine Standardisierung erfolgte bislang nicht. Eine methodisch und konzeptionell bereits weit entwickelte Modellform der SPFH wird im Anschluss dargestellt. In der Praxis finden sich darüber hinaus meist Kombinationen verschiedener methodischer Ansätze unter Hervortretung dominanter Einzelaspekte. Die Offenheit der praktizierten methodischen Ansätze auch gegenüber Aspekten anderer Disziplinen (Familientherapie, Sozialhilferecht, etc.) kann als Versuch betrachtet werden, dem Anspruch eines ganzheitlichen Betreuungsansatzes gerecht zu werden. Heute praktizierte methodische Ansätze lassen sich meist nicht konkret einer Institution zuordnen. Einem Systematisierungsversuch von Elger (1990) folgend, können fünf Grundformen unterschieden werden:

1. SPFH als Beitrag zur Restauration der klassischen Rollenstruktur in der Familie, verfolgt vorrangig die "Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit der Familie" (a.a.O., S.73). "Diesem Ansatz entspricht eine Theorie von Familie, in der die adäquate Erfüllung der Hausfrauen- und Mutterrolle durch die Ehefrau als zentral für die Stabilität der Familie angesehen wird" (ebd.). Methodisch orientiert sich dieser Ansatz am Lernen am Modell, im Sinne einer Kompetenzverstärkung der Frau für den hauswirtschaftlichen und erzieherischen Bereich. Ausgegangen wird von einer kurzfristig zu behebenden Krisensituation, die mit relativ geringem Mitteleinsatz zu überwinden sei. Gesellschaftliche und individuelle Rollen- und Machtverteilung werden dabei nicht in Frage gestellt. Dies hat für den Hilfeprozess weitreichende Konsequenzen. So werden individuelle und familiale Konflikte mit gesellschaftlicher Benachteiligung verwech-

selt bzw. gleichgesetzt. Diese Individualisierung von Problemlagen wirkt sich negativ auf den Hilfeprozess aus, da "... die (Selbst-) Organisation der Betroffenen und deren Interessenvertretung gegenüber gesellschaftlichen Instanzen nicht ausreichend berücksichtigt werden" (a.a.O., S.74).

Insbesondere der restaurative Ansatz wird von dem Autor kritisiert, da er nicht den grundlegenden Prinzipien der Familienhilfe entspricht, vor allem nicht dem Stärkenansatz bzw. der Ressourcenorientierung. D.h. Ressourcenentwicklung bzw. deren Aktivierung muss gemäß der Lebenslage der Familie nach Lage der Dinge geschehen. In vielen Fällen sind die Ursachen von Deprivation und Hilfsbedürftigkeit durch soziale Arbeit überhaupt nicht zu beseitigen. So z.B. den durch Globalisierung und zunehmende Technisierung fortschreitenden Arbeitsplatzabbau. Trotzdem sollten Sozialarbeiter in der Praxis wieder verstärkt versuchen über den Tellerrand hinaus zu sehen. D.h. dem mehr psychologischen und pädagogischen Professionsverständnis sollte nicht länger der Vorrang gegeben werden, vielmehr gilt es, den systemischen Zusammenhängen wieder mehr Bedeutung zuzumessen. Deshalb spricht sich der Autor dafür aus, dass sich SozialarbeiterInnen wieder mehr auf ihre historischen Traditionen der Mehrebenenarbeit besinnen und entsprechende Programme und sinnvolle Vernetzung mit anderen Berufen, Basisgruppen, Wirtschafts- und Nichtregierungsorganisationen etc. entwickeln. D.h. ein Sozialarbeiter darf sich nicht länger nur dessen bewusst sein, was im Büro seiner Einrichtung passiert, sondern Sozialarbeiter müssen Ressourcenarbeit wieder im weiten Sinne begreifen. In diesem Sinne bedeutet Ressourcenarbeit auch das, was in und mit der Familie, Kleingruppe, dem Stadtteil, einer sozial planenden Organisation etc. geschieht. Eine Rückbesinnung auf die historischen Anfänge der Theoriebildung und Forschung der Sozialen Arbeit vor etwa 100 Jahren (Jane Addams, Ilse Arit, Alice Salomon) zeigt, dass bereits am Anfang der Professionalisierung Sozialer Arbeit von den Vertreterinnen die Systemhaftigkeit betont wurde. Soziale Arbeit wurde auf individueller, lokaler, nationaler und internationaler Ebene praktiziert. Entsprechend sollte das Bestreben der Sozialarbeiter dahin gehen, stabilisierende Elemente in der Person, im personalen Beziehungssystem und im sozialen, sozioökonomischen und soziokulturellen Umfeld zu aktivieren und damit wirksam zu helfen. Eine Welt, die nicht nur in weltweiten ökologischen, sondern auch in globalen öko-

nomischen, politischen wie kulturellen gegenseitigen Abhängigkeiten steht, sollte SozialarbeiterInnen über kurz oder lang dazu bringen, ein Verständnis von ihr als Einheit zu entwickeln und entsprechend zu intervenieren. Es kann also nicht darum gehen, dass Familienhelfer versuchen die in den Multiproblemfamilien herrschenden Norm- und Wertmuster an die gesellschaftlichen Muster anzupassen, indem sie den Familienmitgliedern das Bild einer richtigen Familie überstülpen. Nach Ansicht des Autors sollten Sozialarbeiter den Mut besitzen, die Gründe für die scheinbare Aussichtslosigkeit der Arbeit mit Multiproblemfamilien nicht mehr überwiegend in mangelnden Ressourcen aufseiten der Multiproblemfamilien sehen. Vielmehr sollten die Bemühungen dahin gehen, die potenziell vorhandenen Ressourcen zu erkennen und zu stärken. Dies als Ziel zu verfolgen ist auch deshalb von großer Bedeutung, da insbesondere bei der Arbeit im Zwangskontext nur so eine Abwehrhaltung der Familie verhindert werden kann.

2. SPFH als Unterstützung der schwächeren Familienmitglieder, bezieht sich vorrangig auf die Unterstützung der Kinder, manchmal auch auf die der Frauen, besonders in gewalttätig eskalierenden Konfliktsituationen. Die Betreuung mit Schwerpunkt bei den Kindern liegt bei einem Kinder- und Jugendhilfeangebot einerseits als Einsatzgrund häufig nahe, andererseits reagieren Kinder "... vielfach am unbefangenen auf die Angebote von Familienhelfer ..." (ebd.). Vorteile dieses methodischen Vorgehens liegen vor allem darin, dass die komplexe familiäre Beziehungsdynamik zeitweise ausgeblendet werden kann und die Kontakte zur Familie über die Kinder erhalten bleiben. Dadurch ist es möglich auch in schwierigsten Situationen ein langfristiges Angebot aufrechtzuerhalten, das nicht fortwährend die Probleme der Erwachsenen fokussiert. Die damit für die Erwachsenen einhergehende Entlastung und die positiven Entwicklungen der Kinder können dabei quasi indirekt auf die motivationalen Ressourcen der Erwachsenen Einfluss haben. Dysfunktional wirkt sich die Parteilichkeit für die Kinder dann aus, wenn FamilienhelferInnen in eine Konkurrenzsituation zu den Eltern geraten, die in den Eltern aggressive Abgrenzungswünsche auslöst (Elger 1990). "Die Situation kann von den Familienmitgliedern mit Macht und Privilegien so als Bedrohung ihrer Stellung erlebt werden, dass die Eltern ihre Position durch erneute Über-

griffe auf die Schwächeren zu verteidigen suchen" (Elger 1990, S.75). Der Ansatz mittels Unterstützung kompensatorisch auf die Schwächeren zu wirken und der damit intendierte Abbau von Gewalt und Willkür kann sich so leicht ins Gegenteil verkehren: zu Verfestigung der Gewalt und zum Abbruch der Beziehung zum Familienhelfer.

3. SPFH als praktische Lebenshilfe und Förderung der materiellen Existenzsicherung verfolgt vorrangig das Ziel der Verbesserung der gesellschaftlichen Partizipation und der Verhinderung sozialer Deklassierung betreuter Familien. Betreute Familien sollen motiviert werden ihre Ansprüche gegenüber gesellschaftlichen Institutionen wahrzunehmen und durch Selbsthilfeorganisationen, Stadtteil- und Nachbarschaftsinitiativen ihre Isolation zu überwinden. Der methodische Ansatz wird durch unmittelbares Handeln, es werden Verhinderung der Wohnungsräumung, Entschuldungshilfe genannt, mit direkter Unterstützung des Familienhelfers als Form exemplarischen Lernens "... mit dem Ziel der Herausbildung eigener Problembewältigungskompetenz" charakterisiert (a.a.O., S.75). Dieser Ansatz kann trotz Ähnlichkeit zum restaurativen Ansatz als Form der Hilfe zur Selbsthilfe verstanden werden, da hier nicht nur die Anpassung an bestehende Normen intendiert wird, sondern "... das nach außen gerichtete Handeln unter einer emanzipatorischen Perspektive" in den Blick gerückt wird (ebd.). Der Hilfsansatz zeigt insofern eine Entdialektisierung der Problemsicht auf, als soziale Benachteiligung zwar als gesellschaftliche Prozesse verstanden werden, die damit einhergehenden Konfliktbewältigungsmuster der Familie aber weitgehend unberücksichtigt bleiben. Der Versuch durch "einfache Anwaltsfunktion von Familienhelfern" (ebd.) angemessene Konfliktbewältigungsmuster zu vermitteln und dauerhaft zu integrieren, erscheint zu kurz gegriffen. Dennoch muss es Ziel sein, diesen Ansatz in eine Konzeptentwicklung einzubeziehen, um erfolgreich mit den Betroffenen arbeiten zu können.

4. SPFH mit Perspektive der Stadtteil/Gemeinwesenarbeit stellt über die einzelfallbezogenen Hilfen für die jeweils betreute Familie die erweiterte Perspektive der Einbindung in ein bestehendes soziales Netzwerk in den Mittelpunkt des methodischen Vorgehens. Durch enge Zusammenarbeit mit anderen im Stadtteil vernetzten Einrichtun-

gen, unter Beteiligung der Betroffenen, soll eine bedürfnislagengerechte Angebotsstruktur erfolgen. Genannt werden hier die Angebotsverbesserung durch Einrichtungen von Gruppenangeboten (Mutter-Kind-Gruppe, Gesprächskreise, etc.) als Öffnung des "... familiären Lebenszusammenhangs nach außen, Förderung der Kommunikation mit anderen und Ermöglichung gemeinsamer Selbsthilfe" (a.a.O., S.76). Dieser Ansatz, Überschreiten des rein familialen Bezugsrahmens durch Familien übergreifende Angebote wird perspektivisch als "wichtiger Qualitätsaspekt von Familienhilfe" (ebd.) betrachtet. Elger (ebd.) merkt dazu kritisch an, dass die Verwirklichung dieser Perspektive aufgrund des fachlichen Entwicklungsstandards noch nicht umfassend verwirklicht werden konnte. Er nennt die im ländlichen Raum mangelnde Regionalisierung durch den zu großen Einzugsbereich und die teilweise ungesicherten Finanzierungen (Einzelfallfinanzierung, Honorarkräfte) als Hinderungsgründe (ebd.).

Der Autor merkt an, dass die Perspektive der Stadtteil- bzw. Gemeinwesenarbeit von großer Bedeutung ist. Es muss deshalb dringend an der Verbesserung der fachlichen Entwicklungsstandards gearbeitet werden

5. SPFH als therapeutisches Angebot, vorwiegend beeinflusst von der systemischen Familientherapie, fand seit Mitte der 80er Jahre Verbreitung (ebd.). Ausgangspunkt dieses methodischen Ansatzes bildet die Annahme, dass familiäre Beziehungsstörungen ihren Ausdruck in Verhaltensauffälligkeiten finden, die nur durch Einflussnahme auf die grundlegenden Systembedingungen mittels Beobachtung der familialen Kommunikation und schließlich therapeutischer Intervention angemessen behandelt werden können. Materielle Notlagen werden dabei als "... Folgeproblem eines bestimmten Beziehungsverhaltens und gelernter Problembewältigungsmuster ..." betrachtet (a.a.O., S.77). Unterstützung bei der Bewältigung ökonomischer Probleme wird im Wesentlichen unter Aspekten der Motivationssteigerung für die weitere Zusammenarbeit betrachtet. Die desorganisierte Alltagssituation betreuter Familien lässt jedoch ebenso wenig ein hochstrukturiertes familientherapeutisches setting mit überwiegend verbaler Intervention zu, wie die dominanten materiellen Notlagen, die ein Gegengewicht an Strukturgebung, Planungswissen und konkreter Handlung erfordern (Goldbrunner 1989). Es kann nicht geleugnet werden, dass die Einflüsse der systemischen Familien-

therapie auf die Interventionspraxis in der SPFH erheblich sind. Das Erkennen der verschiedenen Elemente der Systemtheorie und der Systemvariablen (z.B. Art der Beziehungen, der Kommunikation, der Grenzen zwischen Subsystemen, der Familienregeln, Allianzen und Koalitionen) darf dabei als notwendige Voraussetzung zur Analyse der familialen Verhaltensmuster betrachtet werden. Bisher fehlen Untersuchungen darüber, welche Elemente sinnvoller Weise ausgewählt werden und wie diese in das relativ unstrukturierte Setting der SPFH integriert werden können. Goldbrunner (1989) unternimmt den Versuch die engen Grenzen eines systemischen Ansatzes durch die gleichzeitige "... Einbettung der Familie in das Netz sozialer Hilfen sowie gesellschaftliche Konstellationen ..." zu erweitern und für die SPFH fruchtbar zu machen (a.a.O., S.10). Hier muss insbesondere der zweigleisige Ansatz genannt werden, der die gleichzeitige Bearbeitung innerfamiliärer und ökonomischer Problembereiche anstrebt. Zur Frage, inwieweit Familienhelfer mit familientherapeutischer Zusatzausbildung den multiplen Problemlagen von Problemfamilien angemessener begegnen können, existieren laut Elger (a.a.O., S.54) noch keine Untersuchungen.

Der Autor merkt an, dass Unterschichtklienten zwar über eine geringere sprachliche Kompetenz verfügen, dies aber keinen Hinderungsgrund für eine Beratung darstellt. Vielmehr entscheidet die Fähigkeit der Helfer sich sprachlich anzupassen und die genaue Kenntnis der Lebenswelt der Betroffenen über mögliche Chancen der Hilfeleistung. Dies darf jedoch nicht zu der Illusion führen, Multiproblemfamilien könnten ausschließlich durch Beratung hinreichend Unterstützung finden, da die Auswirkungen überwiegend sprachlicher Interventionen auf das Problemlösungsverhalten gering einzuschätzen sind.

Aus der differenzierten Darstellung der Grundformen der SPFH wird erkenntlich, dass derzeit ausgereifte Konzepte für Multiproblemfamilien in chronischen Strukturkrisen fehlen.

Bei aller Anerkennung der teils positiven Arbeitsansätze der SPFH ist die selbstkritische Reflexion von Arbeitsinhalten und Arbeitsweisen die unabdingbare Voraussetzung dafür, dass sich das Arbeitsfeld in der Praxis nicht letztlich nur als kostengünstige Feuerwehr missbrauchen lässt, d.h. der SPFH kommt in der Praxis häufig die Be-

deutung als Möglichkeit der Kostenersparnis für Jugendämter zu, am wenigsten berücksichtigt sie die Interessen derer, deren Fürsprecher sie vorgibt zu sein: die Interessen der Familien. Die Überprüfung der theoretischen Modelle und der Erfahrungen der Praxis muss zeigen, inwieweit der Familienhilfe ihre Gratwanderung gelingt, inwieweit sie mit ihrem alltagsorientierten, zeitintensiven Arbeitseinsatz auch eine Hilfe für Familien mit chronischen Strukturkrisen darstellt und nicht lediglich zu einem perfektionierten, die unmittelbare Lebenswelt der Betroffenen erfassendes Instrument der Disziplinierung sozialer Randgruppen wird.

4.1.7.2 Familienerhaltungsprogramme – Hilfen für Familien in Krisen

Folgendes Kapitel widmet sich der Beschreibung von Hilfen für Familien in Krisen. Diese Hilfeform wird von dem Autor als effektiv und erfolgreich für die Arbeit mit Familien in akuten Krisen angesehen. Hinsichtlich der Konzeptentwicklung merkt der Autor jedoch an, dass er sich mit Schuster (1997, S.200ff) für eine Integration der Hilfeform in die Anfangsphase der SPFH ausspricht, da die Praxis statt der Einführung eines neuen Spezialdienstes, eher der Verbesserung der bestehenden Arbeitsformen bedarf. D.h. statt der Einführung neuer Heilsetiketten bzw. Etiketten wohlklingender Anglizismen, verspricht eine konzeptionelle Ergänzung der SPFH und die Übernahme der Hilfeform in die Anfangsphase den Rahmen einer umfassenderen Hilfe.

Begriffsklärung

Familienerhaltungsprogramme bzw. im synonymen Sprachgebrauch Familienkriseninterventionsprogramme bieten neue Vorgehensweisen im Rahmen der ambulanten Familienhilfe bei drohender Fremdunterbringung der Kinder. Die Methode stammt aus den USA. Familie im Mittelpunkt und Familienaktivierung sind zwei deutsche Modellprojekte zur Unterstützung von Familien in akuten Krisen. Allen Programmen ge-

meinsam ist das Ziel, beim Auftreten einer akuten Krisenlage in Familien, die drohende Herausnahme eines Kindes zu vermeiden.

Adressaten

Die Zielgruppe von Familienerhaltungsprogrammen sind Familien, die aufgrund äußerer oder innerer Belastungen nicht mehr in der Lage sind, den gemeinsamen Alltag zu meistern und dadurch das Wohl des Kindes gefährden. Nach Feddeler & Würffel (1997, S.384) ist für die Zielgruppe weiterhin kennzeichnend, dass "mit dem Programm oft der letzte Versuch unternommen wird, die Familie als Lebensort für die Kinder zu erhalten". Vielen der betroffenen Familien wurden bereits Hilfemaßnahmen geboten. Das Programm Familienaktivierungsmanagement definiert die Voraussetzungen für den Einsatz der Unterstützung mit dem Vorliegen einer schweren Krise, welche die Familie mit anderen Hilfen nicht bewältigen kann, mit der drohenden Fremdplatzierung der Kinder und der Kooperationsbereitschaft von mindestens einem Elternteil (Klein & Römisch 1997, S.149).

In den folgenden Punkten bezieht sich der Autor auf das amerikanische Konzept und auf die deutschen Modellprojekte "Familien im Mittelpunkt (FiM)" und "Familienaktivierungsmanagement (FAM)":

Ziele

Übereinstimmend zwischen den Familienmitgliedern und Sozialarbeitern besteht das übergeordnete Ziel der Hilfeform im "Erhalt der Familie bei drohender Herausnahme der Kinder" (Meinhold 1996, S.224). Wendt (1997, S.179) beschreibt die weitgehende Zielstellung darin, "die akute Krise mit der Familie zusammen zu bearbeiten bzw. zu klären, um daraufhin, eine tragfähige Lebensperspektive mit der Aussicht auf ein gemeinsames Leben ohne Gewalt, Alkohol etc. aufbauen zu können". Bei der Problembearbeitung geht es darum, die beteiligten Familienmitglieder mit Handlungskompe-

tenzen und -möglichkeiten auszustatten, so dass sie in Zukunft besser mit Konflikten umgehen lernen (Feddeler et al. 1999, S.216).

Interventionsgründe

Nach den bereits gewonnenen Erkenntnissen aus dem Modellprojekt "Familie im Mittelpunkt" ist der Einsatz des Programms geeignet für schwere krisenhafte Familiensituationen, wo eine akute Gefährdung des Kindeswohles vorliegt (Gehrmann et al. 2000, S.61-63). Die Autoren sprechen dabei von so genannten harten Fällen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft FiM erfasste die Interventionsgründe von 70 Familien, die während 1998 und 1999 eine Kriseninterventionsmaßnahme durchlaufen haben: grobe Vernachlässigung (wie unzureichende Pflege und Alleinlassen der Kinder); fehlende Erziehungskompetenz der Eltern; Gewalt, Misshandlung der Kinder; Drogenabhängigkeit der Eltern; begangene Delikte der Kinder; Fortlaufen der Kinder; psychische Krankheit von Eltern oder der Kinder; sexueller Missbrauch (Bundesarbeitsgemeinschaft FiM 1999, S.7).

Ausschlusskriterien

Gemäß der Bundesarbeitsgemeinschaft FiM (1999, S.48) bestehen folgende Bedingungen, bei denen ein Einsatz der Hilfeform nicht angebracht ist:

- die Fremdplatzierung wird von Eltern oder Kind gewollt
- die Problemsituation in der Familie wird als so gravierend eingeschätzt, dass die Fremdplatzierung die geeignete Hilfe ist
- wenn die Maßnahme nur dazu gedacht ist, die Familie bis zur schon feststehenden Fremdunterbringung zu erhalten
- es besteht ein Zusammenhang zwischen der Krisenlage und einer schweren körperlichen oder psychischen Behinderung innerhalb der Familie

Organisationsform am Beispiel Familie im Mittelpunkt

Angelehnt an Gehrman et al. (1998b, S.34) lassen sich folgende Charakteristika des Programms Familie im Mittelpunkt benennen:

Im Falle einer Krise sind die Familienarbeiter sofort einsatzbereit, leisten konkrete Unterstützung und koordinieren notwendige weitere Hilfen. Beim Programm Familien im Mittelpunkt arbeiten immer zwei Sozialarbeiter in der Familie und mit nicht mehr als zwei Familien gleichzeitig. Die Stundenzahl der Hilfe wird individuell auf den Fall abgestimmt und kann so bis zu maximal 25 wöchentlich betragen. In den Programmen wird der Einsatz der FamilienarbeiterInnen – welcher durch hohe Anforderungen gekennzeichnet ist (Abrufbereitschaft) – mit einer umfassenden fachlichen aber auch emotionalen Unterstützung begleitet. Dazu gehören "die Bereitschaft eines Kollegen (Telefon), regelmäßige Teamsitzungen, Team- und Einzelsupervision, bis hin zu Burnout-Beratungen. Der hohe Standard in der Begleitung der FamilienberaterInnen bietet Rückhalt und ist in Bezug auf die intensive Arbeit notwendig" (Helming et al. 1999, S.485). Weiterhin ist für eine erfolgreiche Arbeit eine gute Einbindung der FamilienarbeiterInnen in die Organisation des Trägers sowie die Zusammenarbeit des Teams von Bedeutung.

Die Rolle des Familienarbeiters und Wertehaltungen

Gehrmann et al. (1999b, S.17-19) formulieren verschiedene Grundsätze, die beim Einsatz des Familienberaters in der Wohnung notwendig sind. Sie entstammen dem Programm "Familie im Mittelpunkt" und geben ausführliche Hinweise über ihre Anwendung in der praktischen Arbeit. Dabei wurden die bereits in der Praxis gewonnenen Erfahrungen ausgewertet und in Thesen zur Anleitung für methodisches Handeln umgesetzt. Nachstehend eine Auswahl der wichtigsten Ansprüche:

- Familienarbeiter respektieren ihre Klienten
- Familienarbeiter vermitteln Hoffnung
- Familienarbeiter handeln als sensible Helfer
- Familienarbeiter anerkennen die Vielfältigkeit von Lebensstilen, je nach sozialen, ethnischen und religiösen Traditionen, kulturellen Kontexten und sexuellen Orientierungen
- Familienarbeiter anerkennen das Expertentum der Familie
- Familienarbeiter sind Experten im Erkennen von Stärken
- Familienarbeiter handeln als Kommunikatoren und Moderatoren

Die Arbeit im Zwangskontext

Auf die Familienmitglieder kommt durch den Einsatz der Helfer auch eine Belastung zu, denn der Eingriff von außen bedeutet eine stärkere Konfrontation mit gesellschaftlichen Normerwartungen und Werten (Allert 1994, S.195). Von der Familiensozialarbeit wird erwartet, dass sie den Familienmitgliedern fehlende Kompetenzen vermittelt und die Sicherheit der Kinder gewährleistet. Nach Gehrmann et al. (1998b, S.125) gibt es für die Ausgangslage zwei verschiedene Möglichkeiten. Entweder hat die Familie selbst wahrgenommen, dass sie sich in einer Problemlage befindet, oder sie betrachtet die an sie herangetragene Maßnahme bzw. die drohende Wegnahme der Kinder als unberechtigte Anfeindung von außen. In beiden Fällen jedoch wird das Eingreifen der hilfeausführenden Institution als eine unangenehme Einmischung in die eigene Lebenswelt empfunden. Nach Einschätzung von Meinhold (1996, S.225) verweigert die

Familie die Zusammen- bzw. Mitarbeit, wenn sie bemerkt, dass ihr ein fremdes Bild von der richtigen Familie übergestülpt werden soll. Speziell im Zusammenhang sozialer Arbeit mit Multiproblemfamilien ist es nicht Ziel des Autors den restaurativen Ansatz in die Konzeptentwicklung einzubeziehen. Der Autor geht, was die Lösungsfähigkeit von Familien betrifft, davon aus (auch Familienhelfer sollten dies tun), dass das, was Familien zeigen, und sei es noch so abträglich für das Wohl der Beteiligten, Lösungen im Rahmen der Aufgabe ihres familiären Zusammenlebens sind. Auch, wenn zumindest anfangs kein Bild für einen möglichen Sinn dieser Lösung zu erkennen ist. Denn, so problematisch die Lösungen auch sein mögen, die Familien sind, da sie Lösungen gefunden haben, lösungsfähig. Die zentrale Aufgabe einer Hilfe für die Familie liegt entsprechend nicht im Vermitteln oder gar aufzwingen von Lösungen, sprich im überstülpten tradierter Norm- und Wertmuster, sondern im Erkennen, Freilegen und Fördern potenziell vorhandener Ressourcen.

Da es sich häufig um eine ungewollte Unterstützung handelt, ist der Motivationsaufbau zu Beginn der Hilfe entscheidend. Die Familienmitglieder sollen dabei die Möglichkeit erhalten, zu erkennen, dass die Hilfemaßnahme etwas an ihrer Situation ändern kann und die Krise das Potenzial zur positiven Veränderung enthält. Eine wesentliche Voraussetzung für die Annahme der Hilfe seitens der Familienmitglieder besteht in der Hoffnung auf Verbesserung bzw. Veränderung der Lage der Betroffenen. Wichtig ist es deshalb, den gemeinsamen Ausgangspunkt der Hilfe für alle Beteiligten deutlich zu benennen. So besteht das gemeinsame Ziel aller darin, das Wohl der Kinder zu sichern und erneute Eingriffe durch die Sanktionsinstanzen zu vermeiden.

Weiterhin ist in Anlehnung an Schuster (1999, S.21) die Transparenz des Vorgehens in Form einer gemeinsamen Planung und fortlaufender Auswertung von Bedeutung für den Erfolg der Maßnahme. Wesentlich ist, über Zielstellungen, zeitliche Vorgaben und die eigentliche Durchführung mit den Familien zu sprechen und adäquate Vereinbarungen zu treffen. Die daraus folgenden Aufgaben und deren Realisierung können damit von allen, am Hilfeprozess Beteiligten, kontrolliert werden. In einem klar umrissenen Vorgehen entsteht für die Beteiligten ein gewisses Maß an Überschaubarkeit, das sich angstreduzierend auswirkt. Es gibt die Gewissheit, dass sich der Einsatz in den abgesprochenen Bahnen bewegt. Weiterhin gilt es, die unterschiedlichen, manch-

mal auch überhöhten Ansprüche der Familienmitglieder aber auch der Ämter auszugleichen (ebd.). Dafür ist eine realistische Sichtweise und die Fähigkeit zur wechselseitigen Anpassung der Beteiligten notwendig.

Der Verfahrensablauf – eine systemische Sicht

1) Die Phase des Engaging

Wenn das Fachteam des Jugendamtes den Hilfeauftrag erteilt hat, wird der erste Kontakt zur Familie aufgenommen. Die Phase Engaging wird bei diesen ersten Kontakten mit der Familie eingeleitet. Der Begriff stammt aus dem "Families First Modell" und lässt sich wörtlich mit "gewinnend" übersetzen. Beim Einsatz in Kriseninterventionsprogrammen bedeutet Engaging sinngemäß das Umwerben der Familie, um ihr Vertrauen zu gewinnen und damit eine tragfähige Arbeitsbeziehung aufzubauen. Die Familienarbeiter stellen den Beteiligten ihr Hilfeangebot detailliert mit den darin enthaltenen Chancen und den damit verbundenen Anstrengungen vor. Ziel ist es, neben dem bereits bestehenden Auftrag des Jugendamtes, den für die Arbeit um so wichtigeren Auftrag der Familie (in Form des Einverständnisses) zu erhalten. Die Arbeit mit der erzwungenen Intervention unter dem Druck einer möglichen Herausnahme der Kinder stellt den Sozialarbeiter häufig vor ein methodisches Dilemma. Die Schwierigkeit besteht darin, dass eine formelle Annahme der Hilfemaßnahme seitens der Familienmitglieder nicht ausreicht, um wirksam mit der Familie zu arbeiten. Nur wenn die Sozialarbeiter die zunächst abwehrende Haltung der Familienmitglieder aufbrechen können, um eine Akzeptanz der Situation zu erreichen, lässt sich die Familie zur Mitarbeit motivieren. Entscheidend dafür ist eine einfühlsame Überzeugungsarbeit, damit die Familie eine realistische Hoffnung auf eine gemeinsame Zukunft aufbaut (Gehrmann et al. 1999, S.23).

In Anlehnung an Gehrmann et al. (ebd.) besteht ein wichtiges Element des Engaging darin, der Familie zu erklären, weshalb man den Handlungsauftrag bekommen hat. In diesem Zusammenhang werden alle der Familie vorgeworfenen Fehlverhalten ausnahmslos angesprochen (z.B. körperliche Züchtigung, schädlicher Alkoholkonsum,

etc.). Das geschieht jedoch in einer sachlichen und wertfreien Form, ohne dabei Beschuldigungen zu äußern. Für den Prozess des Engaging gelten Regeln und es werden eine Reihe verschiedener Techniken eingesetzt, um die Hilfeadressaten zur Mitarbeit zu gewinnen. So werden dabei bekannte Methoden und Techniken z.B. aus der Systemtheorie (wie zirkuläre Fragen) verwendet.

2) Konfliktmanagement und Stärken – Assessment (Einschätzung)

In den ersten drei Tagen nach der Fallaufnahme wird gemeinsam mit der Familie eine Problemanalyse durchgeführt. Es kommt zu einem Auftrag oder zur Ablehnung. Ist ein Auftrag erteilt, beginnt das eigentliche Krisenmanagement. In diesem Zeitraum sind die Familienarbeiter rund um die Uhr und täglich per Telefon abrufbereit, um bei einer Eskalation der Situation sofort einsatzbereit zu sein.

Neben der Konfliktdämpfung findet in der Anfangsphase des Hilfeinsatzes das auf Stärken und Fähigkeiten ausgerichtete Assessment (Einschätzung) statt. Dabei gilt es, die in der Familie liegende eigene Kraft zu erkennen. Sehr oft fehlen den Eltern Kompetenzen im Umgang mit den Kindern und deren Erziehung. Am Anfang des Hilfeprozesses steht die Einschätzung der Ausgangssituation. Dazu gehören das Beurteilen der Probleme und der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Mit dem Assessment wird der Rahmen zur grundlegenden Klärung der Situation, der Aufgaben, und der Wünsche gelegt. Gemeinsam mit der Familie erfolgt eine Systemanalyse und ein Ressourcencheck. Aufbauend auf den gemeinsam erschlossenen Stärken und Defiziten gilt es, neue und positive Verhaltensimpulse zu entwickeln und umzusetzen.

Zu Beginn der Arbeit in der Familie ist der Ausgangszustand zunächst von der akuten Krisensituation geprägt. Dies kann sich in vielen Ausdrucksformen (z.B. gewalttätigen Auseinandersetzungen, Aggressionen, Trinkexzessen, verbalen Ausbrüchen) äußern. Vor diesem Hintergrund versuchen die Familienarbeiter beruhigend auf die Adressaten einzuwirken, um die Konfliktsituation möglichst zu entspannen. Vielfach handelt es sich dabei für Familienarbeiter um einen Spagat: zum einen die Autorität der Eltern nicht zu untergraben und zum anderen auch den beteiligten Kindern in ausreichendem Maße Aufmerksamkeit zu schenken und sie zu schützen. Bei einer Eskalation der Situation kann es in seltenen Fällen auch notwendig sein, die Polizei einzubeziehen.

Gehrmann et al. (1999, S.24) sehen vor allem im maßvollen und selbstsicheren Vorgehen des Familienarbeiters eine Möglichkeit der positiven Einflussnahme. Im Umformulieren der verbalen Attacken und Beschuldigungen der Familienmitglieder untereinander und gegenüber dem Sozialarbeiter gilt es, die dahinter verborgenen Emotionen offen zu legen, zu benennen und damit wichtige Voraussetzungen für eine wirksame Arbeit zu schaffen.

3) Ziele setzen, planen und Umsetzung

Das Vorgehen der Familienarbeiter ist in der Durchführungsphase (ca. 2.– 6. Woche) geprägt durch ein strukturiertes und zielgerichtetes Arbeiten und eine klare Handlungs- und Alltagsorientierung. Gleichermäßen von Bedeutung sind der Netzwerkgedanke und die Ressourcenorientierung.

Ziele setzen

Zu Beginn werden gemeinsam mit der Familie die Ziele der Arbeit festgelegt und ein schriftlicher Zielkatalog erarbeitet. Außerdem werden die Ziele nach ihrer Dringlichkeit geordnet und die zur Verfügung stehenden Wege, Mittel und Ressourcen aller Beteiligten erschlossen. Weiterhin ist es wichtig, realistische und beobachtbare Ziele mit der Familie zu erstellen, sodass Fortschritte und Veränderungen auch wirklich erlebbar werden (Römisch/Leinen/Schütz 1999, S.41).

Planung

Zusammen mit den Familienmitgliedern wird ein individueller Lösungsweg erarbeitet sowie die konkreten Umsetzungsschritte geplant, um die gesetzten Ziele zu verwirklichen. So entsteht ein "Familienarbeitsplan" oder auch "Verhaltensplan" (Römisch et al. 1999, S.41). Dieser Arbeitsplan verdeutlicht den Beteiligten ganz konkret, wie die gemeinsamen Ziele umzusetzen sind. Auch hierbei kommt es darauf an, kleine und überschaubare Schritte zu benennen, die dann auf der Verhaltensebene beobachtet und ausgewertet werden können. Gehrmann et al. (1998b, S.223ff) dokumentieren eine Vielzahl der verwendeten Arbeitsinstrumente (Assessmentbogen, Wochenplanung, Öko-Gramm etc.) aus dem Programm "Familie im Mittelpunkt". Die Hilfsmittel wer-

den eingesetzt um Ziele bzw. Fortschritte darzustellen. Zum Einsatz kommt z.B. ein Krisenthermometer, welches den Betroffenen eine bessere Einschätzung der persönlichen Situation ermöglicht, um damit in Zukunft selbstständig geeignete Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

Umsetzung

Im weiteren Verlauf der Hilfe wird die Familie von den zwei Familienarbeitern unterstützt, die Ziele schrittweise anzusteuern und umzusetzen. Während der Hilfephase besteht die Arbeitsweise der Familienberater in der Beratung und der Klärung der Verhältnisse und im Vermitteln grundlegender Alltagskompetenzen. Es werden unterstützende Arbeitsmittel (wie Wochenpläne, Merkzettel) erstellt und deren Handhabung eingeübt und ausgewertet. So erlernen die Beteiligten neue Verhaltensstrategien.

Die Durchführungsphase ist geprägt vom Aufweichen und Zerschneiden der bisherigen Familienstrukturen und Deutungsmuster. Der Verlust der eingefahrenen Systemstruktur kann aber zu Verhaltensunsicherheiten und erneuten Spannungen in der Familie führen. Die Absicherung wird durch die ständige Erreichbarkeit (Rufbereitschaft) gewährleistet. Wenn es zu einer Entspannung der Lage gekommen ist, können neue Verhaltensmuster eingesetzt, erprobt und in den Alltag integriert werden (Feddelier et al. 1997, S.384). Mit der täglichen Anwesenheit und dem täglichen Feedback wird die Motivation für die Veränderungsarbeit erhöht.

Ein weiteres Element der Hilfeleistung besteht im Casemanagement. Dabei wird der Aufbau eines sozialen Netzwerkes eingeleitet, indem Kontakte und Beziehungen der Familie in ihrem sozialen Umfeld geknüpft und gefestigt werden. Ziel ist es, jede mögliche Unterstützung (Verwandtschaft und Nachbarschaft, andere Institutionen) für die Familie zur Krisenbewältigung (auch für die Zukunft) zu erschließen und zu aktivieren (Römisch et al. 1999, S.41).

Die Vorgehensweisen der Krisenintervention schließen verschiedene Methoden und Techniken ein, die in der Praxis der Familienarbeit konzipiert wurden. Sie basieren auf

theoretischen Grundlagen und therapeutischen Verfahren, wie Systemtheorie, Familienkonferenz, oder Rational-Emotive-Verhaltenstherapie (Feddeler et al. 1997, S.384). Aus verschiedenen Ansätzen wurden Elemente übernommen und für den alltagspraktischen Einsatz in der Familie angepasst.

4) Beendigung und Evaluation

Die Dauer der Intensivmaßnahme ist auf sechs Wochen begrenzt. In der letzten Phase des Hilfeablaufs wird der Abschluss vorbereitet und eine Folgehilfeplanung vorgenommen. Wesentlich ist dabei, dass die Lösung dem Wohl des Kindes entspricht und von allen Beteiligten getragen werden kann. Gemeinsam mit dem Jugendamt und der Familie kommt es zu einer individuellen Abstimmung darüber, welche weiterführenden Hilfen zur Unterstützung notwendig sind.

Die bisher gewonnenen Erfahrungen der Projekte zeigen, dass flankierende Anschlussmaßnahmen erforderlich sind, um die gewonnene Stabilität der Familie zu sichern. Bei der Begleitforschung zum Projekt "Familie im Mittelpunkt" wurden Daten über Folgehilfen ausgewertet. Die Daten zeigen, dass die Familien nach dem Hilfeinsatz zu 31 % SPFH (BAG FiM 1999, S.50) erhalten.

Kriseninterventionsprogramme sehen eine umfassende Evaluation vor, die aus Bestandteilen der Selbst- und Fremdbewertung zusammengesetzt ist. Jede Intervention für jede Familie wird während der Hilfe und im Anschluss nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten evaluiert. Voraussetzungen für die Überprüfbarkeit der Maßnahme sind eine klare Zielformulierung und ein eindeutig formulierter Arbeitsauftrag.

Neben der externen Begleitforschung spielt die Selbstevaluation eine wichtige Rolle zur Kontrolle des eigenen beruflichen Handelns. Die standardisierte Falldokumentation und Projektauswertung trägt zu Vergleichbarkeit und zu einem einheitlichen Vorgehen bei. Die Handlungsforschung ermöglicht außerdem eine Selbsteinschätzung und wenn notwendig eine Korrektur der Arbeit. Dafür wurden Arbeitsmittel (vgl. Gehrmann & Müller 1998b, S.175f) erstellt, um den praktischen Einsatz intensiv zu begleiten.

4.1.7.3 Zusammenfassung

Müller/Jährling/Gehrmann (1997, S.294) betonen, "dass Kriseninterventionsprogramme von den Jugendämtern als Alternative zur drohenden Fremdunterbringung verwendet werden". Wie die bisherigen Praxiserfahrungen zeigen, führt der Einsatz dieser Hilfeform zu folgendem Zwischenergebnis: "Vermeidung der Fremdunterbringung und Entschärfung der akuten Krise. Daraufhin müssen Kriseninterventionsmaßnahmen häufig in ambulante Anschlusshilfen überführt werden, da die Familien nach der Eindämmung der Krisensituation weiterer Unterstützung bedarf, bzw. mit dem Krisenprogramm ambulante Folgeleistungen erst möglich werden" (ebd.).

Gegenüberstellung von SPFH und Familie im Mittelpunkt

Müller et al. (1997, S.209) sehen die "SPFH und Krisenprogramme wie Familien im Mittelpunkt aber nicht als Konkurrenzangebote, sondern als sinnvolle Ergänzungen". Kriseninterventionsprogramme verstehen sich daher nicht als Rivalität zu oder als Notbehelf für andere Angebote, sondern es wird eine enge Kooperation z.B. zur SPFH beabsichtigt. Schon aufgrund der eng begrenzten Hilfedauer wird deutlich, dass mit der Angebotsform der Krisenhilfe keine Familie all ihre bestehenden Probleme beheben kann. Es geht vielmehr darum, erste Veränderungen anzustoßen und einzuleiten. Sind der Familie die ersten Schritte aus der Krise gelungen, ist i.d.R. ein nachfolgender Hilfebedarf gegeben. Wie bereits erwähnt, erhalten 31 % der Familien im Anschluss SPFH.

Die Besonderheiten der Kriseninterventionsprogramme und damit auch Unterschiede zur SPFH sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

	Kriseninterventionsprogramme	Sozialpädagogische Familienhilfe
Dauer	Kurzzeitprogramm 4 bis 6 Wochen	Längerfristige ausgelegte Hilfe (bis zu einem Jahr)
Zielgruppe	Schwere akute Krise in der Familie, drohende Fremdplatzierung der Kinder	Familien mit chronischen Strukturkrisen
Ziel	Vermeidung einer Fremdplatzierung; Sicherung des Kindeswohl	Begleitung der Familie bei Erziehungsaufgaben; Betreuung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen; Unterstützung bei der Lösung von Konflikten und Krisen

(Quelle: Helming et al. 1999, S.483 und § 31 KJHG)

Das Nebeneinander der beiden Hilfeformen SPFH und Krisenintervention ist sinnvoll und möglich, weil sie für unterschiedliche Voraussetzungen konzipiert wurden (Müller et al. 1997, S.293). Das Modell der Krisenintervention ist von Zeitperspektive und Handlungsstrategien jedoch auch eine mögliche Darstellung der Krisenintervention in der Anfangsphase einer SPFH. Der Autor plädiert wiederholt für die Umsetzung dieser Möglichkeit, denn im Vordergrund sollte nicht die Konkurrenz um die Problemfamilien stehen, sondern die Chance der gegenseitig ergänzenden Möglichkeiten.

Handeln
Soz.-Päd. Hilfen für die Familie

Folgende Tabelle ordnet mögliche Hilfeformen den Zielgruppen und Problemstellungen in der Familienarbeit zu:

Zielgruppen/ Leistungsangebote	Formlose Betreuung	Beratungsstelle	SPFH	Tagesgruppe	FiM	Fremdplatzierung
Familien mit strukturellen Krisen	•	•				
Familien mit chronischen Krisen	•		•	•		
Familien mit akuten Krisen					•	•
Multiproblemfamilien mit strukturellen und chronischen Krisen	•		•	•		
Multiproblemfamilien mit unklarem Gefährdungspotential für Kinder					•	•
Multiproblemfamilien mit, chronischen Krisen und akuter Eskalierung					•	•

(Quelle: Gehrman et al. 1998b, S.211)

4.2 Hilfsmöglichkeiten für die Kinder

Kinder sind von der Alkoholabhängigkeit ihrer Eltern betroffen und sind ihr in starkem Maße ausgeliefert, da sie sich von der familiären Situation nicht distanzieren können. Die Erfahrungen von Unsicherheit, Disharmonie, Unberechenbarkeit, Desorientierung, Aggression und Gewalt, prägen die Entwicklung der Kinder.

Das Erleben der Kinder bringt Auswirkungen in den unterschiedlichsten Lebensbereichen mit sich. Die Folgeerscheinungen der elterlichen Abhängigkeit stehen einer stabilen Persönlichkeitsentwicklung dieser Kinder in Weg. Sie unterliegen besonders der Gefahr, selbst in den Kreislauf der Suchtkrankheit zu geraten. "Suchtgeschehen kann verhindert werden, wenn es gelingt, den Kindern aus suchtkranken Familien frühzeitig gezielte Hilfen anzubieten." (Sozialdienst Katholischer Männer e.V. o. J., S.2).

In der Fachliteratur wird die Suchtkrankheit schon längere Zeit als Familienkrankheit und Beziehungsstörung bezeichnet. Dennoch entwickelte sich erst 1985 ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Arbeit mit diesen Kindern. (a.a.O.). Da den Kindern alkoholabhängiger Eltern lange Zeit keine therapeutische Aufmerksamkeit geschenkt wurde, ist der Wissensstand und der Erfahrungswert in diesem Bereich relativ gering. (vgl. Grünberg/Lenzen/Wirz in: HLS 1992, S.35). Erst Ende der 80er Jahre wurde den Kindern aus Suchtfamilien so viel Aufmerksamkeit geschenkt, dass sie häufiger in den Therapieprozess mit einbezogen wurden. Die Jahre zuvor fand lediglich eine Behandlung der erwachsenen Kinder statt, die bereits selbst unter einer Abhängigkeit zu leiden hatten. Die bisher entwickelten Projekte in diesem Arbeitsbereich befinden sich somit noch in der Anfangsphase.

In einigen stationären Einrichtungen und Beratungsstellen gibt es bereits Angebote für dieses Klientel. Auch die Selbsthilfegruppen und Abstinenzverbände arbeiten mit den Kindern aus suchtkranken Familien.

Die bisher vorhandenen sozialpädagogischen Bemühungen, können der pädagogischen Bedürftigkeit dieser Kinder qualitativ und quantitativ bisher jedoch noch nicht gerecht werden. "Ohne spezifische Hilfen sind diese Kinder hochgradig gefährdet,

später selbst süchtig zu werden, als Co-PartnerIn für Süchtige zu dienen oder unter anderen psychischen Störungen zu leiden. Hilfen schon in der Kindheit können hier von vornherein zu einer neuen Weichenstellung führen." (AGJ 1994, S.8). Arenz-Greiving sieht es als ein notwendiges Ziel der Suchtkrankenhilfe an, "... die bestehenden Projekte zu festen Bestandteilen im Therapieverbund der Suchtkrankenhilfe zu machen und diese in allen Bereichen der Suchtkrankenarbeit aufzubauen und zu fördern." (Arenz-Greiving 1993, S.28f).

Die Notwendigkeit solche Interventionen auszubauen und zu fördern ergibt sich auch aus der Tatsache, dass die Grenzen der Helfer in ihren Möglichkeiten liegen. Diese Möglichkeiten sind ggf. nicht nur durch die Kompetenzen der Helfer beschränkt, sondern auch durch die sächlichen und finanziellen Rahmenbedingungen. Obwohl im KJHG entsprechende Hilfen ausdrücklich genannt und gefordert werden, bleibt zunehmend die Frage der Finanzierung unbeantwortet. Durch die Paracellierung und Entpolitisierung von Hilfen kommt es zu (Einzel-) Förderungen, die ein Gesamtkonzept der Hilfe oft verhindern. Weiterhin streiten verschiedene Anbieter und Träger der Jugendhilfe mit unterschiedlichen Angeboten um die Vorherrschaft auf dem durch finanzielle Grenzen knappen Markt, so dass ein umfassender Therapieverbund kaum oder gar nicht erkennbar ist.

Neben den sächlichen Beschränkungen wird es von Nöten sein, auch in der Ausbildung der Helfer zwei wesentliche Gesichtspunkte besonders genau zu vertiefen. Zum einen müssen die Helfer im sozialpädagogischen Feld begreifen, dass sie, trotz Einsatz therapeutischer (Grund-) Techniken sozialpädagogische Hilfe leisten und ihre Arbeit verstanden werden muss als Ermutigung zur Erziehung. (vgl. Oakland, 1998, 1990 und Boeck/Singelmann, Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, 2002). Unter diesem Verständnis ist ein berechenbarer, freundlicher Erwachsener, der für die Kinder fassbar ist, in einer lang anhaltenden (Krisen-) Intervention, die das Thema enttabuisiert und Kommunikation über die Problematiken zulässt zur Ichstärkung und zum Aufbau von Selbstvertrauen und -bewusstsein unverzichtbar. (vgl. Mrochen, Standortbestimmung sozialpädagogischer Methoden, 1998). Zum anderen müssen Helfer begreifen, dass eine Scheinanpassung und ein vorausseilender Ge-

horsam typisch für betroffene Kinder sind und keinen Hilfserfolg bedeuten. In der Tat ist es so, dass man in der Praxis immer wieder beobachten kann, dass nach der Herstellung von Angstfreiheit erst die wirkliche Krise sichtbar wird, die sich in Grenzen testen und Bockigkeit der Kinder äußert, was aber schon, so paradox es klingt, als Hilfserfolg angesehen werden muss.

4.2.1 Kinderorientierte Hilfen

Kinder aus alkoholkranken Familien zeigen Auffälligkeiten, die für Außenstehende aber nicht zwangsläufig Rückschlüsse auf ein Alkoholproblem in der Familie zulassen. Um diesen Kindern spezifische Hilfen geben zu können, müssen diese Familien ihre Isolation zur Außenwelt aufgeben und sich zu ihrer Alkoholabhängigkeit bekennen. Ist der alkoholabhängige Elternteil selbst nicht zu einer Behandlung bereit, müssen die Eltern zumindestens dahingehend motiviert werden, ihre Kinder in Behandlung zu schicken. Die Motivationsarbeit der Eltern muss vor allem an ihren Ängsten ansetzen, in der Kindererziehung versagt zu haben. (nach Köppl/Reiners 1987, S.46).

Köppl/Reiners (a.a.O.) sehen in der Gruppenarbeit eine gute Möglichkeit, den Problemen der Kinder aus Alkoholikerfamilien gerecht zu werden. Die Verhaltensauffälligkeiten des Alkoholikerkindes äußern sich vor allen Dingen im Umgang mit anderen Menschen. Deshalb können diese Verhaltensauffälligkeiten am besten mit diesen aufgearbeitet werden. Die Gruppe ermöglicht dem Kind, Regeln der Gemeinschaft kennen zu lernen und sich mit seinen eigenen und den Schwierigkeiten der anderen Kinder auseinander zu setzen. (a.a.O.).

Auch wenn im nachfolgenden Text immer von "... therapie" gesprochen wird, sind diese Verfahren der sozialpädagogischen Arbeit nicht verschlossen, da die Übernahme entsprechender Elemente in das Handeln des Sozialpädagogen noch keine Therapie im engeren Sinne ist, was sich besonders in den Ausführungen zu den Zielen der sozialpädagogischen Arbeit darstellt.

Köppl/Reiners (1987, S.39-45) führen sieben verschiedene Möglichkeiten an, die bei der Arbeit mit Kindern alkoholabhängiger Eltern zur Anwendung kommen können und ihrer Problematiken gerecht werden können.

Spieltherapie

Neben dem nicht-direktiven Ansatz gibt es noch weitere Vertreter der Spieltherapie, die dem Spiel in der Therapie eine große Bedeutung beimessen und ihm unterschiedliche Funktionen zuschreiben. Nach Erikson stellt das Spiel eine Art kindliches Experimentieren dar, durch das es die Umwelt erfahren und bewältigen kann. (in: Goetze/Jaede 1974, S.17). Das Spiel, als ein Mittel, Zugang zu den Kindern zu bekommen, nimmt in der Therapie eine wichtige Rolle ein, zumal dadurch in der Regel jedes Kind angesprochen werden kann. Da es eine Vielzahl von Variationsmöglichkeiten gibt, kann jedes Kind eine für es angemessene Möglichkeit finden, sich darzustellen und auszudrücken.

Ein weiterer Vertreter der Spieltherapie ist Zulliger (in: Schmidtchen/Erb 1976, S.108), der dem kindlichen Spiel im Therapieprozess u.a. folgende Funktion zuschreibt:

- Das Spiel ermöglicht das Aufdecken des pathologischen Konflikts.
- Das Spiel gibt Hinweise darauf, was an der Umgebung des Kindes verändert werden soll.
- Dem Kind können alternative Spielmöglichkeiten angeboten werden, mit deren Hilfe es zu einer angemesseneren Triebbefriedigung gelangt.
- Der erkannte Konflikt kann psychotherapeutisch aufgearbeitet werden, indem er durch das Agieren des Spiels verändert und gelöst wird.

Nicht-direktive Spieltherapie nach Virginia M. Axline

(vgl. Atzesberger 1980, S.149-157)

Die theoretischen Grundgedanken der Spieltherapie nach Axline, die systematisch/historisch interessant sind, beinhalten folgende Aspekte:

Das Behandlungskonzept von Axline für verhaltensauffällige Kinder basiert auf dem therapeutischen Gedankengut von Carl R. Rogers. Seine Überlegungen zur menschlichen Natur und zum Therapiegesehen überträgt Axline auf die Arbeit mit Kindern.

Hypothesen von Rogers:

- Jeder Mensch ist mit genügend Selbstheilungskräften ausgestattet, dass er seine Probleme selbst lösen kann.
- Im therapeutischen Prozess kommt es auf den Therapeuten an, diese Kräfte zu aktivieren.
- Der Therapeut ist selbst weniger aktiv. Er bietet vielmehr einige grundlegende Voraussetzungen für den Selbstgestaltungsprozess an. Rogers spricht in diesem Zusammenhang von drei Basisvariablen, die der Therapeut dem Klienten entgegenbringt:

Einführendes Verstehen für die Erlebniswelt des Klienten; Wertschätzung, Achtung und emotionale Wärme gegenüber dem Klienten; Echtheit und Kongruenz des Therapeutenverhaltens.

- Therapiefaktoren, wie Selbsteinbringung und Engagement des Therapeuten, haben eine positive Wirkung auf den Prozess.

Acht therapeutische Prinzipien beim nicht-direktiven Verfahren (siehe Axline 1976, S.73) bestimmen das Handeln. Dabei ist festzuhalten, dass diese Prinzipien zum Aufbau einer helfenden Beziehung (Prozessziel) sinnvoll und hilfreich sind, aber in der Regel für eine Verhaltensänderung (ursachenbezogene Ziele) nicht ausreichend sind. (siehe zu den Zieldefinitionen: Apfelbacher/Stübinger/Reiners-Kröncke, Köln, 1999).

Axline fordert eine gewissenhafte, konsequente, kluge und kritische Anwendung der folgenden Therapieprinzipien:

1. Der Therapeut muss eine warme und freundliche Beziehung zum Kind aufnehmen, die sobald wie möglich zu einem guten Kontakt führt. Der Therapeut soll dem Kind aufrichtig begegnen: Er soll ihm entspannt gegenüberstehen. Nie soll der Therapeut für das Kind etwas tun, zu was es selbst in der Lage wäre, da das Kind sein Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten verlieren kann. Er lacht das Kind nicht aus, sondern lacht nur gemeinsam mit ihm.
2. Der Therapeut nimmt das Kind so an, wie es ist, mit all seinen auffälligen Verhaltensweisen und Symptomen. Den Kindern soll nicht das Gefühl vermittelt werden, anders und für die Umwelt problematisch zu sein.
3. Die Atmosphäre ist durch das Gewährenlassen aufseiten des Therapeuten gekennzeichnet. Das Kind kann so seine Gefühle frei und ungehemmt zum Ausdruck bringen. Der Therapeut begegnet dem Kind stets freundlich und wohlwollend und bringt ihm große Akzeptanz entgegen.
Dem Kind wird eine große Anzahl von Spielmaterialien zur Verfügung gestellt. Es liegt einzig und alleine in der Entscheidung des Kindes, wie es mit diesem Angebot umgeht. Durch diese dauerhaft angebotene Atmosphäre gewinnt das Kind immer mehr Vertrauen zum Therapeuten, kann Kontakt aufnehmen und über Belastungen in seinem Leben sprechen.
4. Der Therapeut achtet auf die Gefühle des Kindes und beobachtet sein Verhalten. Dies wird so auf das Kind zurückreflektiert, dass es Einsicht in sein Verhalten bekommt und nach einem Überdenken Schlussfolgerungen für sein späteres Verhalten ziehen kann.
5. Der Therapeut ist sich bewusst darüber, dass der Entschluss zu einer Veränderung und das In-Gang-Setzen nur vom Kind selbst getroffen werden kann. So achtet er auch die Fähigkeit des Kindes, seine Probleme selbst zu lösen. Hierzu muss ihm genügend Entscheidungsfreiheit gegeben werden. In der Spielsituation findet keine Lenkung und Bewertung durch den Therapeuten statt. Das Kind hat das Gefühl, selbst etwas zu können und etwas wert zu sein.

6. Der Therapeut versucht, die Handlungen und die Gespräche des Kindes nicht zu beeinflussen, denn das Kind weist den Weg, dem der Therapeut zu folgen hat. Die verbalen Äußerungen und die Spieldarstellungen des Kindes werden entgegengenommen, ohne dass der Therapeut sich einmischt, Veränderungen anstrebt oder Kritik äußert.
7. Der Therapeut ist sich im Klaren darüber, dass der Prozess nur Schritt für Schritt gegangen werden kann und das Tempo von Kind zu Kind verschieden ist. Der Therapeut versucht deshalb nicht, die Geschwindigkeit zu beschleunigen und dabei das gewünschte Ziel im Auge zu haben.
8. Die Handlungsgrenzen des Kindes sind allgemein sehr weit gezogen und werden nur dort gesetzt, wo sie notwendig sind. Die Grenzen dienen dem Schutz des Therapeuten und der Einrichtungsgegenstände. Es findet dadurch ein Stück Realitätserziehung statt, und das Kind erhält eine Mitverantwortung für die therapeutische Beziehung.

Die nicht-direktive Gruppenbehandlung:

Ein Kennzeichen der Spieltherapie stellt auch ihre Lebensweltbezogenheit dar. Die Therapie soll in die Wirklichkeit eingebettet sein: Ein Kind lebt fast ausschließlich in Gruppen, so dass zahlreiche zwischenmenschliche Beziehungen bestehen. Die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder kommen insbesondere im Kontakt mit anderen zum Vorschein oder sind dadurch vielfach entstanden.

Axline (1976) hält daher eine Behandlung in Gruppen für sinnvoll. In der Gruppenbehandlung muss jedes Kind die gleiche Aufmerksamkeit bekommen. Es darf kein Kind zur Randfigur werden. Die Kinder müssen immer wieder aufeinander bezogen werden, um sich mit ihren Forderungen oder Aggressivitäten auseinander setzen zu können. Nach Axline (a.a.O.) stellt sich in der Gruppe bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine gewährende Atmosphäre ein, und sie entwickeln schneller Vertrauen zum Therapeuten. Axline schlägt u.a. bei "vordergründigen affektiven Problemen (z.B. Angst)" (a.a.O.) zusätzlich noch eine vorbereitende oder begleitende Einzelbehandlung dieser Kinder vor.

Gruppenspieltherapie nach Haim G.Ginott (in: Atzesberger 1980 S.157-172)

Ziele der Gruppenspieltherapie:

Mithilfe der Gruppenspieltherapie soll bei den Klienten eine Veränderung im seelischen Gleichgewicht und ein verbessertes Selbstbild angestrebt werden. Nach Ginott (in: Atzesberger 1980, S.161) soll eine Ich-Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen durch "Kontaktaufnahme, Katharsis, Einsicht, Erprobung der Realität und Sublimierung" in der Gruppenspieltherapie erreicht werden. "Im Spiel soll das Kind seine Konflikte ausdrücken, seine Ängste und Zwänge, Rivalitäten, Unzulänglichkeiten, Abneigungen und Aggressionen." (Köppl/Reiners 1987, S.41).

Die Gruppe soll für jeden Einzelnen eine sichere Atmosphäre haben. Sie sollen einen Lebensraum kennen lernen, in dem sie sich nicht ständig verteidigen müssen und dennoch befriedigend leben können. Das Kind wird weniger angespannt und gehemmt und kann auf spielerischem und verbalem Weg spontaner handeln. Das Kind gibt seine Beobachterposition allmählich auf und wird immer stärker selbst aktiv.

Die Gruppe bietet auch die Identifikationsmöglichkeit mit anderen Kindern und es lehrt, sowohl das Geben und Nehmen im Zusammensein mit anderen und wird mit dem Gefühl der Abhängigkeit und Selbstbestimmung auseinander gesetzt.

Indikation der Gruppenspieltherapie:

Die Gruppenspieltherapie ist vor allem bei jüngeren Kindern, bis etwa zum neunten Lebensjahr, angezeigt. Die Anwendung der Gruppenspieltherapie sieht Ginott bei folgenden Kindern als sinnvoll an (in: Atzesberger 1980, S.159):

- gehemmte Kinder, die durch freundliche Erwachsene geöffnet werden können
- überbehütete, egozentrische Kinder, die in der Gruppe soziale Verhaltensweisen üben können
- Kinder mit Phobien, die von aktiven Kindern animiert werden können
- verweichlichte Jungen, für die ein männlicher Therapeut eine wichtige Identifikationsfigur darstellt

- Kinder, die sich für andere aufgeben, lernen in der Gruppe ihre eigenen Wünsche kennen
- Kinder, die unter bestimmten Fehlverhaltensweisen, wie z.B. Daumenlutschen oder Essunlust leiden, lernen in der Gruppe unabhängiges Verhalten
- Kinder mit partiellen Kontaktstörungen.

Zusammensetzung der Gruppe:

Die Gruppenspieltherapie findet in der Regel einmal in der Woche in einem Spielzimmer statt. Der wöchentliche Kontakt dauert 45 Minuten, und es finden in der Regel 15 bis 30 Kontakte statt, so dass sich die Dauer der Therapie auf vier bis acht Monate erstreckt.

Für Ginott (in: Atzesberger 1980, S.160-161) ist es wichtig, dass die Gruppe aus völlig unterschiedlichen Charakteren zusammengesetzt ist, was eine gegenseitige Korrektur der einzelnen Gruppenmitglieder ermöglicht. Es sollen sowohl ängstliche als auch mutige, gehemmte und aktive Kinder in der Gruppe sein. Auch Köppl/ Reiners sehen es als wichtig an, dass ein Ausgleich zwischen verschiedenen Charakteren besteht. (1987, S.40).

Geschwister oder Freunde sollen nicht in dieselbe Gruppe aufgenommen werden, um nicht weiterhin in bekannten Verhaltensweisen zu verharren. Es sollen sich nicht mehr als fünf Kinder in einer Gruppe befinden, und der Altersunterschied soll nicht mehr als ein Jahr betragen. Für Kinder im Vorschulalter sieht er gemischte Gruppen als sinnvoll an, während ältere Kinder in geschlechtshomogenen Gruppen aufgenommen werden sollten. Den altersspezifischen Interessen kann mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, und sie können sich mit dem gleichen Geschlecht identifizieren.

Kriterien für die Spielzeugauswahl:

Eine therapeutische Wirkung wird nach Ginott mit folgenden Spielsachen erzielt (in: Atzesberger 1980, S.161f):

- Spielpuppen erleichtern die Kontaktaufnahme.
- Kathartische Effekte werden je nach Charaktereigenschaften der Kinder mit Kraft beanspruchenden Werkzeugen, wie z.B. Hammer, erzielt oder auch mit formbaren Materialien, wie z.B. Wasser, Ton und Sand.
- Zur Erprobung der Realität dienen Materialien und Gegenstände, die zwar Erfolgserlebnisse ermöglichen, dennoch nicht endlos strapazierbar sind.
- Für Aggressive sind z.B. Sandsäcke oder Schießscheiben geeignet.
- Orale Bedürfnisse können durch Spiele in der Puppenküche befriedigt werden.
- Sexuelle Bedürfnisse können z.B. durch das An- und Ausziehen von Puppen befriedigt werden.

Zulliger (in: Atzesberger 1980, S.70) betont auch die Bedeutung der Einfachheit des Spielmaterials. Den Kindern steht so eine große Anzahl von Möglichkeiten zur Verfügung, ihre Konflikte und Probleme zum Ausdruck zu bringen.

Ausstattung des Spielzimmers:

Die Spielzimmer dürfen nicht zu groß angelegt sein, um nicht zu wildem Herumlaufen zu animieren oder eine Isolierung von Kindern zu provozieren. Zu kleine Räume können auch zu Konflikten führen. Ginott (in: Atzesberger 1980, S.162) schlägt abwaschbare und schalldichte Wände vor; die Vermeidung von zu viel Glas und die Verwendung von stabilem Mobiliar. Im Spielzimmer dürfen die Spielsachen mit therapeutischer Wirkung nicht fehlen:

- Klettermöglichkeiten ermöglichen kleine Mutproben.
- Beim Spielen im Puppenhaus wird die familiäre Problematik deutlich.
- Spieltiere geben den Kindern die Möglichkeit, Aggressionen loszuwerden.
- Mit Hilfe von Transportspielzeugen stellt das Kind vielfach auch familiäre Szenen her.

- Viele Kinder begehren das Spiel mit Wasser, weil sie somit die adressierte Sauberkeit durchbrechen können und aufgrund der Einfachheit der Spiele Erfolgserlebnisse haben.
- Das Malen stellt eine gute Ausdrucksmöglichkeit dar.
- Auch das Spielen mit Ton bietet eine Ausdrucksmöglichkeit, aber gleichzeitig auch die Chance des Aggressionsabbaus.
- Bauklötze ermöglichen ein vielfältiges und lang andauerndes Gestalten.
- Aggressives Spielzeug, wie z.B. Knallpistolen und Trommeln, ist für die Aggressionsabfuhr wichtig.
- Das Spielen mit Sand bietet Möglichkeiten zu zerstörendem und aufbauendem Spiel.

Qualifikationen und Vorgehensweisen des Kindertherapeuten (nach Ginott in: Atzesberger 1980, S.164-169):

Viele Kinder haben zu Beginn der Gruppentherapie oft Angst, für die der Therapeut Verständnis hat, was er dem Kind auch vermittelt. Der Therapeut versucht, die Spielhemmung dadurch aufzulösen, dass es ihm bezüglich der Schwierigkeiten zustimmt. Im Kontakt mit dem Kind geht es dem Therapeuten um die Reflexion des kindlichen Anliegens und um das Bewusstmachen ihrer Situation. Das Kind muss den Therapeuten als ungefährlich erleben und als eine Person, die es alles fragen und mit der es alles besprechen kann.

Der Kontakt mit Kindern erfordert auch eine Grenzziehung gegenüber seinem Handlungsspielraum. (Ginott in: Atzesberger 1980, S.167). Das Kind braucht klare Strukturen, so dass die Grenzen absolut gesetzt werden müssen. Diese sollen ein gewisses Maß an Gegenreaktion ermöglichen. So sollen z.B. Anweisungen ganz allgemein gegeben werden und nicht an eine einzelne Person gerichtet sein.

Für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess fordert Ginott (in: Atzesberger 1980, S.167-169) zum einen die Teilnahme an bestimmten Ausbildungsprogrammen - z.B. die psychosexuelle Entwicklung des Kindes und die Ausbildung in Einzel- und Grup-

enspieltherapie - als auch bestimmte Eigenschaften - Interesse am Menschen - aufseiten des Therapeuten.

Als wichtigste Voraussetzung sieht er das Einfühlungsvermögen des Therapeuten an. Der Therapeut muss das Kind bedingungslos annehmen, so dass das Kind allmählich zu einer Selbstannahme gelangt. Ginott betont vor allem die hohe Bedeutung von Eigenschaften wie Kinderliebe, Beweglichkeit, Optimismus, Ruhe und Unparteilichkeit. Er muss ihnen eine Atmosphäre gestalten, in der sie zu einem Selbstsicherheitsgefühl gelangen und sie sich über ihr Selbst bewusst werden können.

Eine erfolgreiche Behandlung der Kinder ist für Ginott (in: Atzesberger 1980, S.169) nur in Verbindung mit einer objektiven Haltung gegenüber den Eltern möglich. Für eine qualitativ hochwertige Arbeit spielt ein erfülltes Privatleben des Therapeuten ebenso eine wichtige Rolle wie die erforderlichen Haltungen und Fähigkeiten.

Elternarbeit im Rahmen der Gruppenspieltherapie:

Im Zusammenhang mit der Gruppenspieltherapie ihrer Kinder müssen die Eltern darin unterstützt werden, ein besseres Verständnis für die Problematik ihrer Kinder zu bekommen. (vgl. Ginott in: Atzesberger 1980, S.169). In Anleitungsgruppen soll aufseiten der Eltern ein Verständnis für die Bedürfnisse und Gefühle ihrer Kinder aufgebaut werden. Gleichzeitig erhalten sie einen Einblick in die Dynamik des Eltern-Kind-Verhältnisses. In diesen Gruppen soll die Aufmerksamkeit der Eltern ausschließlich auf die Problematik des Kindes gelenkt werden, ohne sie in ihrem Erziehungsstil zu verunsichern. Der Gruppenleiter macht immer wieder auf die Bedürfnisse des Kindes aufmerksam, die hinter dem Verhalten stehen und welche Wirkungen Bestrafungsmethoden der Eltern hinterlassen.

Die Eltern sollten dazu befähigt werden,

- ... sich für das Kind Zeit zu nehmen und das Fehlverhalten auf nicht-moralisierende Weise zu besprechen.
- ... zu erkennen, wie wichtig die Akzeptanz des Kindes ist.
- ... optimistischere und tolerantere Einstellungen dem Kind gegenüber zu zeigen.
- ... mit Frustrationen anders umzugehen.

- ... Verhaltensweisen des Therapeuten zu übernehmen.

Das Rollenspiel

Das Rollenspiel stellt eine Methode der Spieltherapie dar, und es erfüllt die gleiche Funktion wie das Spiel.

Es gibt eine große Anzahl von Behandlungsmöglichkeiten für betroffene Kinder. Dennoch hat sich das sozialtherapeutische Rollenspiel zur Bearbeitung ihrer spezifischen Problematik als besonders geeignet erwiesen. (vgl. Stein in: Brakhoff 1987, S.128). Nach Schmidtchen und Erb (1976, S.51) werden dem Kind durch das Spiel eine Fülle von Erkenntnissen und Erfahrungen vermittelt. Im Spiel nimmt das Kind die Als-ob-Haltung ein, so dass sein Handlungsrepertoire erweitert ist und es zu schnellen Reaktionen befähigt wird. Es kann sich Veränderungen in der Umgebung leichter anpassen, da es auf seine Erfahrungen zurückgreifen kann und es durch das Spiel zahlreiche Reaktionsweisen gelernt hat.

Das Kind aus einer Alkoholikerfamilie leidet unter Entwicklungsdefiziten. Die Hilfen sind auf eine Verhaltensänderung des Kindes abgezielt. Das Rollenspiel findet bei der Arbeit mit diesem Klientel eine häufige Anwendung, da das Rollenspiel ein sehr wirksames Mittel zur Einstellungsänderung darstellt. (nach Hennige/Preiser 1979, S.106).

Das sozialtherapeutische Rollenspiel beinhaltet verschiedene Aspekte:

Die Spiele leiten Veränderungen in den Weg; das Kind erlebt sich als Agierender und nicht als Ausgelieferter; das Kind lernt, die anderen in ihren Rollen zu beeinflussen und das eigene Verhalten zu ändern; Gefühle und Erlebnisse können bildhaft dargestellt werden und müssen nicht verbal ausgedrückt werden. Es gibt zwei Arten des Rollenspiels (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.41f):

1. Das spontane ungelenkte Rollenspiel:

Hartung (1977, S.13) betont den "interaktionalen Charakter" des Rollenspiels, wodurch sowohl das kommunikative als auch das kooperative Handeln geübt werden kann.

Über die Bedeutung des spontanen Rollenspiels für das Lernen von Verhaltensweisen und das Entwickeln von Einstellungen bestehen in den unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen Unstimmigkeiten. So erfüllt dieses Rollenspiel für die Vertreter der Tiefenpsychologie die Funktion der Triebabfuhr, während die Lernpsychologen die hohe Bedeutung im Hinblick auf Lernprozesse betonen.

2. Das gelenkte Rollenspiel:

Durch das gelenkte Rollenspiel werden drei Bereiche des sozialen Lernens in besonderem Maße anvisiert (vgl. Kossolapow in: Hartung 1977, S.16):

- Das Spiel eröffnet dem Kind die Möglichkeit, Erwachsenenrollen einzuüben, die von der Gesellschaft erwartet werden.
- Das Kind kann dadurch einen Abstand zu seinen Rollenerwartungen bekommen, indem es die starren Rollenvorgaben kritisch betrachtet.
- Mithilfe der verbalen und nonverbalen Korrespondenzfähigkeit entwickelt sich seine zwischenmenschliche Kommunikationsfähigkeit.

Diese Form des Rollenspiels wird vom Therapeuten vorbereitet und begleitet.

Die Bewegungstherapie

Eine weitere kindertherapeutische Hilfe stellt die Bewegungstherapie dar, da von verschiedenen Autoren auf den Zusammenhang zwischen der kindlichen Bewegungsfähigkeit und seiner gesamten Entwicklung hingewiesen wird. Hecker (in: Kiphard 1975, S.15) vertritt die Ansicht, dass eine Bewegungshemmung des Kindes die Gesamtentwicklung des Kindes beeinträchtigt. Bettelheim (in: Schäfer 1979, S.84) ist davon überzeugt, dass eine Körpervorstellung die Grundlage für die Ich-Bildung darstellt.

Am sinnvollsten kann die Bewegungstherapie in einem Turnraum durchgeführt werden, in dem verschiedene Bälle, Turngeräte, Gymnastikreifen, Kästen, Trampoline,

Sprungseile usw. zur Verfügung stehen. Das Ziel der Bewegungstherapie kann auch durch das Schwimmen erreicht werden. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.43).

Musiktherapie

Die körperliche Entwicklung spielt im Hinblick auf die emotionale, soziale und intellektuelle Entwicklung des Kindes eine entscheidende Rolle. Nur durch die Bewegungen des Körpers kommt die Persönlichkeit zum Ausdruck, und der Körper stellt durch seine Bewegungen ein Instrument der mitmenschlichen Beziehung dar. (nach Schäfer 1979, S.13). Die Musiktherapie aktiviert den menschlichen Körper, und die Kinder führen entsprechend dem Rhythmus und der Melodie entsprechende Körperbewegungen aus.

Die Musik stellt einen Teil der Realität dar, der nicht bedrohlich ist, der einen Kontaktaufbau ermöglicht, in dem es keine Wahrnehmungsverzerrungen gibt. So kommt der Musiktherapie in Bezug auf die Ich-Entwicklung eine große Bedeutung zu. (Willnes in: Schäfer 1979, S.14).

Die Musiktherapie ist am besten in einem Turnraum mit einem großen Teppich durchzuführen, in dem verschiedene Bälle, Reifen, Bänder und Stäbe zur Verfügung stehen. Es kommen Schlagwerkinstrumente, wie z.B. Trommeln, Kastagnetten, Rasseln, Triangeln, Xylofone usw. zum Einsatz. Ein wichtiges Instrument stellt auch das Klavier dar, das den Kindern relativ schnell Rhythmus und Melodie vermittelt. In der Musiktherapie soll jedes Kind sein eigenes Instrument haben. Alle Kinder spielen sowohl in der Schlagwerkgruppe als auch im musikalischen Rollenspiel mit. (siehe Köppl/Reiners 1987, S.44f).

Eltern-Kind-Arbeit

Um die Eltern-Kind-Arbeit durchführen zu können, muss der Alkoholabhängige zu einer Therapie bereit sein oder bereits erfolgreich begonnen haben. Für eine Wiederherstellung der Familie muss eine körperliche und seelische Gesundheit des Abhängigen erfolgt sein, und kindliche Fehlentwicklungen müssen zunächst in einer Individu-

altherapie behandelt worden sein. Grundsätzlich wird das Kind in dieselbe therapeutische Einrichtung wie der Abhängige eingegliedert. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.45).

Offene Kindergruppe

Diese Gruppen werden im Rahmen von ambulanten Behandlungsstellen oder Selbsthilfegruppen durchgeführt. Die Teilnahme ist unabhängig von der Therapiebereitschaft des Abhängigen. Die Kinder treffen sich zu gemeinsamen Spielen und Beschäftigungen. Die Altersspanne der Kinder sollte nicht zu groß sein. (z.B. sieben- bis elfjährige Kinder; zwölf- bis vierzehnjährige Kinder). Die Gruppen sollten höchstens aus sechs bis neun Kindern bestehen, denen es offen steht, Freunde in die Gruppentreffen mitzunehmen. Auf diesem Wege wird einer Stigmatisierung vorgebeugt. (nach Köppl/Reiners 1987, S.45).

Kunsttherapie

Eine alternative und weitere Hilfsmöglichkeit für Kinder suchtkranker Eltern hat die Kunsttherapeutin Christin Sperlich beschrieben. (siehe 1996, S.8-13). Durch eine künstlerische Tätigkeit der Kinder "... wird Erlebtes durchgestaltet und dadurch verarbeitet." (Sperlich 1996, S.13).

Das Malen mit diesen Kindern ist noch in den Anfängen begriffen. Bei der therapeutischen Arbeit der Therapeutin kommen verschiedene Techniken zur Anwendung, die von den Kindern erprobt werden können: So können sie z.B. mit Wachskreiden, Ölwachskreiden, Bleistiften, Buntstiften, Wasserfarben, Fingerfarben usw. ihrer Kreativität freien Lauf lassen. Im Umgang mit diesen Kindern liest sie ihnen Geschichten vor, die sich am jeweiligen Alter und ihrer Problemlage orientieren und die von ihnen dann malerisch dargestellt werden.

Während ihrer praktischen Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern wurde der Autorin der Zusammenhang zwischen den gemalten Bildern, der verwandten Maltechnik und ihrer emotionalen Situation deutlich. Ihre anfängliche Unsicherheit und Verschlossen-

heit zeigt sich beispielsweise durch ihre verschwommenen und ungegenständlichen Bilder.

Sperlich hebt vor allem die hohe Bedeutung der Aquarellmalerei in der Anfangsphase der therapeutischen Arbeit hervor, da sie eine lösende und entspannende Wirkung besitzt, da durch das leichte Fließen der Farbe Bilder entstehen, ohne dass die Kinder sich konkret auf ein Bild festlegen müssen. Die Kinder können so langsam ihre Unsicherheit verlieren, da sie sich nicht verpflichtet fühlen, von Anfang an so viel zu offenbaren.

4.2.2 Ziele in der sozialpädagogischen Arbeit mit Kinder

Nach Köppl/Reiners (1987, S.46-82) sollen bei der Arbeit mit Alkoholikerkindern³³ auf verschiedene Art und Weise die unten aufgeführten Ziele angestrebt werden. Zur Zielerreichung werden unterschiedliche Methoden angewandt.³⁴

Angstfreiheit:

Für die Alkoholikerfamilie ist eine andauernd ängstlich angespannte Atmosphäre charakteristisch. Das Alkoholikerkind leidet unter vielen verschiedenen Ängsten. Es fürchtet sich z.B. vor dem alkoholisierten Vater und hat Angst davor, dass sich die Eltern trennen könnten. Vielfach ist das Kind von Schuldgefühlen geplagt, da es sich für die Abhängigkeit des Elternteils verantwortlich fühlt. Es schämt sich der Umwelt gegenüber und vor allem in der Schule für seine familiäre Situation und hat Angst vor

³³ Es ist zu beachten, dass der Begriff "Alkoholikerkind" hier nur zum vereinfachten Verstehen verwendet wird. In der Praxis gibt es DAS Alkoholikerkind nicht und eine Begriffsverwendung würde ausschließlich einer Stigmatisierung Vorschub leisten.

³⁴ Diese Ziele und Methoden wurden auch in den Lehrveranstaltungen dargestellt und eingebracht, so dass sie personen- und situationsorientiert in die Praxisphasen während des Studiums übernommen wurden

ihnen, da das Alkoholikerkind nicht selten unter Schulschwierigkeiten leidet. Die Gehemmtheit und ängstliche Haltung des Kindes stehen jeglicher Entfaltungs- und Handlungsmöglichkeit im Weg.

Köppl/Reiners (1987, S.48f) schlagen zum Abbau der Ängste die Gruppenspieltherapie vor. Bereits die Anwesenheit der anderen Kinder in der Gruppe nehmen dem Kind die Angst vor dem Unbekannten. In der Gruppentherapie herrscht eine angstfreie Atmosphäre, in der dem Kind Toleranz entgegengebracht wird und es bei einer Grenzüberletzung keine Strafe befürchten muss und es somit auch keine Schuldgefühle entwickeln muss. Es wird mit bisher völlig unbekanntem Situationen konfrontiert, in denen mehr als gewohnt erlaubt ist.

Das Verhaltensrepertoire der Kinder erweitert sich, was durch das Beobachten der anderen Kinder mitbedingt ist. Es kann diese Verhaltensweisen in der Gruppensituation einüben und wird sicherer. Es verliert seine Angst und kann seine Probleme besser angehen. Für ängstliche Kinder ist es wichtig, dass ihnen nur eine gewisse Auswahl an Spielmaterial zur Verfügung steht. Köppl/Reiners (1987, S.49) schlagen für stark gehemmte Kinder zunächst ein vorgeformtes Material, wie z.B. Legosteine, vor. Ginott (in: Köppl/Reiners 1987, S.49) sieht in der Spieltherapie mit geängstigten Kindern Material wie Wasser, Ton und Sand als geeignet an. Eine angstreduzierende Wirkung besitzen auch Handpuppenspiele oder ein Rollentausch.

Identifikationsaufbau:

In einer Alkoholikerfamilie kommt es zu einer Rollenverschiebung. Die Rollen der einzelnen Familienmitglieder entsprechen nicht denen in einer "normalen Familie." Dem Kind wird in einer solchen Familie eine "realitätsgerechte Identifikation" (Köppl/Reiners 1987, S.50) kaum ermöglicht. In einer Familie mit einem alkoholabhängigen Vater tritt er innerhalb des Familiensystems mehr in den Hintergrund, während die Mutter innerhalb der Familie eine immer dominantere Rolle bekommt. Die Kinder orientieren sich stärker am nicht-abhängigen Elternteil und übernehmen diese inadäquaten Rollenvorbilder, die ihnen von den Eltern vorgelebt werden. Den Kindern

wird keine geschlechtsspezifische Identifikation ermöglicht. Bei der Identifikation mit dem abhängigen Elternteil erhöht sich die Tendenz der Kinder zur Suchtmittelabhängigkeit.

Als Methode für den Identifikationsaufbau schlagen Köppl/Reiners (1987, S.50f) das Rollenspiel und die Gruppentherapie vor. Die einzelnen Gruppenmitglieder stellen verschiedene Identifikationsmodelle dar. Die kann es beobachten, imitieren, und später kann sich das Kind mit ihnen identifizieren. Durch das Rollenspiel kann das Kind die Rollen spielen, denen es im wirklichen Leben ausgeliefert ist. Im Spiel können diese Rollen den Bedürfnissen des Kindes entsprechend umgeformt werden, das Kind kann neue Verhaltensweisen lernen und sie in ihr Verhaltensrepertoire aufnehmen. So gelangt es zu einer realitätsgerechten Identifikation. Übernimmt es die Rolle des abhängigen Elternteils und setzt es sich mit dieser auseinander, so bekommt es immer mehr Einsicht in das Verhalten dieses Elternteils. (siehe Köppl/Reiners 1987, S.49-51).

Beziehungsfähigkeit:

Die Alkoholikerfamilie schottet sich aufgrund ihres "Familiengeheimnisses" immer mehr von der Außenwelt ab. Den Familienmitgliedern wird ein Redeverbot auferlegt. Dem Alkoholikerkind fehlen die Gelegenheiten, mit anderen Menschen außerhalb der Familie Kontakt aufzunehmen. Es wird ihnen in der Familie nicht vorgelebt oder beigebracht, was die Inhalte zwischenmenschlicher Beziehungen sind und wie man solche aufbaut.

Das Urmisstrauen hindert das Alkoholikerkind zusätzlich noch daran, mit fremden Menschen ohne weiteres Kontakt aufzunehmen. Alkoholismus wird in der allgemeinen Öffentlichkeit stark negativ bewertet, so dass sich das Kind für seine Familie schämen muss. Gegenüber Gleichaltrigen hält sich das Alkoholikerkind sehr verdeckt und verschweigt seine familiären Verhältnisse. Sie scheuen daher jede engere Beziehung.

Die Gruppenspieltherapie (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.52f) hilft dem Kind beim Aufbau der Beziehungsfähigkeit. Durch das gemeinsame Spielen werden automatisch Kontakte geknüpft. Die angstfreie Atmosphäre erleichtert den Kindern bei den Spielen

auf andere zuzugehen. Das gegenseitige Beobachten und Imitieren motiviert z.B. zurückhaltende Kinder, selbst aktiv zu werden und im Spiel die Initiative zu ergreifen. Die Erfahrung in der Gruppenspieltherapie, dass man sich gegenseitig hilft, Verständnis zeigt und auch ermutigt, veranlasst die Kinder vielfach, mit anderen in Beziehung zu treten. Nach Köppl/Reiners (1987, S.52f) eignen sich für den Kontaktaufbau u.a. Sozialspele wie z.B. "Telefonieren" oder "Kaufladen spielen".

Sprachfähigkeit:

In einer Alkoholikerfamilie ist die Kommunikationsfähigkeit meist eingeschränkt, und es herrscht ein "restringierter Sprachcode." (Köppl/Reiners 1987, S.53). Die Kinder werden meist mit dem Befehlston groß. Der verbale Kontakt zwischen den Eltern ist vielfach sehr stark eingeschränkt, und es findet nur noch wenig Austausch statt. Die Kinder haben zu Hause Angst ein Gespräch zu beginnen, da die Launenhaftigkeit der Eltern ihre Reaktionen für die Kinder unberechenbar werden lässt. Vielfach leiden die Kinder unter einem Sprachfehler. Eine eingeschränkte Sprachfähigkeit hemmt weiterhin ihre Kommunikationsbereitschaft.

Das Rollenspiel dient dem Aufbau der Sprachfähigkeit, da Gegenstand des Rollenspiels die Sprache ist. (nach Köppl/Reiners 1987, S.53f). Durch die Rollenübernahme benötigt das Kind die Sprache als Kommunikationsmittel. Durch die unterschiedlichsten Rollen lernt es auch verschiedene Sprachstile. Durch das Sprechen der Rolle wird die Sprachfähigkeit allgemein verbessert. Der Wortschatz vergrößert sich, und die Kinder lernen, flüssiger zu sprechen. (a.a.O.).

Handlungsfähigkeit:

Das Alkoholikerkind hat in seiner Familie gelernt, auf Konflikte entweder durch Vermeiden oder durch übertriebene Anpassung zu reagieren. Die angeeigneten Verhaltensmuster sind starr, und die Anzahl der Handlungsmöglichkeiten ist sehr begrenzt. Die Kinder haben nicht gelernt, der gegebenen Situation entsprechend zu reagieren. Die Familie stellt für die Kinder keinen geeigneten Rahmen dar, eigene Erfahrungen

mit seinen Handlungsmöglichkeiten und den entsprechenden Konsequenzen zu machen.

Durch das Rollenspiel (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.55f) lernt das Kind ein weites Spektrum von Handlungsmöglichkeiten kennen. In der Gruppe wird das Kind mit unangenehmen Situationen konfrontiert, auf die es mit Vermeidungsverhalten reagieren würde. Durch die Gruppe wird ihm das Ausweichen jedoch erschwert, so dass es sich damit auseinandersetzen und andere Lösungsmöglichkeiten finden muss. Das Kind beobachtet die Handlungsstrategien und Problemlösungsmuster der anderen Kinder und probiert diese selbst aus. Dem Kind stehen immer mehr Variationsmöglichkeiten zur Verfügung.

Interaktionsfähigkeit:

In der Alkoholikerfamilie findet zwischen den einzelnen Familienmitgliedern keine "realitätsgerechte Interaktion" (Köppl/Reiners 1987, S.56) statt. Es bestehen starre Interaktionsmuster, an die sich alle halten müssen. Es geht nicht darum, den eigenen Standpunkt mitzuteilen, sich mit diesem auseinanderzusetzen und auf diesem Wege dann zu einer befriedigenden Lösung zu kommen.

Die schwach ausgeprägte Interaktionsfähigkeit hindert das Kind daran, mit der Umwelt in Beziehung zu treten. Durch den geringen Kontakt mit der Umwelt hat das Kind auch nur wenig Möglichkeit, Verständnis für den Mitmenschen aufzubringen.

Durch das Rollenspiel wird die Interaktionsfähigkeit des Kindes geschult. (nach Köppl/Reiners 1987, S.56f). Es lernt zum einen andere Standpunkte kennen und muss diese zum anderen auch gegenüber den anderen vertreten. Das gemeinsame Spiel versetzt das Kind auch in die Lage, sich in die Rolle des Mitspielers hineinzusetzen. Es wird sensibler für den Mitmenschen und kann dementsprechend situationsgemäß auf ihn reagieren. Das Kind kann sich immer besser an veränderte Situationen anpassen und gelangt zu einer verbesserten Eigenkontrolle.

Gemeinschaftsfähigkeit:

In der Alkoholikerfamilie fehlt das Gefühl von Gemeinschaft und Zusammengehörigkeit. Die Stimmung zwischen den Eltern hinterlässt vielmehr den Eindruck, dass die Familie durch die Trennung der Eltern von Auflösung bedroht ist. Das Gefühl von Zusammenhalt konnten die Kinder auch außerhalb der Familie nicht erfahren, da nur wenig Kontakt zur Umwelt und damit zu anderen Gemeinschaften besteht.

Die Rollenverteilung in der Alkoholikerfamilie steht einem Gemeinschaftsgefühl zwischen den Geschwistern im Weg. Anstatt zusammenzuhalten und sich gegenseitig zu unterstützen, übernehmen die älteren Geschwister häufig eine der Elternrolle, und die müssen den jüngeren Geschwistern Befehle geben, die sie zu befolgen haben. Verhaltensauffälligkeiten und Schulschwierigkeiten der Kinder verhindern häufig den Anschluss dieser Kinder an andere Mitschüler. Obwohl sie sich vielfach isolieren, verspüren sie dennoch einen Drang nach Zugehörigkeit. Vielfach erlangen sie dieses Gefühl nur durch den Anschluss an eine Bande, die nicht selten durch Kriminalität oder Suchtmittelmissbrauch auffällig wird.

Köppl/Reiners (1987, S.58) sehen die Gruppenspieltherapie als geeignete Methode an, die Gemeinschaftsfähigkeit aufzubauen. Durch die Teilnahme an der Gruppenspieltherapie befindet sich das Kind bereits automatisch in einer Gemeinschaft. Das Kind lernt jetzt, sein Verhalten auf die anderen abzustimmen und somit auch auf Bedürfnisse zu verzichten, wenn diese von anderen nicht geteilt werden.

Beim Spielen können sich die Kinder untereinander helfen. Sie lernen den anderen zu akzeptieren und zu verstehen. Johnson/Medinnus (in: Köppl/Reiners 1987, S.59) erwähnen im Zusammenhang mit dem Aufbau der Gemeinschaftsfähigkeit vor allem die Regelspiele. Bei diesen Spielen setzen sich die Kinder für einen großen Teil der Zeit mit den Regeln des Spiels auseinander. Diese Spiele erfordern eine enorme gegenseitige Rücksichtnahme.

Als geeignete Spiele für kleine Kinder sehen Köppl/Reiners (1987, S.60) z.B. Lauf- oder Sackspiele als geeignet an. Ältere Kinder können Denk-, Geschicklichkeits- oder auch Kartenspiele spielen. Bei allen Spielen stehen Fairness und Gemeinschaftssinn im Vordergrund.

Autonomie:

Das Alkoholikerkind wächst in einer Familienatmosphäre auf, die durch Unsicherheit, Instabilität, Aggressionen, unterdrückte Bedürfnisse und verwehrteter Triebbefriedigungen (a.a.O.) bestimmt ist. Die Wünsche und Bedürfnisse des Kindes spielen kaum eine Rolle, stattdessen wird das Kind durch Disziplin und Gehorsam zu einem vorgeschriebenen Handeln verpflichtet. Es hat nicht die Möglichkeit, sich eigene Norm- und Wertvorstellungen anzueignen und gelangt so nicht zu einem eigenständigen Urteil. Ihre Familie kann ihr keinerlei Orientierung geben. Ihr Bedürfnis nach Anerkennung und Beachtung wird nicht befriedigt. Eine natürliche Entfaltung einer kindlichen Autonomie wird dadurch erheblich eingeschränkt.

In der Gruppenspieltherapie kann das Kind ohne Angst nach seinen Vorstellungen handeln und Wünsche und Bedürfnisse äußern. (siehe Köppl/Reiners 1987, S.61). Vielfach wird ihnen in der Spielsituation zum ersten Mal bewusst, dass sie Autonomiewünsche haben, da sie in der Familie noch nie Platz gefunden haben. Die Spielsituation stellt ein Versuchsfeld für die Kinder dar, unabhängig und selbstbestimmt zu handeln. Die Kinder beobachten bei anderen, was es bedeutet, eigene Wünsche und Vorstellungen zu haben und diese auch durchzusetzen. Die positiven Konsequenzen motivieren sie selbst zu eigenen Autonomiebestrebungen. Die Gruppenspieltherapie garantiert eine weitgehende Entscheidungs- und Handlungsfreiheit. Die eigenen Bedürfnisse und Wünsche der Kinder bestimmen ihr Handeln. Es wird jegliches Verhalten akzeptiert, und Grenzüberschreitungen werden nicht bestraft. Eine Begrenzung findet nur in folgenden drei Bereichen statt: in Bezug auf Raum und Zeit, in Bezug auf mutwillige Zerstörung des Spielmaterials und in Bezug auf ernsthafte, tätliche Angriffe auf den Therapeuten oder andere Gruppenmitglieder.

Leistungsaufbau:

Leistungsfähigkeit steht nach Liptow (in: Köppl/Reiners 1987, S.62) in einem engen Zusammenhang mit "... der Konsistenz der frühkindlichen Umwelt." Für den Aufbau eines Selbstwertgefühls spielt nach Kiphart (in: a.a.O.) wiederum Leistung eine große

Rolle. Verschiedene Eigenschaften der Familien, wie z.B. ihre eingeschränkte Kommunikation und ihre gestörte Interaktion, verhindern einen angemessenen Leistungsaufbau des Kindes, da sie nicht in der Lage sind, das Kind durch Bestätigung dabei zu unterstützen. Das häufige Desinteresse der Eltern gegenüber den Leistungen des Kindes vermindert dessen Leistungswillen.

Die Eltern geben den Kindern häufig weder Ermutigung noch die nötige Unterstützung bei Leistungsschwierigkeiten. Sie bewerten den Leistungsabfall häufig als Dummheit, wodurch dieser noch verstärkt wird. Die Kinder resignieren und sind in der Schule geistig kaum noch anwesend.

Um die Leistungsfähigkeit bei den Kindern aufzubauen, kommt die Bewegungstherapie zur Anwendung. (a.a.O.). Das Bestreben der Bewegungstherapie liegt darin, zunächst auf eine Leistungsanforderung völlig zu verzichten. Es sollen zunächst nur die Anforderungen an das Kind gestellt werden, denen es auch gewachsen ist. So kann es mit kleinen Erfolgserlebnissen allmählich ein Selbstvertrauen aufbauen.

Durch Übungsgeräte, wie z.B. Bälle und Reifen, soll das Kind zunächst seine Geschicklichkeit fördern können. Hat es diese Übungen erfolgreich absolviert, kann es schwierigere Aufgaben lösen. Durch das erfolgreiche Ablegen einer Übung bekommt das Kind Vertrauen in sich und seine Fähigkeiten und will beides stärken. Je stärker sich ihre Bewegung verbessert und sie somit zu Erfolgserlebnissen gelangt, umso größer wird ihr Selbstvertrauen. Je besser sie mit ihrem Körper und den Materialien umgehen kann, umso größer wird ihre Leistungsmotivation. Das Gefühl, leistungsfähig zu sein, wirkt sich positiv auf ihren Leistungswillen aus. Köppl/Reiners (1987, S.63) schlagen Sportarten, wie z.B. Laufen und Springen, aber auch Wettkampf- und Mannschaftsspiele vor. Geräteturnen und Wettspiele stellen weitere Möglichkeiten dar.

Kreativität:

Das Alkoholikerkind hat sich starre Verhaltensweisen angeeignet, was ihm zum Ausleben seiner schöpferischen Kräfte keine Möglichkeit gibt. Durch die Abgrenzung von der Umwelt kann es von ihr diesbezüglich auch keine Anregungen bekommen, so dass

es sich über seine Kreativität nicht bewusst werden kann. Es lebt angepasst, und es lernt sehr früh, keine Fantasie- und Wunschvorstellungen zu haben.

Um diese Eigenschaft des Kindes zu fördern, schlagen Köppl/Reiners (1987, S.64f) die Musiktherapie vor. Verschiedene Melodien und Singspiele regen die Fantasie an und führen zur Eigenleistung des Kindes. Mithilfe der Musiktherapie sollen die erstarrten Verhaltensmuster aufgelöst und die gestalterischen Fähigkeiten des Kindes geweckt werden.

In der Musiktherapie werden alle Kinder aktiv. Bei der Musiktherapie können alle Ausdrucksmöglichkeiten, über die das Kind verfügt, geübt und dargestellt werden. Es kann sich von vorgegebenen Lösungen distanzieren und seine eigenen schöpferischen Kräfte zur Geltung kommen lassen. Seine Stimme und seine Sprache, aber auch die Finger, Hände und Füße des Kindes eröffnen ihm Gestaltungsmöglichkeiten. Zu den Mitteln zählen tänzerische Übungen, Spielhandlungen, Rollenspiele, Fantasieübungen, Lieder, Tänze, pantomimisch dargestellte Märchen.

Soziale Integration:

Notwendige Eigenschaften für eine soziale Integration sind z.B. das Verständnis für das Gegenüber, aber auch Toleranz und eine gewisse Frustrationstoleranz. Die Isolation des Kindes in der Alkoholikerfamilie, die misslungene Identifikation und sein realitätsfremdes Modellernen, stellen ein Hindernis für die soziale Integration dar. Die Lebensauffassung des Alkoholikerkindes ist realitätsfremd, was eine Kontrolle der bestehenden Grenzen unmöglich macht. Das Alkoholikerkind setzt sich der Umwelt entgegen. (nach Köppl/ Reiners 1987, S.66).

Die Gruppenspieltherapie ist für die Aneignung dieser Eigenschaft geeignet. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.66f). Die Gruppenspieltherapie stellt eine soziale Realität dar, in der das Kind soziale Situationen kennen- und erleben lernt und es mit anderen Weltbildern konfrontiert wird, denen es sein eigenes gegenüberstellen und messen kann. In der Therapie lernen sie, mit anderen auszukommen und sich füreinander zu interessieren. Durch den Gruppendruck verhält sich das Kind normenkonform, und sieht sie als verbindlich an.

Im Rollenspiel stellen die Kinder ihre eigenen Regeln auf, die sie dann auch befolgen. Die Kinder bauen allmählich soziale Verhaltensweisen auf und eignen sich Normen an, die die soziale Integration begünstigen. Köppl/Reiners (1987, S.67) schlagen auch Spiele vor (z.B. Kartenspiele, Regelspiele, Brettspiele), die in der Gemeinschaft gespielt werden, bei denen sich das Kind den Regeln unterwerfen muss.

Entscheidungsfreude:

In einer Alkoholikerfamilie herrscht ein Befehlston, auf den die Kinder zu hören haben. In dieser Lebenswelt kann das Kind keine eigenen Entscheidungen treffen, sondern muss sich ausschließlich an die Eltern anpassen. Die vorgelebten Verhaltensmuster der Eltern werden unreflektiert in das eigene Verhaltensrepertoire aufgenommen. Die Kinder lernen nur diese Lebenssituation kennen und nehmen diese ohne zu hinterfragen an.

Das Gewährenlassen der Gruppenspieltherapie eröffnet dem Kind genügend Freiraum für eigene Entscheidungen. (nach Köppl/Reiners 1987, S.67). Das Kind kann selbst entscheiden, ob, mit wem und was es spielt. Es kann eigene Spielmöglichkeiten ausprobieren, wobei das Beobachten der anderen Kinder und das Kennenlernen von neuen Lösungsmöglichkeiten sehr hilfreich ist. Durch den Umgang mit anderen Kindern und das gemeinsame Lösungssuchen, lernt es, eigene Entscheidungen zu treffen, die es allmählich zu vertreten lernt und für die es auch Verantwortung übernimmt.

In der Gruppenspieltherapie bewertet es Situationen nach den eigenen Maßstäben und trifft dementsprechend eine eigene Entscheidung. In der Spieltherapie werden die Konsequenzen angstfrei erlebt, so dass es immer mehr Verantwortung für sein Handeln übernehmen kann.

Selbstvertrauen:

Die Atmosphäre in einer Alkoholikerfamilie ist durch Spannung, Unverständnis, Frustrationen gekennzeichnet, und das Kind hat mit Minderwertigkeitsgefühlen und Depressionen zu kämpfen. Um Selbstvertrauen aufzubauen, muss das Kind die ausrei-

chende Erfahrung von Zuneigung, Geborgenheit und Sicherheit machen, was in der Alkoholikerfamilie nicht gegeben ist. Das Selbstvertrauen wird entscheidend durch die Bestätigung von der Umwelt beeinflusst. Der Anerkennung von Gleichaltrigen kommt eine wichtige Rolle zu, die diesem Kind jedoch verwehrt bleibt, da es sich aufgrund seiner gehemmten oder aggressiven Verhaltensweisen in der Isolation befindet.

In der Bewegungstherapie haben die Kinder die Möglichkeit, sich zu bewähren und auf diesem Wege Selbstvertrauen zu bekommen. Durch die Bewegung, das Spiel und verschiedene sportliche Aktivitäten, kann das Kind seine Bewegung fordern und seine Leistung mit den Gleichaltrigen vergleichen. "Jeder Gewinn an körperlichem Bewegungsvermögen ist wiederum ein Gewinn an Selbstvertrauen." (Köppl/Reiners 1987, S.69). In der Gruppe bekommt es Lob und wird weiterhin motiviert. Der Erfolg bringt ihm Anerkennung und Lob durch die Gruppe, was zu einer allmählichen Stärkung des Selbstwertgefühls führt.

Realitätsbewältigung:

Das Leben in einer Alkoholikerfamilie führt bei den Kindern zu realitätsfremden Weltbildern und realitätsfernen Einstellungen. Die rigiden Interaktionsmuster verhindern eine Auseinandersetzung mit der Umwelt, was durch die abgeschlossene Einheit der Familie und den mangelnden Kontakt zur Außenwelt noch verstärkt wird. Sie verlieren vielfach das Gefühl für Grenzen und Konsequenzen, was sie im Alltagsleben verunsichert. Die Alkoholikerfamilie verliert in vielen Bereichen den Bezug zur Realität und somit auch die Orientierung an den Normen und Werten der Gesellschaft; realistische Verhaltensweisen und -einstellungen sind dem Kind fremd.

Im Rollenspiel erwirbt das Kind die Fähigkeit der Realitätsbewältigung. (nach Köppl/Reiners 1987, S.70f). Im Rollenspiel lernt es ein Stück Realität kennen. Durch das Modellernen und das Konditionieren lernt das Kind neue Verhaltensweisen kennen, die es in sein Repertoire aufnimmt. Starre Verhaltensmuster können so aufgelöst werden. Im Spiel mit anderen Kindern muss das Kind sich mit deren Reaktionen und deren Bedürfnissen auseinander setzen. Es wird zum Finden von Konfliktlösungen animiert.

Konzentrationsfähigkeit:

Kinder aus Alkoholikerfamilien sind vielfach den Rollenerwartungen der Schule nicht gewachsen: Ihnen fehlt häufig die notwendige Konzentrationsfähigkeit, und sie sind vielfach nicht in der Lage, sich längere Zeit ruhig zu verhalten oder still zu sitzen. Durch ihre häusliche Situation haben sie ihr Kraftpotenzial häufig schon aufgebraucht, so dass sie in der Schule sowohl psychisch als auch physisch nur noch weniger belastbar sind. Die Erlebnisse zu Hause wirken sich nachteilig auf ihre schulischen Leistungen aus. Durch häufige nächtliche Streitereien kommen die Kinder vielfach unausgeschlafen in die Schule, und die Gedanken an familiäre Ereignisse wirken sich negativ auf ihre Aufmerksamkeit aus. Die Spannungssituationen im Elternhaus machen das Kind unausgeglichener, so dass es auch sehr leicht abgelenkt werden kann. Leistungsmängel können oft nicht verhindert werden. Das Alkoholikerkind hat in der Schule vielfach das Gefühl, vor unbewältigbaren Situationen zu stehen, was einen weiteren Konzentrationsmangel begünstigt. (nach Köppl/Reiners 1987, S.71f).

Köppl/Reiners (1987, S.72f) schlagen zur Förderung der Konzentrationsfähigkeit verschiedene Übungen aus dem Bereich der Musiktherapie vor. Die Musiktherapie bewirkt einen allgemeinen Spannungsabbau, und so kann es für den Schulalltag wieder neue Kraftreserven aufbauen. Das Kind lernt einen befreiteren Umgang mit der familiären Situation, so dass es sich gedanklich wieder auf andere Bereiche konzentrieren kann. Erfolgserlebnisse in der Musiktherapie können sich auf die Willenskraft des Kindes positiv auswirken und sich im schulischen Bereich niederschlagen. Das Lernen von Liedern und Tänzen schult unbemerkt seine Aufmerksamkeit. Bei den Übungen werden akustische, optische, taktische und kinästhetische Elemente besonders betont, so dass das Kind lernt, hinzusehen, zuzuhören aber auch die einzelnen Bewegungen durchzuführen. Um eine Reizüberflutung zu verhindern, werden den Kindern z.B. die Augen verbunden, um von visuellen Reizen nicht abgelenkt zu werden und um sich so besser auf ihren Tastsinn oder auf akustische Reize konzentrieren zu können. Übungen, bei denen es zu einem Wechsel zwischen Spannung und Entspannung kommt, schulen auch die Wachsamkeit des Kindes. Ein Beispiel dafür ist z.B. eine Übung, bei

der das Kind sich mit der Musik bewegt und sobald die Musik endet, ruhig halten muss. Dabei lernt das Kind, genau auf den richtigen Einsatz zu achten.

Aggressionsabbau:

Viele Alkoholikerkinder zeigen aggressive Verhaltensweisen, wobei es dafür unterschiedliche Ursachen gibt. So ist es nach Orff (1974, S.45) eine Form der sozialen Zuwendung, die sie nicht auf eine positive Art und Weise äußern kann. Vielfach können Aggressionen den Kindern helfen, mit ihren Ängsten und Schwächen zu leben, indem sie diese überdecken.

Kinder übernehmen auch z.B. die Aggressionen des aggressiven Elternteils und agieren sie anderen gegenüber aus. Es stellt für sie selbst eine Möglichkeit dar, der Angst vor diesem zu entkommen. Solche aggressiven Kinder können in der Schule negativ auffallen, so dass sie z.B. durch Ausschluss aus der Gemeinschaft bestraft werden.

Die Musiktherapie sehen Köppl/Reiners (1987, S.73f) zum Aggressionsabbau als geeignet an. Diese eröffnet dem Kind alternative Möglichkeiten, seine aggressiven Impulse auf konstruktiverem Weg auszuagieren. Die Gruppe kann ihm ein Gefühl von Anerkennung, Akzeptanz und Selbstwert vermitteln, so dass das Kind zum einen den Druck verliert, seine Stärke beweisen zu müssen und zum anderen können auftretende Frustrationserlebnisse ohne Aggression ertragen werden. Das Kind lernt einen sinnvollen Umgang mit seiner Aggression.

Die Musiktherapie ermöglicht auch ein Ausagieren von Gefühlen. Vor allem der Umgang mit Schlaginstrumenten bewirkt eine Befreiung von Aggressionen. Mit Hilfe von Handpuppenspielen kann sich das Kind mit einer Figur identifizieren und sich und seine Aggressionen hinter dieser verstecken. So wird das Kind z.B. zum Krokodil, das die Großmutter frisst. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.74)

Ich-Stärke:

Das Alkoholikerkind wächst in einer familiären Umgebung auf, in der das menschliche Grundbedürfnis nach Liebe, Anerkennung und Geborgenheit nur mangelhaft be-

friedigt wird. So besteht "... kein Gleichgewicht zwischen Bedürfniserfüllung, Triebbefriedigung und Belastungen und Spannungen im Alltag ..." (Köppl/Reiners 1987, S.75). So leiden diese Kinder unter einer Ich-Schwäche. Ihnen fehlt somit auch die Fähigkeit, auf der einen Seite die menschlichen Triebe und auf der anderen Seite die Wirklichkeit mit ihren Anforderungen und Grenzen aufeinander sinnvoll abzustimmen.

Mithilfe der Bewegungstherapie kann sich die Ich-Stärke dieser Kinder wieder aufbauen. Durch Gruppenspiele (z.B. Mannschafts- und Wettkampfspiele) bekommt jedes einzelne Kind, aber auch die ganze Gruppe positive Bestätigungen. Die Kinder erleben Erfolgserlebnisse, und sie werden so in ihrem Selbstwertgefühl bestärkt, was sie zu Leistungen motiviert und als Grundvoraussetzung für den Aufbau der Ich-Stärke anzusehen ist.

Positive Erfahrungen in der Familie:

Für eine gesunde Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit benötigen Kinder entsprechende günstige Erfahrungen im familiären Umfeld. Kinder in Alkoholikerfamilien machen aufgrund der Alkoholkrankheit in vielen Bereichen negative Erfahrungen: Der zentrale Mittelpunkt des Familienlebens ist der Alkoholiker, so dass die Kinder in ihrer ganzen Person, also mit ihren Wünschen und Bedürfnissen, kaum wahrgenommen werden. Sie erleben häufig eine Vernachlässigung durch die Eltern und auch eine Versagung lebensnotwendiger Bedürfnisse. Um dieses Defizit an positiven Erfahrungen ausgleichen zu können, wird in der Praxis die Eltern-Kind-Arbeit angeboten. (siehe Köppl/Reiners 1987, S.75). Hier erarbeiten sich die Familienmitglieder gemeinsam die Grundlage für einen konstruktiven mitmenschlichen Umgang in der Familie. Diese Erfahrungen können auf das Familienleben übertragen werden, und dieses kann angenehmer gestaltet werden. Die Beziehungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern können betrachtet und in dieser entspannten Situation konstruktiv verändert werden.

Das Kind erfährt viele wichtige Informationen zum Thema Alkohol, so dass es die Verhaltensweisen des Vaters völlig anders einordnen kann. Es wird ihnen auch die Möglichkeit gegeben, eine andere Beziehungsebene zum Vater aufzubauen. Die Eltern-Kind-Arbeit eröffnet neue Kommunikationsmöglichkeiten und lockert die starren Rollenverteilungen in der Familie. Die Wünsche und Bedürfnisse, aber vor allem die Gefühle zum Vater, können angesprochen und geklärt werden.

Dieser Erfahrungsaustausch zwischen den Eltern und ihren Kindern findet meist in einer Gruppe statt, die aus fünf bis sechs Elternpaaren mit ihren Kindern besteht, die jedoch älter als sechs Jahre alt sein sollen.

Eine weitere Arbeitsmethode für Familien stellt auch das Malen von Bildern dar. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.77). Fällt der Familie der verbale Austausch schwer, können sie ihre Gefühle und Bedürfnisse in Bildern ausdrücken. Die verschiedenen Bilder werden den anderen Familienmitgliedern dann erklärt.

Schutz gegen eine Abhängigkeitserkrankung:

Die Eltern vermitteln ihren Kindern als primäre Bezugspersonen Werte, Normen und Einstellungsweisen. Durch das Lernen am Modell und das Nachahmen der elterlichen Verhaltensweisen, übernimmt das Kind in der Alkoholikerfamilie bereits sehr früh unreflektiert die Einstellung der Eltern zum Alkohol. Ihnen wird sehr schnell deutlich, dass das alkoholabhängige Familienmitglied selbst nie zur Verantwortung gezogen wird, so dass die Gefahr besteht, dass die Kinder das Trinken von Alkohol als aktive und geeignete Problemlösungsstrategie in ihr Verhaltensrepertoire mit aufnehmen.

Um dieser Möglichkeit entgegenwirken zu können, erachten Köppl/Reiners (1987, S.77) die Eltern-Kind-Arbeit als angebracht. Die Kinder werden über die Krankheit Alkoholismus und ihre Motive informiert. Im Umgang mit ihrem abhängigen Vater werden ihnen auch Handlungsstrategien aufgezeigt, ihn vor einem Rückfall zu schützen. Die Auseinandersetzungen mit dem Alkoholismus werden noch durch eigene Erfahrungen durch die Väter ergänzt, um sich den Kindern besser erklären zu können und ein gegenseitiges Aufeinanderzukommen zu ermöglichen.

Je besser sie die Krankheit verstehen, um so größer ist die Chance, selbst von der Sucht Abstand zu nehmen. Kindgerechte Filme verdeutlichen den Kindern die Problematik. Die Eltern-Kind-Arbeit will die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern fördern und das Schweigeverbot aufheben. Gemeinsam versuchen die Familienmitglieder, alternative Lösungsstrategien für ihre Probleme zu finden.

Sinnvolle Freizeitgestaltung:

Durch die Probleme, die der Alkohol mit sich bringt, gibt es vielfach kein Familienleben mehr, in dem man gemeinsamen Hobbys nachgeht oder die Freizeit miteinander verbringt. Der Alkohol nimmt die gesamte Familie sowohl geistig als auch zeitlich vollkommen in Anspruch, so dass kaum genug Raum bleibt, um den Wünschen der Kinder nachzugehen, mit ihnen zu spielen oder eine sinnvolle und schöne Freizeitgestaltung vorzunehmen. Auch nach einer Behandlung des abhängigen Elternteils benötigen sie Unterstützung dabei, ihr Leben durch gemeinsame Erlebnisse und Interessen zu verschönern.

Diese Möglichkeit wird der Familie durch die Eltern-Kind-Arbeit eröffnet. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.79). In einer entspannten Situation können sie gemeinsam spielen und etwas unternehmen, so dass sie allmählich ihre innere Anspannung verlieren und die Fähigkeit zurückgewinnen, sich füreinander zu interessieren und gemeinsame Aktivitäten in der Familie zu planen und durchzuführen. Es werden ihnen neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung eröffnet, die ihnen Spaß machen. Die lustigen Situationen lassen sie lockerer werden, und sie helfen ihnen dabei, aufeinander zugehen zu können. Gleichzeitig können sie so wieder Kontakte zu anderen Familien knüpfen und sich einen Freundeskreis aufbauen.

Für Köppl/Reiners (1987, S.79) ist der Anzahl an möglichen Spielen keine Grenze gesetzt, sofern sie Freude bereiten. Sie schlagen Bewegungsspiele vor, Wanderungen, Schwimmen, Malen, Musizieren, Gesellschaftsspiele, Kasperltheater usw.

Spielfreude und Gesprächsbereitschaft:

Das kindliche Spiel ist Voraussetzung für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung. Das Kind gewinnt dadurch auch einen wichtigen Erfahrungsschatz für sein Leben in der Gesellschaft, da es die reelle Gesellschaft im Spiel ausprobiert. Das Alkoholikerkind hat häufig keine kindgerechten Rollen inne, so dass ihm die Notwendigkeit des Spiels nicht zuerkannt wird. Es wächst in einer ängstlichen und gespannten familiären Situation auf, in der sich das Kind weder frei entfalten noch frei spielen kann. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.79). Da das Kind sich aufgrund der Alkoholproblematik in der Familie schämt, grenzt es sich von Gleichaltrigen immer mehr ab, so dass ihm immer mehr Spielgefährten fehlen. Seine Schamgefühle hindern das Kind auch daran, über seine Erlebnisse mit anderen zu sprechen.

In der offenen Kindergruppe kann sowohl die Gesprächsbereitschaft als auch die Spielfreude bei den Kindern wieder geweckt werden. (vgl. Köppl/Reiners 1987, S.80f).

Hier kann das Kind mit all den Spielsachen spielen, die ihm Freude machen und mit denen es zu Hause nicht spielen darf. "In der Kindergruppe stellt sich die Möglichkeit eines Nachreifungsprozesses ein." (a.a.O.). Die Kinder können hier selbstbestimmter spielen und Eigeninitiative zeigen.

Da die Kinder zu Hause häufig vernachlässigt werden, kommt den gemeinsamen Essenspausen eine wichtige Bedeutung zu, da sie sich auch über gemeinsame Probleme unterhalten können und überlegen können, was sie spielen möchten. Die Kinder können dadurch auch leichter den Kontakt untereinander herstellen, und die gleichen familiären Erlebnisse schaffen leichter ein Vertrauensverhältnis unter den Kindern, was die Gruppenstunde entspannter werden lässt. Die Kinder werden ihrem starken Mitteilungsbedürfnis im Laufe der Zeit immer gerechter. Beim Austausch mit Kindern, die die gleichen familiären Erfahrungen gemacht haben, kann ihr Scham- und Schuldgefühl immer mehr in den Hintergrund treten. Sie erfahren dadurch eine enorme Entlastung, und sie beginnen, untereinander Lösungen zu suchen. In der Kindergruppe können all jene Spiele und Aktivitäten angeboten werden, die den Kindern Spaß machen. Bei der Gestaltung der Gruppe sollen ausschließlich die Bedürfnisse der Kinder ausschlaggebend sein, und der Gruppenleiter soll nur bei fehlender Übereinstimmung unter den Kindern intervenieren.

Folgende Spiele sind für die Kindergruppe besonders geeignet (nach Köppl/Reiners 1987, S.81): Ballspiele, Bewegungsspiele im Freien, Schwimmen, Turnen, Wettkampfspiele, Singen, Tanzen, Picknicks, Wanderungen, Malen, Basteln usw.

4.2.3 Sozialpädagogische Interventionen in der ambulanten Arbeit

Insbesondere in der ambulanten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen süchtiger Eltern wurden in den letzten Jahren einige Projekte gestartet und Konzepte entwickelt.

Im Umgang mit diesen Kindern kommen drei Arbeitsformen zur Anwendung:

1. Einzelkontakte: Sie dienen dem Aufbau tragfähiger Beziehungen.
2. Soziale Gruppenarbeit: Den Kindern und Jugendlichen werden Identifikationsmöglichkeiten gegeben.
3. Elternarbeit: Sie dient dem Aufbau neuer familiärer Beziehungen.

(nach Sozialdienst Katholischer Männer e.V. o. J., S.6; vgl. Sonntag in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg 1992, S.26-29).

In der Arbeit mit diesen Kindern gibt es zwei bevorzugte:

1. Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen
2. Familientherapeutisch orientierte Familiengespräche.

Sonntag ist der Überzeugung, dass die Familienarbeit eine notwendige Voraussetzung ist, um die doppelte Zielsetzung der Kindergruppenarbeit anstreben und erreichen zu können. Held (in: Arenz-Greiving/Dilger 1994, S.78-87) betont auch die hohe Bedeutung der Elternarbeit im Rahmen der Arbeit mit Kindern von Suchtkranken.

Die Fachambulanz der Diakonie in Düsseldorf führt seit 1991 das Projekt "Kinderseminar" durch. Als Grundlage ihrer Arbeit dienen ihnen theoretische Konzepte der systemischen Therapie. Ihre integrative Arbeit mit Kindern und Eltern ist auch ein Zei-

chen dafür, dass die Kinder aufgrund ihrer Rolle im Suchtsystem in den Therapieprozess stärker mit einbezogen werden müssen. Die Mitarbeiter dieses Projekts betonen zum einen die Notwendigkeit des Gruppenangebots für Kinder und zum anderen gleichzeitig die Notwendigkeit der Intensivierung der Elternarbeit. (siehe Broich in: Arenz-Greiving/Dilger 1994, S.111-127).

Ziele der Interventionen

Die Situation der Kinder alkoholabhängiger Eltern macht eine spezifische Hilfe für dieses Klientel unbedingt erforderlich. Eine bereits sehr früh einsetzende Unterstützung kann versuchen, der Gefahr entgegenzuwirken, später selbst abhängig zu werden, in zwischenmenschlichen Beziehungen die Rolle des Co-Abhängigen zu spielen oder unter verschiedenen psychischen Störungen zu leiden.

Nach Dilger (in: DHS(2) 1993, S.283) haben die kinderspezifischen Hilfsangebote die Aufgabe, "... Kindern Suchtkranker eine soziale Nachreifung zu ermöglichen und eine sich anbahnende Suchtgefährdung zu verhindern."

Das "Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken" der AGJ in Freiburg, betont die doppelte Zielsetzung für die Arbeit mit diesen Kindern (vgl. Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg e.V. 1994, S.4):

1. Prävention
2. Bearbeitung der bereits sichtbaren Probleme.

Williams (in: Appel 1994, S.95f) betont auch diese zwei Ziele der Intervention, die bei der Arbeit mit diesen Kindern ins Auge gefasst werden.

Durch das frühe Erkennen und Aussprechen des problematischen Umgangs mit Alkohol, sollen im Vorfeld schwerwiegende Alkoholprobleme verhindert werden.

Als zweites Ziel sollen die Verhaltensweisen und Bewältigungsmechanismen aufgedeckt und verändert werden, die aufgrund ihrer Dysfunktionalität "... prädisponierende Risikofaktoren für Problemtrinken oder andere Lebensprobleme darstellen können."

(Williams in: Appel 1994, S.96).

Dilger ist in einer ambulanten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle tätig und verfolgt im Rahmen des "Modellprojekt[s] Arbeit mit Kindern von Suchtkranken" folgende Ziele (vgl. Dilger in: DHS(2) 1993, S.283f):

- Entlastung der Kinder von ihren Schuldgefühlen
- Entlastung der Kinder von ihrer "Elternfunktion" gegenüber den Eltern
- Ermöglichung von "Kind sein" im strukturierten Rahmen
- Bestärkung der Kinder in ihrer situativen, emotionalen Wahrnehmung
- Kindgerechte Aufklärung über Suchtmittelmissbrauch und -gefahren.

Bei der Arbeit mit diesen Kindern konzentrieren sich die Mitarbeiter dieses Modellprojekts vor allem auf diese o.g. fünf Bereiche.

Sonntag (in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg 1992, S.23-30) betont auch die doppelte Zielsetzung der Arbeit mit diesen Kindern, was durch die allgemeine Situation dieser Kinder erforderlich ist.

Der präventive Anteil der Arbeit soll die Entwicklung hin zu einem abhängigen oder co-abhängigen Verhalten bereits im Vorfeld einer eigenen Suchtentwicklung unterbinden. Das zweite Ziel der Arbeit liegt darin, die bereits vorhandenen sichtbaren Störungen zu bearbeiten.

Der Arbeit, die "präventive und störungsbehandelnde Aspekte" (a.a.O., S.25) beinhaltet, liegen zwei Hauptgedanken zugrunde:

1. Die Kinder sollen "einfach Kind sein dürfen", womit Jochen Sonntag meint, dass sie genug Raum zum Spielen und Herumtoben haben und ihnen die Möglichkeit gegeben wird, kreativ zu sein.
2. Die Kinder sollen einen Raum für die Bearbeitung von Problemen erhalten. So steht ihnen ein Ansprechpartner zur Verfügung, der "... ihnen thematische und methodische Anregungen" (Sonntag in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg 1992, S.25) gibt.

Das Erleben des Kindes in einer Familie mit einem alkoholabhängigen Elternteil und die Auswirkungen der durch den Alkohol geprägten familiären Situation, machen in der Kinderarbeit folgende Ziele erforderlich (nach Sozialdienst Katholischer Männer e.V. o.J., S.6; vgl. Blaues Kreuz in Deutschland e.V. 1990, S.8):

Grundsatzziel:

- In der Kindergruppe kann das Kind wachsen und reifen, und es erfährt eine ganzheitliche Persönlichkeitsförderung. Das Kind entwickelt Selbstvertrauen und ein Selbstwertgefühl für sich selbst.

Rahmenziele:

- Die Kinder können ihre verdrängten Gefühle verbal äußern oder auf spielerische Art und Weise ausagieren.
- Die Kinder kennen ihre Stärken und Schwächen und akzeptieren sich damit.
- Sie sind gemeinschafts- und freundschaftsfähig, und sie können sich sozial integrieren, da sie ihre Isolation aufgeben haben.
- Sie setzen sich mit ihren Erlebnissen auseinander und lassen die damit verbundenen negativen Gefühle zu.
- Durch das Zusammensein in der Gruppe entwickeln sie ein Gefühl von Freude, und sie haben Spaß am Spiel.
- Die Kinder können ihre Aggressionen abbauen, und sie kennen verschiedene Formen der Konfliktlösung.
- Sie denken mehr an ihre eigene Person und haben einen "gesunden Egoismus".
- Die Kinder besitzen ein gesteigertes Selbstvertrauen.
- Sie geben Kontrolle an andere ab.
- Sie bearbeiten ihre Schuld- und Schamgefühle.
- Sie sind zur Realitätsbewältigung fähig.
- Die Kinder sind über die Alkoholkrankheit und ihre Folgen aufgeklärt.

Merkmale von ambulanter Gruppenarbeit

Nach Williams (in: Appel 1994, S.97) sollen sich die Interventionen dieser Kindergruppen auf die Familienregeln konzentrieren und die Kinder dabei unterstützen, diese zu überwinden.

Black (in: Appel 1994, S.97) beschrieb drei grundlegende Regeln in Familien mit Alkoholproblemen: "Nicht sprechen, nicht vertrauen, nicht fühlen."

Durch die Gruppenarbeit soll das betroffene Kind dazu befähigt werden, diese Familienregeln durchbrechen zu können.

Williams (in: Appel 1994, S.97) führt die vier Grundelemente von Bingham und Bargar (1985) an, aus denen sich der Großteil der Gruppenprogramme zusammensetzt:

- Aufklärung über Alkoholismus und dessen Auswirkungen auf die Familie
- Identifikation und Ausdruck von Gefühlen
- Entwicklung gesunder sozialer Interaktionen mit Kindern und Erwachsenen
- Entwicklung von gesunden Problemlösungs- und Bewältigungsverhalten.

Im Rahmen der Gruppenarbeit mit diesen Kindern sieht Melbeck (in: Brakhoff-Losch 1990, S.11) folgende Ziele als sinnvoll an:

- Die Kinder können Spontaneität, Fröhlichkeit und Spielfreude erleben.
- Sie lernen eigene Bedürfnisse kennen.
- Sie lernen Forderungen zu stellen.
- Sie akzeptieren ihre ganze Person und nicht nur einzelne Facetten.
- Sie lernen Stärke und Sicherheit bei Erwachsenen kennen.

Bei dem Umgang mit Jugendlichen und Erwachsenen sollen folgende Ziele ins Auge gefasst werden:

- Sie haben kontinuierliche Beziehungserfahrungen.
- Sie gewinnen Vertrauen, dass ihre Erinnerungen und Gefühle richtig sind.
- Sie machen die Erfahrung, dass Konflikte ausgetragen und durch ihr Zutun gelöst werden können.

Mithilfe der Gruppe versucht man, das Kind aus seiner gewohnten Isolation zu holen und die Abschottung von der Umwelt zu unterbrechen. Eine wichtige Aufgabe besteht darin, eine Vertrauensbasis zu den Kindern zu erarbeiten, um Gespräche über die offensichtlichen Probleme, die Symptome, und die dahinter liegende Sucht zu ermöglichen. (nach Grünberg/Lenzen/Wirz in: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 1992, S.35).

Bei der Arbeit mit Kindern aus Familien mit Alkoholproblemen geht es in einer Großzahl der Fälle um die Arbeit in Gruppen. (vgl. Williams in: Appel 1994, S.97). In der Alkoholikerfamilie besteht die ungeschriebene Regel, mit niemandem außerhalb der Familie über die familiäre Situation und die Alkoholproblematik zu sprechen. Das Thema Alkohol wird zum Familiengeheimnis erklärt, das innerhalb der Familie oft geleugnet wird und der Umwelt gegenüber auf keinen Fall preisgegeben wird.

Das Zusammensein mit Kindern, die unter der gleichen Problematik leiden, schafft bei den Kindern eine enorme Erleichterung, da sie dort nicht lügen und vertuschen müssen. Die Gruppe vermittelt ihnen das befreiende Gefühl, doch "in Ordnung zu sein" (Williams in: Appel 1994, S.97) und mit ihren Erfahrungen und Empfindungen nicht allein zu sein. Sie haben dadurch nicht mehr das Gefühl, unter einem Einzelschicksal zu leiden, an dem sie selbst Schuld sind. Vielmehr wird ihnen der Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Eltern und den Symptomen einer Suchterkrankung deutlich gemacht. (nach Dilger in: DHS(2) 1993, S.284).

In der Gruppe erfahren sie dahingehend eine Entlastung, dass sie die Eltern, die sie lieben, nicht als schlecht ansehen, sondern sie ihre Krankheit erkennen. In einer Gruppe mit Kindern, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben, verspüren die Kinder weniger Scham- und Schuldgefühle, über die Probleme, die sie mit ihren Eltern haben, zu sprechen, und das Tabuthema kann sich allmählich auflösen.

Innerhalb der alkoholabhängigen Familie kommt es im Laufe der Zeit zu einer immer rigideren Rollenverteilung unter den Familienmitgliedern. So nehmen auch die Kinder häufig unangemessene und, gemessen an ihrem Entwicklungsstand, überfordernde Rollen an. (vgl. Brakhoff 1987, S.118). Diese Rollen (z.B. der Clown, der Sündenbock, der Held) zeigen sie nicht nur in ihrem gewohnten familiären Umfeld, sondern

auch in anderen Kontexten wie z.B. in der Schule oder auch in der Gruppe. Die Kinder kommen mit diesen internalisierten Rollen in die Gruppe.

Die Gruppenarbeit eröffnet den Kindern die Chance, ihr starres Rollenmuster aufzulösen und ihr Verhaltensrepertoire zu erweitern. (siehe Dilger in: DHS(2) 1993, S.288; nach Sonntag in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg 1992, S.25). Das Rollenmuster der Kinder kann dadurch erweitert werden, dass die Kinder auch die Verhaltensweisen der anderen Rollen erleben und ausprobieren können. In der Gruppe lernt ein Held z.B. auch sich zu wehren.

Die familiäre Atmosphäre der Kinder abhängiger Eltern ist vielfach durch Inkonsistenz und Unzuverlässigkeit gekennzeichnet. Durch den Alkoholkonsum sind die Eltern häufig Stimmungsschwankungen erlegen, und sie zeigen ein völlig unberechenbares und unvorhersehbares Verhalten. Die Kinder erleben dadurch das Gefühl von Unsicherheit, so dass es ihnen häufig schwer fällt, vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen. So sind diese Kinder mit ihren Erlebnissen in der Familie vielfach alleingelassen, und die Auseinandersetzung mit ihren Erfahrungen findet zu meist in ihrer sozialen Isolation statt. Ein offenes Gespräch mit einem Außenstehenden über ihre Probleme in der Familie bedeutet für sie einen Verrat an den Eltern.

Im Bereich der Kinderarbeit gibt es unterschiedliche Methoden. Bei der Arbeit mit diesen Kindern kommt der sozialen Gruppenarbeit jedoch eine besondere Bedeutung zu. (nach Sonntag in: Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg 1992, S.26f; vgl. AGJ 1994, S.4).

Das "Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken" arbeitet auch nach den Prinzipien der Gruppenarbeit, da man dadurch den Bedürfnissen dieser Kinder am besten gerecht werden kann. In den Kindergruppen versuchen die Verantwortlichen dieses Projekts "... den Kindern einen Rahmen zu bieten, der geprägt ist von Stabilität, insbesondere Beziehungsstabilität und Stabilität des Angebots, als auch von Verlässlichkeit und Klarheit in der Haltung des/der jeweiligen Betreuers/-in." (AGJ 1994, S.9-25).

Die nachfolgend aufgeführten konzeptionellen Gesichtspunkte der Kindergruppenarbeit lehnen sich an die Arbeitsweise von "Maks" an - "Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken".

Prinzipien der Gruppenarbeit

Stabilität, Verlässlichkeit, Klarheit:

Die Gruppenarbeit mit diesen Kindern muss strukturiert sein. Die Strukturen müssen für die Kinder durchschaubar und klar sein; die nachvollziehbaren Strukturen werden von den Kindern auch akzeptiert. Die Kontinuität des Gruppenangebots und die gemeinsamen Erlebnisse der Kinder stellen eine notwendige Voraussetzung für einen Beziehungsaufbau dar. Die Beziehungen entlasten das Kind, da über das Tabuthema Sucht nicht mehr geschwiegen werden muss: Es hat die Möglichkeit, die Probleme mit der Gruppe oder den Mitarbeitern zu besprechen. Der äußere stabile Gruppenrahmen hilft den Kindern, Vertrauen zueinander und zu den Mitarbeitern aufzubauen, so dass sie ihre Isolation und ihre Schuldgefühle immer mehr abbauen können. Die Kinder können in einem verlässlichen Rahmen neue Erfahrungen in ihrem Verhalten sammeln und ihre starre Rolle verändern oder aufgeben.

Es muss auch eine Klarheit in der Beziehung bestehen und in der Person des Betreuers. An oberster Stelle stehen bei diesem Projekt die Bedürfnisse der Kinder, die den Ablauf bestimmen. Sie sollen sie ausleben können, also einfach Kind sein dürfen.

Kontinuierliche Gruppenkontakte:

(nach AGJ 1994, S.11)

Kinder aus Suchtfamilien benötigen einen gut strukturierten Rahmen, der in ihrer Familie vielfach nicht gegeben ist. Ein Kennzeichen der familiären Situation ist die Desorientierung. Die Kinder treffen sich einmal wöchentlich zu einem fest vereinbarten Termin, der eineinhalb Stunden dauert. Die Gruppe findet zu einem Zeitpunkt statt, an dem alle Kinder regelmäßig teilnehmen können. Auch in den Ferien besteht dieses Angebot fort; für viele ein Urlaubersatz.

In der Kindergruppe kann es auch zu Strukturveränderungen kommen. So müssen die Kinder z.B. rechtzeitig davon informiert werden, dass eine Gruppenstunde ausfällt, sie sich jedoch an einer anderen Gruppe beteiligen können. Sie benötigen jedoch Zeit, sich auf die neue Situation einzustellen.

Es ist wichtig, den Kindern bestimmte Gegebenheiten klar, durchschaubar und verständlich zu machen. Die Kinder werden am Entscheidungsfindungsprozess beteiligt, so dass dieser auch nachvollziehbar wird.

Verbindlichkeit der Gruppentermine:

(nach AGJ 1994, S.11-14)

Ein Vertrauensaufbau zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern und den Mitarbeitern ist nur dann möglich, wenn die Kinder regelmäßig an den Gruppenstunden teilnehmen. Sie und ihre Bezugspersonen werden auf die Verbindlichkeit der Treffen hingewiesen und somit auch auf ihre Pflicht, das Fehlen zu entschuldigen. Die Gruppentermine werden gemeinsam mit den Kindern für zwei Monate im Voraus festgelegt; eventuelle Änderungen werden frühzeitig mitgeteilt. Die Bezugspersonen können sich so über Termine informieren. Fehlt ein Kind, so wird gemeinsam mit ihm nach den Gründen gesucht und überlegt, warum es nicht mehr kommt. Es ist wichtig, dass die Mitarbeiter das Fernbleiben von der Gruppe ansprechen und zusammen mit dem Kind thematisieren.

Pünktlichkeit:

(nach AGJ 1994, S.14f)

Ein wichtiges Prinzip der Kindergruppe ist die Pünktlichkeit. Kinder, die zu früh kommen, beschäftigen sich vielfach selbst oder sie suchen die Gelegenheit für ein Einzelgespräch. Das Zuspätkommen wird mit älteren Kindern zunächst selbst besprochen, während bei jüngeren Kindern sofort ein Gespräch mit den Bezugspersonen notwendig ist, in dem die Unpünktlichkeit thematisiert wird.

Strukturen im Ablauf einer Gruppenstunde:

(nach AGJ 1994, S.15f)

Das Gruppenprogramm soll zum einen eine Struktur besitzen, also deutliche Regeln und Grenzen beinhalten und zum anderen soll eine gewisse Flexibilität erhalten bleiben. Auch die Gruppenstunde soll weitgehend strukturiert und planmäßig verlaufen, so dass außerhalb der Gruppe liegende Störungen weitgehend verhindert werden sollen. Es wird ein Gruppenstundenplan für einige Stunden im Voraus aufgestellt: Zunächst wird auf die Vorschläge der Kinder eingegangen und gemeinsam mit ihnen ihre Realisierbarkeit besprochen. Zusammen mit den Kindern wird der Gruppenplan besprochen und das, was zu einem späteren Zeitpunkt verwirklicht werden kann oder überhaupt nicht realisiert werden kann. Sie lernen so, ihre Wünsche zu äußern, Bedürfnisse durchzusetzen, aber auch darauf zu verzichten. Der festgelegte Plan sollte jedoch so flexibel sein, dass auf die Bedürfnisse während der Stunde noch eingegangen werden kann.

Der Anfang und das Ende der Gruppenstunde sind in jeder Stunde identisch: Bei einem Blitzlicht haben sie die Möglichkeit darüber zu sprechen, was sie bewegt, worauf entweder in der Gruppe eingegangen wird oder später in einem Einzelgespräch. Zum Abschluss wird gemeinsam aufgeräumt und die nächste Stunde besprochen.

Durch die kontinuierlichen Gruppentreffen können sich die Kinder besser kennen lernen und Vertrauen zueinander aufbauen. Um den Kontaktaufbau zwischen den Kindern zu fördern, ziehen sich die Gruppenleiter in solchen Momenten eher zurück. Eine gemeinsame Ferienfreizeit aller Kindergruppen dieses Projekts unterstützen die Kinder dabei, neue Beziehungen aufzubauen und den anderen Gruppenmitgliedern aufgeschlossener zu begegnen. Bei gemeinsam gefeierten Festen können sich auch die Kinder aus den verschiedenen Gruppen untereinander kennen lernen.

Den Kindern wird jede Woche ein verlässlicher und geschützter Gruppenrahmen geboten, so dass sie sich auf die Gruppe einstellen können. Auf veränderte Situationen werden sie rechtzeitig vorbereitet, um sich darauf einstellen zu können.

Kontinuität in der Person des Gruppenleiters:

Damit das Kind eine Vertrauensbasis zum Gruppenleiter aufbauen kann, muss der Betreuer eine längere Zeit in der Gruppe mitarbeiten, um ein kontinuierliches Bezie-

hungsangebot gewährleisten zu können. Auch die Durchführung der Freizeiten wird von diesen Mitarbeitern übernommen, für die Kinder fremde Personen nehmen nur selten daran teil.

Sicherheit in der Beziehung:

In der Kindergruppe soll eine entspannte und angstfreie Atmosphäre bestehen, in der die Kinder ihre Gefühle - wie z.B. Wut, Angst - äußern können, ohne dabei eine Beziehung zum Betreuer aufs Spiel setzen zu müssen. Das Kind macht die Erfahrung, Probleme und Konflikte ohne Angst äußern zu können. Der Betreuer soll ein konsequentes Verhalten zeigen, so dass das Kind ihm gegenüber eine Sicherheit verspürt.

Klarheit in der Haltung gegenüber Dritten:

Im geschützten Rahmen der Gruppe soll den Kindern die Möglichkeit gegeben werden, angstfrei über ihre Probleme zu sprechen. Im Umgang mit den Kindern ist es wichtig, ihnen zu zeigen, dass sie in die Gruppe und den Betreuer Vertrauen haben können und sie nicht die Befürchtung haben müssen, dass Informationen ohne ihr Wissen an andere weitergegeben werden. So wird mit den Kindern über die Notwendigkeit und die Inhalte der Elterngespräche gesprochen. Die Verhaltensweisen des Betreuers müssen für das Kind nachvollziehbar und klar sein, so dass es keine Ängste entwickeln muss.

4.2.4 Kindertherapeutische Betreuung in einem Kinder- und Jugendheim

Kinder mit suchtkranken Eltern leben in einer Suchtatmosphäre, die einen negativen Einfluss auf ihre Entwicklung hat. Die Reaktionen der Kinder auf die familiäre Situation sind individuell sehr verschieden, und so sind auch die Auswirkungen der elterlichen Suchtproblematik in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung unterschiedlich.

Aus verschiedenen Gründen kann manchen Kindern aus Suchtfamilien nur noch durch eine Unterbringung in einem Kinderheim geholfen und Entwicklungsstörungen entgegengewirkt werden, da das Angebot der ambulanten Hilfsangebote diesen Kindern nicht genügend Unterstützung geben kann, um ihre familiäre Situation zu bewältigen. (nach Haist in: DHS 1995, S.201).

Haist (in: DHS 1995, S.201-207) leitet gemeinsam mit ihrem Mann das "Sonnenheim", ein heilpädagogisches und familientherapeutisch arbeitendes Kleinstheim, in dem 90% der Kinder aus Suchtfamilien stammen.

Neben der Arbeit mit den betroffenen Kindern, sehen sie auch die Elternarbeit als einen wichtigen Bestandteil ihrer Arbeit an. Die Autorin sieht es als eine notwendige Voraussetzung an, die Kinder in die Therapie der Eltern zu integrieren und ebenso die Eltern in die Behandlung ihrer Kinder miteinzubeziehen. Sie lehnen eine isolierte Symptombehandlung ab.

Da die Heimeinweisung mit dem Ziel der Wiedereingliederung in die Familie geschieht und viele Kinder trotz traumatischer Erlebnisse wieder zu ihren Eltern zurück wollen, ist die Arbeit mit der Familie im Rahmen der Therapie des Kindes bzw. seiner Heimunterbringung notwendig. So benötigt die Familie darin Unterstützung, alternative und lebbare Umgangsformen zu lernen und neue Beziehungsstrukturen kennen zu lernen.

Bei der Arbeit mit diesen Kindern werden im Kinder- und Jugendheim folgende Ziele angestrebt (vgl. Haist in: DHS 1995, S.203):

- Sie bekommen Schutz und werden von der Verantwortlichkeit entlastet.
- Die Mangelsymptome werden behandelt.
- Den Kindern wird ein verlässliches Beziehungsangebot gemacht, so dass sie ein Vertrauensverhältnis aufbauen können.
- Sie erfahren Anleitung und bekommen Vorbilder.
- Es werden Grenzen gesetzt und Freiraum gegeben; es werden Regeln aufgestellt, und es bestehen Verbindlichkeiten, eine Struktur und Klarheit.
- Die Kinder werden in ihrer Person akzeptiert und erhalten Rückzugsmöglichkeiten.

- Ein Ziel der Arbeit ist der Aufbau eines realistischen und positiven Selbstwertgefühls und die Entwicklung von Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein.
- Die Kinder sollen neue Lebenstechniken erlernen.
- Sie lernen ein alters- und entwicklungsgemäßes Verantwortungsgefühl.
- Die Kinder sollen ihre soziale Anpassungs- und Durchsetzungsfähigkeit lernen.
- Ihnen soll die Möglichkeit eröffnet werden, Kind sein zu können.
- Sie werden über den Suchtmittelmissbrauch aufgeklärt.

Im Rahmen spezifischer Hilfsangebote (z.B. Musikpädagogik, Kunstradgruppe usw.), aber im Wesentlichen im Zusammenhang mit der alltäglichen Erziehung, sind die o.g. Ziele anzustreben, da der pädagogische Alltag wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt. Deshalb müssen diese Ziele beim ständigen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen fortwährend im Mittelpunkt der Bemühungen stehen.

Nach Ansicht von Haist (in: DHS 1995, S.205) ist die Lust durch den Abbau von Lustdefiziten bei gleichzeitigem Unterbinden des Strebens nach Lust ohne Anstrengung zu bekämpfen. So sieht sie es als wichtig und notwendig an, dass die Kinder am Alltagsleben mitbeteiligt sind und selbstständig und eigenverantwortlich handeln. Die an sie gestellten Forderungen können von ihnen erfüllt werden, sie bekommen eine positive Verstärkung, und sie erfahren eine stärkere Konzentrierung auf ihre Person. Indem es sich über seine eigenen Interessen und Bedürfnisse bewusst wird, soll das Streben nach "Lust ohne Anstrengung" (Haist in: DHS 1995, S.205) weniger werden. Das Kind bekommt ein eigenes Gefühl für seine Fähigkeiten, so dass es auch mit den Anforderungen des Lebens fertig werden kann.

Um dem Ziel einer Rückführung in die Familie näher kommen zu können, ist es neben einer Zusammenarbeit mit anderen Hilfestellen notwendig, mit den Eltern zu arbeiten. (vgl. Haist in: DHS 1995, S.206f). Im Kinder- und Jugendheim Sonnenheim werden z.B. Elterngespräche, Elternwochenenden und Familienaktivitäten durchgeführt.

Folgende Ziele der Elternarbeit werden angestrebt:

- Die Beziehungsmuster, die Rollen und Regeln in der Familie werden bearbeitet.
- Die Eltern sollen auf das Leid der Kinder aufmerksam gemacht werden.

- Es sollen Grundlagen für einen neuen Beziehungsaufbau zwischen den Kindern und ihren Eltern geschaffen werden.
- Die Ängste und Schuldgefühle der Eltern sollen bearbeitet werden.
- Die Blockade zwischen den Eltern und ihren Kindern soll abgebaut werden.
- Mit den Eltern sollen neue Kommunikationsmöglichkeiten erarbeitet werden.
- Der Erziehungsstil wird reflektiert.
- Sie bekommen bei Erziehungsfragen Unterstützung.
- Sie erfahren auch praktische Erziehungshilfen.
- Die Freizeitgestaltung der Familie soll aktiviert werden.

4.2.5 Elternarbeit im Kontext der sozialpädagogischen Kinderarbeit

Der Elternarbeit kommt im Rahmen der Kinderarbeit eine große Bedeutung zu.

Held (in: Arenz-Greiving/Dilger 1994, S.78-87) führt drei verschiedene Arten von Elternkontakten an, die unterschiedliche Inhalte und Ziele im Hinblick auf eine sinnvolle Arbeit mit diesen Kindern verfolgen:

Elternerstgespräche:

Suchen Eltern gezielt Hilfe für ihre Kinder, so ist ihnen bewusst, dass der Alkohol auch Folgen für ihre Kinder hat. Bevor die Arbeit mit dem Kind beginnt, wird ein Gespräch ausschließlich mit den Eltern durchgeführt mit folgenden Zielen und Inhalten:

- Den Eltern wird das Projekt vorgestellt und die Gruppe dargestellt, in die das Kind aufgenommen werden soll. Den Eltern können dadurch Ängste genommen werden.
- In diesem Gespräch werden die Bedürfnisse und Erwartungen der Eltern kennen gelernt.
- Die aktuelle Familiensituation soll von den Eltern dargestellt werden, und sie sollen dem Gruppenleiter die Vergangenheit des Kindes mit wichtigen Lebensereignissen erzählen.

- Bevor das Kind in eine Kindergruppe aufgenommen wird, müssen die Eltern ihr Einverständnis geben, dass das Kind in der Gruppe alles uneingeschränkt erzählen darf. Darüber hinaus ist eine weitere notwendige Voraussetzung für die Teilnahme an den Gruppenstunden die Zustimmung beider Elternteile.
- Wenn das Kind die Kindergruppe besucht, müssen die Eltern sich zu regelmäßigen Gesprächen bereit erklären.

Kontinuierliche Elterngespräche:

Die Elterngespräche, die je nach Anliegen der Eltern, in der Regel alle paar Wochen stattfinden, beinhalten auch unterschiedliche Inhalte und Ziele. Durch die kontinuierlichen Kontakte behält der Gruppenleiter einen Überblick über die familiäre Situation, so dass Verhaltensweisen des Kindes in einem bestimmten Zusammenhang stehen und entsprechend eingeordnet werden können und richtig darauf reagiert werden kann. Ein gegenseitiger Austausch über die Auffälligkeiten der Kinder ist möglich, so dass Störungen frühzeitig erkannt und angegangen werden können.

Inhalte und Ziele:

- Der Gruppenleiter erhält von den Eltern Informationen über die momentane familiäre Situation.
- Der Gruppenleiter bespricht mit den Eltern das veränderte Verhalten oder das Fehlen des Kindes.
- Der Gruppenleiter gibt den Eltern Hilfestellungen bei Entscheidungen (z.B. Schulwechsel); er unterstützt sie in organisatorischen Angelegenheiten; sie besprechen gemeinsam ihren Erziehungsstil.

Weitere Möglichkeiten der Elternarbeit:

In der Praxis gibt es auch noch weitere Formen der Elternarbeit. (nach Held in: Arenz-Greiving/Dilger 1994, S.86f):

- Manche Familien fordern ein gemeinsames Gespräch zwischen dem Gruppenleiter, den Eltern und dem Kind. Die Eltern und die Kinder wollen dann Dinge besprechen, die sie alleine nicht ansprechen können.
- Die psychosozialen Beratungsstellen bieten auch Veranstaltungen für alle Eltern an, wie z.B. Elternabende, bei denen den Eltern Austauschmöglichkeiten untereinander gegeben werden. Gemeinsame Themengebiete können besprochen werden.
- Der Kontakt zwischen den Eltern wird auch durch gemeinsame Feste mit den Eltern und ihren Kindern gefördert.

Die Konzeptionen der Blaukreuz- Präventionsarbeit (Blaues Kreuz in Deutschland e.V. 1990, S.8) und des Sozialdienstes Katholischer Männer e.V. (o. J., S.7) sehen folgende Ziele der Elternarbeit vor:

- Die Eltern sind sich über die Auswirkungen des Alkohols auf ihre Kinder und die damit verbundenen Gefühle bewusst.
- Die Eltern übernehmen Verantwortung für sich und ihre Familie und sind zu Veränderungen bereit. (vgl. Blaues Kreuz in Deutschland e.V. 1990, S.8).
- Die Eltern bearbeiten ihre Schuld- und Schamgefühle.
- In der Elternarbeit wird an den Grenzen gearbeitet, so dass in der Familie die Generationsgrenzen eingehalten werden und eine Normalhierarchie besteht.
- Durch das Vorbild des Gruppenleiters haben sie die Chance zur Veränderung.
- Sie bekommen praktische Erziehungshilfen und Unterstützung im Umgang mit ihren Kindern.
- Die Eltern erhalten Anregungen für ihre Freizeitgestaltung.
- Die Eltern sind offener, aufgeschlossener und kommunikativer. (nach Sozialdienst Katholischer Männer e.V. o. J., S.7)

4.3 Facetten einer Konzeptentwicklung

Ausgehend von der SPFH als Kernstück der Jugendhilfe sollen im Folgenden mögliche Aspekte eines übergreifenden Konzepts Sozialer Arbeit mit Multiproblemfamilien dargestellt werden, welches Grenzen einzelner Arbeitsformen überschreitet. Während die Grundform des restaurativen Ansatzes von dem Autor kategorisch abgelehnt wird, spricht sich der Autor für Aspekte der SPFH mit der Perspektive der Stadtteil/ Gemeinwesenarbeit aus, d.h. für den Vorteil, mit systemischen Begriffen neben der Beschreibung von Problemen auf der Mikroebene genauso Phänomene und Prozesse auf der Meso- und Makroebene, also größeren sozialen Systemen wie etwa Organisationen und Gemeinwesen beschreiben zu können. Weiterhin werden Teile der SPFH als praktische Lebenshilfe eingebaut und auch Aspekte aus dem methodischen Ansatz der SPFH, der vorwiegend von der systemischen Familientherapie beeinflusst wurde, d.h. neben konkretem, ressourcenorientiertem Handeln werden systemisch orientierte Techniken eingearbeitet, um im Zusammenspiel der Verschränkung ökonomischer Belastungen mit psychisch, familialen Problemen angemessen begegnen zu können. In der nachfolgenden Konzeptentwicklung werden keine Familienmitglieder – auch nicht die Kinder – gesondert betrachtet; es geht immer um Hilfe für die Gesamtheit, die dann auch Hilfe für den Einzelnen bedeutet.

4.3.1 Kooperation und Vernetzung

Das Bild von der sozialräumlichen Perspektive wird als die Besonderheit der Sozialen Arbeit allgemein und nicht nur für eine sinnvolle Arbeit mit Familien gegenüber anderen, benachbarten Berufen angesehen: Es geht insbesondere bei Multiproblemfamilien immer um die Familie in ihrer sozialen Umgebung. Die Familie befindet sich in einer Problemlage, die wesentlich durch kritische Interaktionsprozesse mit seiner sozialen Umgebung bestimmt werden, die wiederum entscheidend mitgestaltet werden von Prozessen, oft Diskriminierungen und Benachteiligungen, auf den unterschiedlichen

gesellschaftlichen Ebenen. Um die Familie zu befähigen, mit die Existenz bedrohenden Konflikten besser umzugehen, gilt es, die systematisch gefundenen Stärken und Umweltressourcen, die immer vorhanden sind und bisher das Überleben gesichert haben, zu aktivieren. Dies ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit, d.h. über die Einzelfallarbeit hinaus, sind gemeinwesenorientierte Aspekte zu beachten.

4.3.1.1 Gemeinwesenorientierte Aspekte

Im Hinblick auf Problemfamilien, "die sich aufgrund extremer Belastungen zwar in großer Not befinden, diese Not und den entsprechenden Bedarf an Hilfe aber nicht in Form eines Hilfeersuchens verbal zum Ausdruck zu bringen vermögen und in vor-sprachlicher Form auf ihre Not und ihren Hilfebedarf durch das Zeigen schwerwiegender Symptome aufmerksam machen" (Pfeiffer-Schaupp 1997, S.18), werden Einrichtungen benötigt, deren Organisation an das Familiensystem angepasst ist, da nur so integrierte methodische Arbeit geleistet werden kann. Entsprechend gemeinwesenorientierter Grundsätze muss die Einrichtung deshalb zum Lebensraum der Familie gehören, indem sie dort präsent ist. z.B.: Die SPFH findet ihre Platzierung inmitten eines Stadtteils bzw. Brennpunkts in Form einer Außenstelle und als Dienstleistungseinrichtung für bestimmte BürgerInnen in diesem Stadtteil. Dieser Stadtteilbezug steht der Zentralisierung von sozialen Einrichtungen entgegen, und er hat große methodische Bedeutung. Die HelferInnen haben dadurch die Möglichkeit, über die Einzelfallarbeit (Geh-Struktur) hinaus die Hilfesuchenden in ihrem sozialen Kontext wahrzunehmen und zu erleben und den Familien die weiteren Angebote des Stadtteils zugänglich zu machen. Als praktischer Vorteil bieten sich auch die kurzen Wegzeiten sowohl für die Hilfesuchenden als auch die HelferInnen. Die Hemmschwelle, die Beratungsstelle neben der Hilfe im at home setting aufzusuchen, ist zudem für die Hilfesuchenden viel kleiner als bei zentralen Einrichtungen und reduziert sich noch zusätzlich dadurch, dass die Einrichtung in ein Bürgerhaus integriert ist, in dem auch viele andere Aktivitäten stattfinden. Das Aufsuchen der Beratungsstelle ist also nicht mit Stigmatisierung

verbunden. Weiterhin müssen Einrichtungen, um der Ganzheitlichkeit familiärer Lebenszusammenhänge zu entsprechen, kooperativ organisiert sein. Lineare Machtstrukturen im Inneren müssen durch Gruppen- bzw. Teamarbeit ersetzt werden. Es sollte also nicht mehr in der Weise gearbeitet werden, dass die Mitarbeiter Teile zusammengehörender Arbeitsvorgänge in Einzelarbeit erledigen und anderer Mitarbeiter da fortsetzen, wo diese aufgehört haben, und dass die Arbeit hierarchisch nach dem Prinzip der Über- und Unterordnung koordiniert wird. Insbesondere die Integration der Krisenintervention in die Anfangsphase der SPFH bei der Arbeit mit alkoholbelasteten Problemfamilien bietet sich an (vgl. Schuster 1997). An der Kontaktstelle zwischen Einrichtung und Familie sollten sich aufgrund kooperativer Organisation einfache Zuständigkeiten ergeben. Entsprechend gilt es immer die zwei entstehenden Rollensysteme zu beachten, d.h. die Beziehung zwischen Familienhelfer und Familienmitgliedern und die Rollen innerhalb sozialer Einrichtungen.

1. "SPFH hat auf mehreren Ebenen anzusetzen. Dazu ist eine Vernetzung mit unterschiedlichen kommunalen, regionalen oder überregionalen gesellschaftlichen Einrichtungen notwendig.
2. Hilfe darf nicht nur im Alltagsgeschehen der Familie stattfinden, sie muss, wenn notwendig, auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändern.
3. SPFH muss den Kontakt zum konkreten Umfeld, in dem die Hilfesuchenden leben, suchen. Sie muss an der Verbesserung des Umfeldes mitbeteiligt sein. Aus diesem Grund und auch um eine bessere Einbindung der HelferInnen zu erreichen, ist die Hilfeeinrichtung dezentral und stadtteil- oder auf eine andere sinnvolle geografische Einheit bezogen zu organisieren.
4. Ökonomische Faktoren im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse – aber auch Berücksichtigung qualitativer Faktoren – sind u.a. auch zur Legitimation der Arbeit einzubeziehen."

(Kegan 1986, S.28ff).

4.3.1.2 Einzelfallbezogene Netzwerkarbeit

Netzwerkarbeit mit Familien muss die Ängste von Multiproblemfamilien beachten und die Grenzen der Familien sowohl respektieren als auch maßvoll herausfordern. Netzwerkarbeit kann konkret folgende Formen annehmen:

- Die FamilienhelferIn stellt ihr Wissen über die Dienstleistungen in der Kommune zu Verfügung und versucht herauszufinden, welche für die Familie brauchbar sind.
- Sie begleitet die Familienmitglieder zunächst in bestimmte Angebote.
- Es gibt Gruppen, in denen die Familien, die durch SPFH betreut werden, unter sich sind und Mitgliedschaft erproben können (Mütter- und Kindergruppen, Familienfreizeiten etc.), so dass sie die Angst davor verlieren, ausgegrenzt, verlacht oder nicht akzeptiert zu werden.
- Es gibt Gruppen, in denen Familien, die durch SPFH betreut werden, sich mit anderen aus dem Stadtteil treffen.
- Mit Familien muss im Verlauf einer SPFH erarbeitet werden, welche Unterstützungsangebote im Netzwerk sie in Zukunft nutzen möchten, auf welche sie notfalls zurückgreifen können.

(Helming et al. 1999, S.365)

Die Vernetzung bezieht sich auf drei Bereiche. Erstens auf die Vernetzung von Familien mit Behörden, Institutionen, Rechtsberatung, Suchtberatung, etc., also auf Kooperationspartner, die durch spezifisches Wissen SPFH ergänzen. Zweitens auf informelle Unterstützungsleistungen und die Organisation von Sachmitteln und drittens geht es bei der Vernetzung um Freizeitangebote, öffentliche Bibliotheken, Kuren, etc. (ebd.).

Der Autor merkt an, dass dem Netzwerk im Gesamtzusammenhang der Hilfe für Multiproblemfamilien überwiegend entlastende Funktion zukommt. Hierbei wird davon ausgegangen, dass der Einsatz des Netzwerkes nicht nur vorübergehend kompensatorische Leistungen für die Familien erbringen soll, bis die Aktivierung der Familie ein

befriedigendes Ausmaß erreicht hat. Vielmehr muss angesichts der erheblichen Konfliktfülle der Problemfamilien bei Wegfall des Netzwerkes mit schweren Einbrüchen in das familiale Gleichgewicht gerechnet werden. Kontinuität des individuell am familialen Bedarf orientierten Netzwerkes ist zwingende Voraussetzung zur Sicherung der erreichten Aktivierung der Familie. Der Fortbestand des Netzwerkes ist deshalb auch über den Zeitraum der Hilfeleistung durch die SPFH hinaus zwingend.

4.3.2 Systemisch orientierte Techniken die auf verschiedenen Ebenen ansetzen können

Folgende beispielhaft ausgewählte Techniken können u.a. von SozialarbeiterInnen sowohl auf der strukturellen Ebene, auf der Ebene der Kommunikation und Beziehung als auch auf der Handlungsebene wirkungsvoll eingesetzt werden. D.h. Bildung von Hypothesen, zirkuläres Fragen etc. lassen sich den grundsätzlichen Schritten des Problemlösens zuordnen:

- das Problem: das Familienproblem, die Suche nach geeigneten Hypothesen und Interventionen (mithilfe eines Genogramms)
- die Lösungsversuche: die Informationsgewinnung (u.a. durch zirkuläres Fragen), die Formulierung und Überprüfung von Hypothesen (u.a. durch zirkuläres Fragen)
- das Eliminieren ungünstiger Lösungswege: die Aufgabe von nicht bestätigten Hypothesen, die Übernahme von geeigneten Hypothesen

(Popper 1994, S.74)

Die systemische Betrachtungsweise ist an Regeln des Familienspiels und an Verhaltensweisen interessiert, die sich häufig wiederholen. Weiterhin ist die Frage nach der Bedeutung dieser Muster und Regeln wichtig. Um solche Regeln und Redundanzen (sich wiederholende Verhaltenssequenzen) zu erkennen, ist es in der systemischen Therapie gebräuchlich, Hypothesen zu bilden, die u.a. zur Strukturierung der Auf-

merksamkeit des Beraters sinnvoll sind. Solche Hypothesen scheinen auch und gerade für die Soziale Arbeit sinnvoll zu sein, denn laut Schlippe "liegt der Wert einer vorläufigen, im weiteren Verlauf zu überprüfenden Annahme über das was ist, in der Frage, ob sie nützlich ist" (2000, S.117). D.h. es geht nicht darum, die "eine richtige" (ebd.) Hypothese zu finden. Vielmehr führt die Vielfalt der Hypothesen auch zu einer Vielfalt von Perspektiven und Möglichkeiten. Eine systemische Hypothese ist mit "umso größerer Wahrscheinlichkeit passend und nützlich, je mehr Mitglieder eines Problemsystems sie umfasst und je mehr sie in der Lage ist, die Handlungen der verschiedenen Akteure in wertschätzender Weise zu verbinden" (a.a.O., S.118). Hypothesen sind ebenso brauchbar, wenn sie neue Information in ein System einführen können, z.B. um dem Helfer neue Sichtweisen zu ermöglichen. Diese kann der Helfer dann natürlich seinerseits wieder in das Klientensystem einführen. In der Praxis kann der Prozess der Hypothesenformulierung mit Schwierigkeiten verbunden sein. In der SPFH geht es vor allem auch darum, ressourcenorientierte Hypothesen zu formulieren und sich und die Familie darauf neugierig zu machen – häufig kein leichtes Unterfangen, d.h. es bedarf ein wenig Übung.

Kritisch anmerken lässt sich an dieser Stelle, dass in der Sozialen Arbeit die institutionalisierte Außenperspektive zu jeder reflektierten professionellen Beratung gehört. Nicht nur die Supervision, sondern auch Gespräche mit KollegInnen können dafür genutzt werden, Hypothesen zu bilden bzw. weiterzuentwickeln – es waren nicht die Systemiker, die die Außen- bzw. Metaperspektive erfunden haben.

Institutionslandkarte

Pfeiffer-Schaupp (1997, S.197ff) schlägt folgende Maßnahmen oder Strategien vor: "Sozialarbeiter sollten sich selbst zunächst einen Gesamtüberblick über das Familien-Helfer-System verschaffen, bevor sie `die Ärmel hochkrempeln` und mit dem Helfen loslegen. Zu klären ist, wer welche Strategievorstellungen hat und wie wohl die anderen Helfer reagieren, wenn diese oder jene Maßnahme vorgeschlagen wird" (a.a.O., S.200).

Nützlich kann es in diesem Zusammenhang sein, sich die Helfer-System-Dynamik anhand einer Institutionslandkarte grafisch darzustellen. Sie soll dazu verhelfen das eigene "problemrelevante" (a.a.O., S.246) System vereinfacht darzustellen und u.U. vorhandene konkurrierende Meinungen hinsichtlich des bestehenden Problems und seiner Ätiologie, bevorzugte Schuldzuweisungen, Konkurrenzdynamiken, chronische Abwertungen, Koalitionen etc. deutlich zu machen. Gemäß Pfeiffer-Schaupp (ebd.) erfolgt die Anfertigung anhand eines Frageleitfadens:

Fragenkatalog zur Anfertigung der Institutionslandkarte

1. Entscheidungsstrukturen: Wer hat was zu sagen? Wo sind die Unterschiede zum offiziellen Organigramm?
2. Gegner und Verbündete: Wer stört oder ärgert mich am meisten? Wen mag ich? Wer unterstützt mich?
3. Das Typische: Welche Überschrift (eine Märchen- oder Romanüberschrift, ein Bild, ein bestimmter Satz) könnte ich meiner Organisation geben?
4. Konflikte: Welches sind die Hauptthemen, über die gestritten wird? Welche Parteien und Fronten gibt es dabei?
5. Erwünschtes Verhalten: Was müsste ich tun, dass
 - Vorgesetzte
 - KollgeInnen
 - KlientInnen
 - KooperationspartnerInnenmit mir zufrieden sind?
6. Erzeugung von Unzufriedenheit: Was müsste ich tun, damit alle diese Akteure mit mir unzufrieden werden?
7. Probleme: Wo sehe ich die Hauptprobleme meiner Organisation? Was macht mir am meisten Schwierigkeiten? Was könnte ich selber dazu tun, dass es noch schlimmer wird?
8. Stärken: Was sind die Hauptstärken der Organisation? Was sollte auf jeden Fall so bleiben, wie es ist?

Angeregt durch solche Fragen kann ein Schaubild, ähnlich einem Organigramm, angefertigt werden. Es soll dazu dienen, einen Meta-Standpunkt einzunehmen und aus dem

"alltäglichen Spiel" herauszutreten, in das SozialarbeiterInnen oft verstrickt sind. Der Perspektivenwechsel kann "dazu anregen, anschließend eine neue Rolle einzunehmen und auf andere Weise mitzuspielen" (a.a.O., S.248). Im Unterschied zu einem Organigramm werden in einem solchen Schaubild ausschließlich problemrelevante Teile der Institution dargestellt. Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass es weniger um offizielle und sichtbare Strukturen geht als um Beziehungsmuster.

Als weitere Strategie schlägt Pfeiffer-Schaupp vor, "grundsätzlich in Erwägung zu ziehen, die Zahl der Helfer zu verringern, statt sie zu erhöhen. Zudem sollte darauf hin gearbeitet, dass es unter den Helfern einen Hauptzuständigen gibt" (a.a.O., S.200). "Professionelle Helfer sollten zudem von dem Grundsatz ausgehen, dass der gerade zuständige Helfer der Beste ist und nach ihm kein Besserer kommt. Damit ist gemeint, die Verantwortung bei dem zu belassen, der sie gerade innehat, statt sie ständig weiterzureichen. Dies impliziert: Es muss geklärt werden, wer der Hauptzuständige ist" (a.a.O., S.201).

In kleineren Gruppen von KollegInnen oder in einer Supervision mit den Vertretern der größeren Systeme kann z.B. geklärt werden, ob u.U. bestimmte Dienste doppelt abgedeckt werden. Nach dem Motto "weniger ist mehr" können an dieser Stelle dann effektivere Möglichkeiten für die Zukunft geplant werden. Ebenso ist es möglich, unausgesprochene Konflikte zwischen den Aufträgen der verschiedenen Helfer zu klären, da Systeme, deren Arbeit aneinander vorbeigeht oder deren Aufträge sich widersprechen, eine Problemfamilie mit widersprüchlichen Ratschlägen verwirren und überladen können. Weiterhin ist es möglich und notwendig sich bzgl. eines Hauptzuständigen zu einigen, da insbesondere Problemfamilien die Sicherheit benötigen, zu wissen, wer wofür zuständig ist und wer ihr Hauptansprechpartner ist. Im Falle einer Multi-problemfamilie könnte dies beispielsweise ein Sozialpädagogischer Familienhelfer sein.

Gemäß Pfeiffer-Schaupp (a.a.O., S.200) ist weiterhin zu fragen, "wie häufig der beabsichtigte Lösungsversuch in der Vergangenheit bereits gescheitert ist und ob es sinnvoll ist, diesen Versuch nochmals zu wagen. (...) Viel (unnötige) Zeit kann es kosten,

wenn Muster in der bisherigen Lösungssuche nicht reflektiert und die gleichen Lösungsversuche einfach wiederholt werden".

Grundsätzlich nützlich ist weiterhin "die Annahme, dass andere Helfer ebenfalls guten Willens sind und das ihnen Bestmögliche getan haben. Diese Annahme scheint sich als Voraussetzung für eine Lösung des Problems eher zu bewähren, als die von Helfern häufig praktizierte gegenseitige Abwehr" (ebd.).

Der Autor merkt an, dass die nicht vollständig beschriebenen verschiedenen Muster inter-institutioneller Verstrickungen und Konkurrenzkämpfe, die mindestens ebenso oder stärker zur Problemerhaltung beitragen, sowie die eben skizzierten Aspekte der Interventionsmöglichkeiten gegebenenfalls im Rahmen einer Institutionsberatung diskutiert werden sollten. Grund hierfür ist die hohe Komplexität der Interaktionen zwischen Familien und größeren Systemen, welche in ihren Ausprägungen hier nicht weiter ausgeführt werden können. An dieser Stelle wird deshalb auf Imber-Black (1994, S.264ff) verwiesen.

Ein wichtiges, nützliches und einfaches Hilfsmittel zur Bildung von Hypothesen und zum Erkennen familialer Interaktionsmuster und damit zugleich der Mehrgenerationenperspektive in der Arbeit ist die Aufzeichnung des Genogramms, des grafischen Übersichtsbildes einer Familie, das drei oder mehr Generationen umfasst. Insbesondere Problemfamilien erleben sich isoliert, hilflos ihren Schwierigkeiten ausgeliefert und ohne einen Sinnbezug für sich selbst und ihre Situation. In derartigen Situationen ist es hilfreich, "mit den Betroffenen selbst den Blick soweit auf die Generationen zurück zu erweitern, bis sich ein Sinnerleben einstellt, das heißt eine plausibel erscheinende Vorstellung der Geschichte von Ereignissen und deren Verarbeitungsprozessen, zu denen die jeweilige Situation in Bezug steht" (Kron-Klees 2001, S.125). Kaiser kommt zu dem Ergebnis: "Die Förderung und Wiederherstellung familialer Funktionstüchtigkeit und Kompetenzen sollte stets mit der Analyse relevanter Situationen und ihrer Vorgeschichte (...) beginnen. (...) Wenn die komplexen systemischen Interaktionen in Lebenssituationen ernst genommen werden und sich systemische Diagnostik hierauf ein-

lässt, schient es möglich, sich von Sichtweisen zu befreien, die Familien (...) mehr oder weniger losgelöst von ihren Lebenszusammenhängen und ihrer Geschichte zu betrachten. (...) Eine mehrerebenen-orientierte genografische Diagnostik hat den Vorteil, die Gefahr der Stigmatisierung der Familie oder eines Mitgliedes als krank oder abweichend zu verringern, weil die Familie lediglich eines unter mehreren situationsbeteiligten Systemen ist. Außerdem werden solche Informationen ermittelt, die für eine positive Veränderung der Situation, und damit sowohl für die Verbesserung familialer Lebensbedingungen als auch die Förderung bzw. Wiederherstellung familialer Funktionstüchtigkeit relevant sind. Welche Veränderungen eine Familie aufgrund dieser Erkenntnisse letztlich anstreben will, muss ihrer souveränen Entscheidung vorbehalten bleiben" (Kaiser 1989, S.280f).

Für Schlippe (2000, S.177) ist die Umdeutung eine der wichtigsten systemischen Intervention überhaupt. Bei dieser Methode "wird einem Geschehen dadurch ein anderer Sinn gegeben, dass man es in einen anderen Rahmen stellt, einen Rahmen, der die Bedeutung des Geschehens verändert" (ebd.). Ein Reframing muss einen "prägnanten Unterschied zu der bisherigen Wirklichkeitssicht herstellen. Es muss beim Gegenüber einen Zweifel wachrufen über das, was er oder sie `in Wirklichkeit` tut. Die wichtigste Funktion des Reframing ist die Verstörung der bisherigen Sicht der Dinge. Wenn `alles auch anders sein` könnte, anders gesehen werden könnte, ist schon viel dafür getan, dass die Dinge nicht mehr so festgefahren und rigide erlebt werden wie bisher" (a.a.O., S. 180f). Der Ressourcenansatz in der SPFH ist etwa die Umdeutung des Defizitansatzes. Der Blick ist nicht mehr darauf gerichtet, was alles nicht gelingt, sondern es wird nach Ressourcen gesucht, die Lösungen erlauben, Probleme werden nicht als Scheitern gedeutet, sondern als – wenn auch manchmal ungeeignete – Lösungsversuche. Im therapeutischen Setting wird die Technik vor allem bei Gefühls- und Interaktionsproblemen angewendet. Soweit man es in der Sozialen Arbeit mit solchen Problemtypen zu tun hat, lässt sich die Anwendung ohne Schwierigkeiten übertragen. Nicht ganz so einfach ist es bei materiellen Problemlagen wie Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Armut, mit denen SozialarbeiterInnen genauso oft zu tun haben. Hier kann die Technik sinnvollerweise dann eingestreut werden, wenn das Sachproblem interaktionelle Be-

deutung hat, bzw. wenn materielle Problemlagen bestimmten Mustern folgen und absehbar ist, dass mit der Beseitigung der akuten Notlage allein ein Wiederauftreten der Probleme zu erwarten wäre (Schuster 1997, S.49ff). Anzumerken ist, dass man ökonomisch verursachten Problemlagen nicht allein mit Umdeutungen beikommen kann, d.h. es müssen immer auch andere, auf das jeweilige Problem bezogenen Interventionen hinzukommen. Die systemischen Interventionsformen können das vorhandene Repertoire der Sozialen Arbeit immer nur ergänzen und erweitern, nicht aber ersetzen.

Eine besondere Rolle spielt das zirkuläre Fragen. Die grundlegende Überlegung dieser Methode ist, "dass in einem sozialen System alles gezeigte Verhalten immer (auch) als kommunikatives Angebot verstanden werden kann: Verhaltensweisen, Symptome, aber auch die unterschiedlichen Formen von Gefühlsausdruck sind nicht nur als im Menschen ablaufende Ereignisse zu sehen, sondern sie haben auch immer eine Funktion in den wechselseitigen Beziehungsdefinitionen" (Schlippe 2000, S.138). Daher kann es interessanter sein, diese kommunikativen Bedeutungen sichtbar zu machen, als den betreffenden Menschen ausführlich nach seinen eigenen Empfindungen zu befragen. Entsprechend steht die Frage bezüglich den Symptomen im Zentrum, wie jedes Familienmitglied diese versteht, welche Erwartungen und Beobachtungen damit verbunden sind und wie darauf reagiert wird (ebd.). Zirkuläres Fragen kann als Alltagsmethode betrachtet werden und ebenso als "konstruktives Klatschen". Innerhalb der Multiproblemfamilie erzeugt diese Art zu Fragen Neugier, da die gegenseitige Beeinflussung der Familienmitglieder unmittelbar deutlich wird und meist eine überraschende Neuheit darstellt, die Veränderung möglich macht. Zu beachten gilt jedoch, dass zirkuläre Fragen nicht nur Information in ein System bringen, sondern auch "Sprengstoff" beinhalten können. Fachkräfte müssen also von den Familien emotional das Recht erhalten haben, solche Fragen zu stellen. Zirkuläre Fragen sollten auch nicht ununterbrochen gestellt werden.

Mit zirkulären Fragen zielt man nicht auf Einzelereignisse, sondern man fragt nach Prozessen, d.h. "Prozesse, gebildet durch Handlungen und Kommunikationen verschiedener Personen" (Schlippe 2000, S.141). Entsprechend kann man mit zirkulären Fragen nach Unterschieden gefragt werden, die sich im Laufe der Zeit ergeben haben.

Dies ist deshalb besonders wichtig, weil sich manchmal das Verständnis einer Situation in der Gegenwart erst durch die Kenntnis vorhergehender Entwicklungen einstellen kann (Mehrgenerationenperspektive).

4.3.3 Methodische Grundlagen der Arbeit mit Multiproblemfamilien

Mit Schuster (1997, S.73ff) wird in der vorliegenden Arbeit eine langzeitige Betreuung mit at home setting als geeignete Rahmenbedingung für die Arbeit mit Multiproblemfamilien angesehen. Weiterhin besteht Einigkeit bzgl. der Ziele, die Multiproblemfamilien überwiegend verfolgen: "Ziel der verlustfreien Erhaltung des Status quo – Ziel der Erreichung brauchbarer Zwischenlösungen, des Fehlerausmerzens und in Ordnungbringens – Ziel der Symptombehandlung – Ziel der Erhaltung oder Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit" (a.a.O., S.87). Der Autor merkt an, dass o.g. nicht bedeutet, dass innerpsychische Ziele keinen Stellenwert haben, diese Ziele können nur nicht direkt angestrebt werden. Für die Beratung von Multiproblemfamilien ist eine Modifikation des Beraterverhaltens erforderlich, die an der konkreten Lebenspraxis der Betroffenen anschließt, da sich Hilfeleistung bei Problemfamilien konkret, spontan und stets an Handlung geknüpft vollzieht. Positive Veränderungen bei Multiproblemfamilien entstehen durch Helferverhalten, das folgende Merkmale zeigt: "aktivempathisch – zeitweise direktiv – praktische Vorschläge machend – offene Identifikation mit der Familie zeigend – Kontrolle in eskalierenden Situationen übernehmend – Grenzen ziehend – Konsequenzen formulierend – Transparenz im methodischen Vorgehen ermöglichend" (a.a.O., S.88). Eine weitere Besonderheit ist der "Anknüpfungspunkt im Konfliktbewältigungsverhalten" (a.a.O., S.87), da dieses Chancen und Grenzen einer möglichen Intervention bereits grob aufzeigt. Diese Aspekte können innerhalb der SPFH bereits als bindend betrachtet werden (ebd.), wobei der Autor innerhalb ihrer Recherchen hinsichtlich der derzeitigen Praxis der SPFH, also auch bezüglich dem Anknüpfungspunkt im Konfliktbewältigungsverhalten, keine konkreten Ausführungen finden konnte.

Die zweigleisige Vorgehensweise wie sie sich bei Goldbrunner (1996, S.86ff) findet, verdient besondere Aufmerksamkeit, da diese eine "Sowohl-als-auch" Strategie darstellt. Das heißt, den Klienten belastende ökonomische Probleme wie Arbeitslosigkeit, Schulden, Sucht, etc. werden gleichrangig mit psychischen, familialen Konflikten betrachtet. "Zweigleisiges Vorgehen bedeutet also, dass der Familienberater gleichzeitig zwei Prozessebenen verfolgt ..." (ebd.). Eine Vor- bzw. Nachrangigkeit der Prozessebenen wird bei diesem Vorgehen nicht vorgenommen. Multiproblemfamilien definieren nicht nur die ökonomische Konfliktebene als vorrangige, sie leugnen häufig überhaupt das Vorhandensein eines psychischen, oder sozialen Konflikts. So stellt das Kernproblem in der Arbeit mit Multiproblemfamilien dar, die vielfältigen Verschränkungen beider Problembereiche bewusst zu machen und die Entdialektisierung der familiären Realität schrittweise aufzuheben. Die gleichzeitige Bearbeitung beider Problembereiche erscheint besonders wichtig, da die Vielzahl der "... Anstrengungen auf einem abgegrenzten Gebiet durch Störeinflüsse aus dem anderen zunichte gemacht werden und gleichzeitig die Ressourcen zur Problembewältigung aus dem anderen Gebiet nicht genutzt werden" (a.a.O., S.76). Die Form des zweigleisigen Vorgehens nach Goldbrunner erscheint in der SPFH realisierbar. Während Goldbrunner dabei das Berufsbild des Sozialarbeiters mit familientherapeutischer Zusatzausbildung präferiert, spricht sich der Autor dafür aus, dass ausgewählte Techniken auch ohne Zusatzausbildung in der Arbeit mit Multiproblemfamilien anwendbar sind, diese jedoch darüber hinaus durch weitere Methoden ergänzt werden müssen.

4.3.4 Handlungsansatz

Besonders hohe Anforderungen an die Professionalität der HelferInnen stellen wie bereits erwähnt Multiproblemfamilien. Hilfe durch soziale Institutionen wird oft nicht aus eigenem Antrieb, sondern unter dem Druck, der Not oder äußerer sozialer Instanzen in Anspruch genommen. Schwierige Vorerfahrungen mit Ämtern, ein generelles

Misstrauen ihren VertreterInnen gegenüber und die nicht nur unbegründete Befürchtung, Kontrolle und Einschränkung in Kauf nehmen zu müssen, schaffen schwierige Voraussetzungen für eine umfassende Hilfe.

Weitere schwierige Voraussetzungen sind die Sprachinhalte sozial benachteiligter Familien. Sie beziehen sich in erster Linie auf die aktuelle Gegenwart; vor allem negative Gefühle werden sehr direkt ausgedrückt, wohingegen positive Gefühle nicht formuliert werden können; die Sprache ist handlungsorientiert und konkret, sie ist weniger auf innere Vorgänge und Artikulation gerichtet; die Bedeutung sprachlicher Begriffe unterscheidet sich je nach Hintergrund und Lebenserfahrung und hängt auch von kontextuellen und situativen Faktoren ab (Schuster 1997, S.81ff). In erster Linie wird konkrete und praktische Hilfe (Sachhilfe, Ressourcenerschließung) gesucht und erwartet. Das Konzept einer helfenden Beziehung, im Rahmen derer es möglich werden könnte unter anderem mit systemisch orientierten, verbalen Interventionen, eigene persönliche Ressourcen zu entwickeln, ungünstige Verhaltensweisen zu modifizieren oder gar eigene Anteile an der Situation zu reflektieren, besteht zunächst nur in den Köpfen der HelferInnen. Der Weg zu einem Arbeitsbündnis als Voraussetzung für umfassende und wirksame Hilfe ist lang und muss von Anfang an einkalkuliert werden. Materielle Hilfe allein wird aber rasch zu einem Fass ohne Boden, wenn es nicht gelingt, begleitend auf ein verändertes Umgehen mit der gesamten Situation hinzuarbeiten. Eine Orientierung am von Goldbrunner (1989) formulierten Prinzip der Zweigleisigkeit scheint unabdingbar und ist nach Meinung des Autors von einer Person (dem/der SozialarbeiterIn) ohne familientherapeutische Zusatzausbildung leistbar. Gerade von unterprivilegierten Familien mit vielfältigen Defiziten wird das Erschließen von konkreter materieller Hilfe (durch konkretes Handeln des Helfers) als Ausdruck der Solidarität mit ihrer Lebenslage und als Zuwendung im doppelten Sinne des Wortes erfahren. Dies schafft Vertrauen und damit längerfristig die Voraussetzung für schrittweise Veränderungen des eigenen Verhaltens und für eine Verbesserung des Copings insgesamt.

4.3.4.1 Bedeutung der Konfliktmuster für den Hilfeprozess (Mehrgenerationenperspektive)

Die bewussten und auch nicht so ganz bewussten Regelungen und Einflüsse innerhalb von Multiproblemfamilien und durch die Generationen – von Kindern, Eltern und Großeltern – sind in Variationen häufig wiederkehrende Themen in der Arbeit mit Problemfamilien. Welche "Aufträge" haben die Großeltern an die Eltern gegeben, welche Bedeutung hat Loyalität zwischen den Generationen? Themen wie Familiengeschichten, Werte, Gerechtigkeit und Unrecht, Fürsorge und Gewalt, familiäre Überlebentechniken und dergleichen mehr sind im Hinblick auf die Mehrgenerationenperspektive bedeutsam. Es geht einmal um das Bewusstsein, in einer Reihe von Vorfahren zu stehen und sich verbunden zu fühlen, es geht aber vor allem auch um Einstellungen und Sichtweisen, die Einfluss haben und sowohl Verhalten als auch Konfliktlösungsverhalten prägen.

Die familialen Bedingungen, denen die Eltern der Familien in ihrer Herkunftsfamilie ausgesetzt waren, zeigen häufig Parallelen zur familialen Struktur der Folgegeneration und sind laut Schuster (1997, S.181) "mitbestimmend für die Ausprägung der Konfliktmuster". Meist sind teilweise Überschneidungen bereits auf äußerer Ebene erkennbar. Diese Reproduktion von tradierten familialen Strukturen lässt sich ebenfalls auf "der Konfliktlösungsebene" (a.a.O., S.183) erkennen und weiterhin zeigen sich häufig innerfamiliäre Parallelen zur Herkunftsfamilie. In den zahlreichen inneren und äußeren Parallelen zu den Herkunftsfamilien "folgen die Erwachsenen (...) einer unbewussten normativen Verpflichtung, nach der sie teilweise bis ins Detail genau die Familienstrukturen ihrer Herkunftsfamilien reproduzieren. Die vorliegende Tradierung der Normen und Werte der Familien liegen als Konfliktlösungsverhalten vor, das als manifest und unvariabel bezeichnet werden kann" (ebd.). Konfliktlösungsversuche zeigen sich laut Schuster (a.a.O., S.184) in den verschiedenen Bereichen der Alltagsebenen als dysfunktionales Verhalten, das permanent die Dynamik der Konfliktmuster verstärkt. Das jeweilige Konfliktmuster bedingt dabei einen spezifischen Durchset-

zungsstil zur Befriedigung der Bedürfnislage, der wiederum das Konfliktmuster aktiviert.

Die Analyse der Konfliktmuster weist sich für den Hilfeprozess als wesentlich zu betrachtendes Element auf. So "offenbaren sich die zum Konfliktmuster gehörenden Durchsetzungsstile eindeutig als Handlungsstile" (ebd.). Konfliktbewältigung wird auf der Handlungsebene versucht. Reflexionen über mögliche Gefahren und Ziele stehen hinten an. Hinter scheinbar blindem Agieren offenbart sich eine Problemsicht, die durchgängig die Lösung von Problemen handelnd zu bewerkstelligen sucht. Die offensichtliche Unzulänglichkeit dieser Problemlösungsversuche liegt jedoch weniger in der Bevorzugung von Handeln als Konfliktbewältigung als in der geringen Bandbreite möglicher Verhaltensweisen und der Orientierungslosigkeit im Bezug auf den Grad der Angemessenheit der Handlung.

Wenn in Multiproblemfamilien Konfliktbewältigung vorrangig auf Handlungsebene versucht wird, muss alltagsorientiertes Handeln auch für den Hilfeprozess bindend sein. Dies bedeutet nicht, dass Informationsgewinnung mit Hilfe von zirkulären Fragen ausgeschlossen ist. Ebenso wenig heißt dies, dass keine Hypothesen aufgestellt werden können und in einem Prozess der Beobachtung und Einschätzung die notwendige Mehrgenerationenperspektive erarbeitet werden kann. Ganz im Gegenteil, dadurch erleichtern sich die HelferInnen die Arbeit ungemein, vorausgesetzt, die HelferInnen passen sich dem Sprachgebrauch der Familie an.

Zusammengefasst bedeutet dies, dass der Ausgangspunkt für eine angemessene Planung der Hilfeleistung für Multiproblemfamilien die Analyse der spezifischen Konfliktmuster darstellt. Die Konfliktmusteranalyse bildet die Basis des verstehenden Zugangs zur Struktur der Konfliktmusterdynamik und damit die zentrale Voraussetzung für die Interventionsplanung. Die zu Hilfenahme des systemisch orientierten Genogramms, welches mithilfe zirkulärer Fragen erstellt werden kann und schließlich eine Mehrgenerationenperspektive bietet, ist ratsam und erleichtert die Arbeit. Hinsichtlich der Interventionsplanung müssen die Konfliktmuster als durch gesellschaftliche Bedingungen mitgeprägt verstanden werden. Die auf den Systemebenen (Makro-/ Meso-/ Mikroebene) gebildeten Bedingungs- und Ressourcenbereiche wirken dabei

mittel- und unmittelbar auf die Ebenen der Konfliktmuster (gesellschaftliche, institutionelle, lebensgeschichtliche, familiendynamische) ein und führen auf der Alltagsebene zu entsprechenden Manifestationen, die sich als Durchsetzungsstile zur Bedürfnisbefriedigung äußern. Das im Durchsetzungsstil gezeigte Verhalten ist handelnder Ausdruck der Lebensweise der Multiproblemfamilie und zeigt entsprechende Auswirkungen auf der Alltagsebene.

4.3.4.2 Das verbindende Element: Handeln

Das Hilfsangebot muss von vornherein eine möglichst breite Orientierung am Alltag der Betroffenen zulassen (Lüssi 2001, S.50). Wie bereits erwähnt, muss dabei von der Frage ausgegangen werden, wie den multiplen, auf mehreren Ebenen verschränkten Problemen von Multiproblemfamilien in der SPFH insofern begegnet werden kann, dass eine dauerhafte Restrukturierung des Alltags erreicht werden kann. Die Alltagsebene muss handelnd restrukturiert werden, sodass sich eine veränderte Lebensweise etablieren kann. Angesetzt werden muss dabei bei sozialen Problemen und bestehenden Ressourcen (a.a.O., S.51).

Handeln steht für die Multiproblemfamilien im Einklang mit ihrer ökosozialen Realität und stellt damit das zentrale Element für Konfliktbewältigung dar. Dieser Vorrang des Handelns muss auch für den Hilfeprozess bindend sein, wenn Hilfe innerhalb der Lebenswelt gültige Veränderungen bewirken soll. Die Betroffenen benötigen darüber hinaus Interventionen, die in einem überschaubaren Zeitrahmen und durch kalkulierbare Anstrengungen zu Veränderungen führen. Grund hierfür sind die Schwere der Konflikte, der erhebliche äußere Veränderungsdruck und das Leiden der Betroffenen. Auch geht es um die Vermeidung weiterer Eingriffe durch die Kontrollinstanzen, da sich die vorherrschenden Konfliktmuster der Familien durch und um diese Eingriffe strukturieren und sich damit zur institutionalisierten Dauerkrise entwickeln, deren Mehrgenerationenperspektive nachweisbar ist (vgl. Imber-Black 1997).

Handlungsorientiertes Vorgehen stellt deshalb die einzige Chance für die Familien wie für die zuständigen Sanktionsinstanzen dar, Veränderungen in einem überschaubaren Zeitrahmen zur bewerkstelligen. "Vor dem Hintergrund der Alltagsorientierung wird erzieherisch-sozialpädagogisches Handeln von therapeutischem Handeln unterscheidbar: Das Erstere ist durch seine "offene Diffusität" und Alltagsnähe, das Letztere durch seine spezialisierte Begrenztheit und Alltagsferne gekennzeichnet" (Hollstein-Brinkmann 1993, S.72 zit.n. Thiersch 1986, S.70f). Der Einbau der oben beschriebenen systemisch orientierten Techniken in das handlungsorientierte Vorgehen bietet sich trotzdem an, da insbesondere das zirkuläre Fragen, das Umdeuten, das Hypothesen bilden und das Aufstellen eines Genogramms keine ausschließlich beraterisch-therapeutischen Verfahren sind. Dies meint, auch unter Einbezug der o.g. Techniken kann im Kontext gegebener Alltagserfahrungen gehandelt werden, meint, diesen Alltag ernst nehmen, aushalten, teilen und ebenso aus seinen eigenen produktiven Möglichkeiten heraus Lernprozesse initiieren, meint, Alltag strukturieren, aufklären und verbessern.

4.3.4.3 Elemente handlungsorientierten Vorgehens (Verhandeln, Vereinbarungen, Aufgaben)

Angelehnt an Karsten & Otto (1987, S.165) lassen sich für den Prozess sozialpädagogischen Handelns drei Aspekte identifizieren: "Zum einen die Wahrnehmung des familialen Alltags und des Verhaltens der Mitglieder dieser Lebenswelt, zum anderen die Interpretation, d.h. die Deutung und das Verstehen der Lebenswelt. Als drittes Element folgt dann das eigentliche Handeln des Helfers im familialen Kontext, wobei interpretatorischer Akt und Handlung praktisch unmittelbar miteinander verbunden sind ... Auf der Interaktionsebene Familienhelfer-Familienmitglieder stehen demnach Aushandlungsprozesse von Problemdeutungen, Situationsdefinitionen und das gemeinsame Erarbeiten von Problemlösungsmöglichkeiten und Arbeitszielen im Vordergrund" (ebd.).

Die Vorgehensweise muss größtmögliche Transparenz im Bezug auf Intention und Konsequenzen der Zusammenarbeit ermöglichen, um das bei den Multiproblemfamilien vorhandene Misstrauen zu verringern. Verhandeln und Vereinbaren stellt in der sozialen Realität der Familien in vielen Bereichen der Lebensführung eine gewisse Normalität dar. Lüssi (2001, S.275 und S.404ff) folgend knüpft ein methodisches Vorgehen, das auf intersubjektiv ermittelten Vereinbarungen und daraus resultierenden Aufgaben basiert, an den Alltagserfahrungen der Familie an, stärkt ihre Selbstbestimmungsmacht und aktiviert die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen. Gemeinsam getroffene Vereinbarungen bilden folglich von Beginn bis zur Beendigung durchgängig das strukturgebende Moment für alle Aspekte des Hilfeprozesses. Die aus den "Vereinbarungen hervorgehenden Aufgaben orientieren sich konkret an den Erfordernissen des familialen Alltags" (a.a.O., S.283) der Multiproblemfamilien. Innerpsychische Aspekte treten dabei vorerst deutlich hinter die angestrebte Restrukturierung des Alltags zurück. Damit soll direkt an die familiäre Notlage angeknüpft werden, die der Familie zu diesem Zeitpunkt kein erhöhtes Reflexionsvermögen über mögliche, länger zurückliegende oder lebensgeschichtlich bedingte Ursachen abverlangt. Aufgaben stehen dabei in einer "Doppelfunktion", in der einerseits mittel- und langfristig konstruktive Verhaltensweisen ermittelt werden, andererseits dienen sie der kurz- und mittelfristigen Verbesserung der konkreten familialen Situation (a.a.O., S.263-266). Aufgabenerfüllung bewirkt dabei eine allmähliche Zunahme an Handlungskompetenz. Besinnt sich der Sozialarbeiter seiner theoretischen Wurzeln, wird deutlich, dass die Stärkung der Selbstbestimmungsmacht und die Aktivierung der Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen langfristig auch auf größeren Ebenen anzustreben sind. Hierfür bedarf es u.a. die Ermöglichung und Förderung von Lernprozessen im Hinblick auf individuelle und kulturelle Orientierungs- und Handlungsmuster sowie eigenbestimmte Lebensführung. Als Mittel für die Zielerreichung können so z.B. soziale Mitgliedschaften angesehen werden, die aktiv hergestellt oder in einem Vermittlungsprozess geregelt werden. Darüber hinaus sind formelle und informelle Vereinbarung, Verträge denkbar. Bedenkt man, dass eine Erwartung an die Soziale Arbeit vor allem darin besteht, dass sie strukturelle, gesellschaftsbedingte Probleme wie z.B. Arbeitslosigkeit, auf der individuellen Ebene bearbeiten, lösen und wenn das nicht möglich ist, managen und ver-

walten soll, wird klar, dass dies eine nur schwer zu erfüllende Erwartung darstellt. Dennoch hat Soziale Arbeit die Möglichkeit, Handlungsspielräume zu bestimmen. Und vor allem hat sie die Pflicht, auf sachkundige Weise individuelle Nöte zu öffentlichen Themen zu machen. Um dies in Zusammenarbeit mit den Betroffenen zu tun, bedürfen Multiproblemfamilien der Bildung. Bildung, die nicht ausschließlich aus der Vermittlung von Fakten besteht, sondern Bildung, die sie dazu befähigt, ihr eigenes soziales Umfeld, ihr eingebettet sein in größere ökosoziale Zusammenhänge zu begreifen. Angestrebtes Ziel ist politisch-anwaltschaftliche Mobilisierung. Dieses Ziel zu erreichen ist sehr schwierig, da bereits auf institutioneller Ebene Hindernisse bestehen. Vergegenwärtigt man sich z.B. die von Arbeitgeberseite immer wieder geäußerte Forderung zur Aufgabe von Allmachtsfantasien und Rückkehr zur schlichten Alltagspraxis, so zeigt sich, dass ein "über den Tellerrand hinaus blicken", eine kritische Beleuchtung größerer Zusammenhänge und die damit verbundene Aktivität der Betroffenen, unerwünscht zu sein scheinen. Trotzdem plädiert der Autor für den Mut der SozialarbeiterInnen, dieses Ziel nicht ganz aus den Augen zu verlieren, schließlich entspricht es systemischer Sozialer Arbeit, und gehört heute wie seit jeher wohl zu den wichtigsten Herausforderungen der Sozialen Arbeit.

4.3.4.4 Der Hilfeprozess

Der Hilfeprozess gliedert sich in Anfangs-, Haupt- und Abschlussphase. Dieser Phasenverlauf hat sich innerhalb der SPFH etabliert und wurde von dem Autor für Multiproblemfamilien übernommen.

Die Ziele der unterschiedlichen Phasen des Hilfeprozesses müssen sich an konkreten Notwendigkeiten im familialen Geschehen orientieren. Da unspezifische Zielvorgaben an den Bedürfnissen der Multiproblemfamilien vorbei gehen und sowohl aufseiten der Familien als auch auf Helferseite zu Frustrationen führen, müssen folglich Ziele gewählt werden, die in für alle Beteiligten überschaubarer Zeit zu sichtbaren und kontrollierbaren Erfolgen führen und dadurch neben der Alltagsbewältigung zu einer Stär-

kung der Ressourcen beitragen. Die Hilfeleistung muss sich gemäß der Dynamik der Mehrgenerationenperspektive als langfristiger Dauerkontakt gestalten, der den zeitlichen Rahmen für die Betroffenen bildet, Verhaltensänderungen einüben zu können. Das Helferverhalten muss sich an den Bedürfnissen der Familie orientieren. Hierbei ist das teilweise direktive Helferverhalten und die hohe Transparenz im methodischen Vorgehen von Bedeutung, um den Multiproblemfamilien ein notwendiges Maß an Überblick über Konsequenzen zu ermöglichen. Die Problemfamilien müssen Vertragspartner darstellen, mit denen mittels der getroffenen Vereinbarungen Lösungen bewerkstelligt werden sollen, die den konkreten Alltag verbessern und eine befriedigende Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen ermöglichen.

Die Anfangsphase muss zwei aufeinander folgende, methodisch miteinander verknüpfte Abschnitte aufweisen: die Krisenintervention, in Form des oben beschriebenen Familienerhaltungsprogramms und die Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Während in der Anfangsphase vorwiegend die notwendigen Bedingungen für eine kontinuierliche Hilfeleistung bewerkstelligt werden, muss die Hauptphase des Hilfeprozesses stärker unter den Aspekten dauerhafter Veränderungen für die Multiproblemfamilien betrachtet werden. Ziel der Hauptphase muss die verbesserte Bewältigung von Alltagsaufgaben auf räumlich-materialer, sozial-kommunikativer und personaler Ebene und deren Verschränkungen untereinander sein. Neben konkretem Handeln als verbindendes Element erleichtert sich der Familiehelfer die Arbeit ungemein, wenn er Hypothesen bildet, mit zirkulären Fragen arbeitet und, wenn gegeben, spezifische Situationen umdeutet, um dem vorhandenen Bild einen neuen Rahmen zu geben. Das Aufstellen von Handlungsplänen muss sich zu Beginn der Hauptphase an der Verbesserung bisher unzureichend durchgeführter Alltagsbewältigung orientieren. Im weiteren Verlauf müssen Handlungspläne mit dem Ziel aufgestellt werden, auch bis dahin unbekannte Bereiche (z.B. Freizeitaktivitäten) zu strukturieren. Die eintretende Strukturierung hat eine deutliche Erhöhung der Handlungskompetenz, die sich in höherer Kontinuität im angemesseneren Verhalten und in gesteigertem Selbstwertgefühl äußert zur Folge. Darüber hinaus ist es vor allem in alkoholbelasteten Familien nach längerer Zusammenarbeit notwendig, Notfallpläne zur Vermeidung von Eskalationen festzule-

gen. Die Notfallpläne müssen im Wesentlichen auf von außen kommende Entlastungen ausgelegt werden und sollten zumindest zu einer teilweisen Entschärfung des Konflikts führen. Durch die Notfallpläne soll weiterhin die Ausbreitung der Eskalation auf andere Bereiche und Personen vermieden werden.

Dem Aufbau und der Koordination eines Netzwerkes kommt in der Hauptphase ebenso Bedeutung zu. Wie bereits ausgeführt, kommt dem Netzwerk im Gesamtzusammenhang der Hilfeleistung überwiegend entlastende Funktion zu und der Fortbestand des Netzwerkes über den Zeitraum der Hilfeleistung hinaus ist zwingend, um das Risiko für Rückschläge zu minimieren. Die Koordination des Helfernetzes ist unabdingbar, da Schwierigkeiten, die sich durch die verschiedenen Institutionen, Zuständigkeiten und methodischen Vorgehensweisen ergeben, zur Verunsicherung und Überforderung der Multiproblemfamilien führen. Die Familienhelfer bieten sich aufgrund ihrer Nähe zur Familie als Koordinator für das Hilfsnetz an. Im Rahmen der Helferkonferenz müssen durch inhaltliche Reflexionen methodische Vorgehensweisen abgestimmt werden, um den Familien eine transparente Orientierungshilfe geben zu können.

Die Abschlussphase muss innerfamiliäre und außerfamiliäre Element aufzeigen. Die innerfamiliären Elemente müssen sich als niederfrequente Begleitung gestalten, die im Bedarfsfall in eine Krisenintervention eingebettet werden kann. Damit sollen neben der notwendigen Stabilisierung im Wesentlichen Perspektiven für die Erweiterung des familialen Funktionsniveaus eröffnet werden. Gemeint ist hier eine weitere Ausdifferenzierung in Alltagsfragen im Sinne von Interessenabwägungen aller Beteiligten und tragbarer Entscheidungen. Die äußeren Elemente müssen sich auf die Koordination des Netzwerkes und die Überleitung der Netzwerkskoordination an das Jugendamt beziehen und weisen damit stärker unterstützende, stabilisierende und kontrollierende Momente auf.

Abschließend kann festgehalten werden, dass den multiplen, auf mehreren Ebenen verschränkten Problemlagen von Multiproblemfamilien nur mit einem ökosozialen Hilfeansatz begegnet werden, welcher auf verschiedenen Ebenen Problemursachen angemessen berücksichtigt und auf sie einwirkt.

4.3.4.5 Fazit

Sozialpädagogische Unterstützungssysteme sind in unserer Gesellschaft einerseits gekennzeichnet durch Zentralismus, Aufgabenzersplitterung und Spezialistentum; so werden z.B. Symptome die sich äußern, aus ihrem Kontext gelöst und dann "behandelt". Einer solchen Problemparzellierung mit ihrer Orientierung auf Einzelfälle, steht andererseits die zunehmend verbreitete systemische Sichtweise gegenüber, welche für eine grundsätzliche Lebensweltorientierung familienhelferischer Modelle spricht. Als Bezugspunkt stellen sich nicht spezifische Verhaltensweisen einzelner Familienmitglieder dar, sondern die Gesamtheit der Lebensfelder aller Familienmitglieder als familiäre Lebenssituation ist angesprochen. Es hat sich gezeigt, dass sich innerhalb dieser Sichtweise wichtige Elemente Sozialer Arbeit, wie problemlösendes Intervenieren, Information geben, Sachhilfe und konkrete materielle Unterstützung leisten, gut mit dem systemischen Instrumentarium kombinieren lassen. Diese Kombination kann als Voraussetzung für eine erfolgreiche, systemisch orientierte Arbeit mit Multiproblemfamilien angesehen werden. Es werden übergreifende dauerhafte Lösungen unter Einbeziehung von Veränderungspotenzialen des sozialen Umfeldes, sowie von Problemlösungskompetenzen der Familie angestrebt. Lebensweltbezug rekurriert sich aber nicht nur auf einer konkreten Handlungsebene, sondern bringt grundlegend veränderte Sichtweisen gegenüber den Betroffenen und ein neues Problemverständnis zum Ausdruck, so z.B. die Berücksichtigung von Wechselwirkungen zwischen familialer Außen- und Innenwelt, die Wahrnehmung und Berücksichtigung der Problemdeutung und Problemlösungskompetenzen der Familien, die aktive Einbeziehung des Lebensumfeldes in die Suche nach Lösungen. Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, spricht sich der Autor, systemischen Grundsätzen folgend, für eine gleichgewichtige Einbeziehung des sozialen Umfelds in die Interventionsstrategien aus, da der Umfeldorientierung im Sinne einer Aktivierung sozialer Netzwerke als Ressourcenpotenziale ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Mit bisher Genanntem wird also die Erweiterung, Differenzierung und Integration von Handlungsweisen und die Veränderung von Verhaltensmustern der Alltagsbewältigung angestrebt. Im Rahmen einer systemischen

Betrachtungsweise gilt es jedoch weiterhin, das Ziel der Erhöhung von Teilnahmechancen in kleineren und langfristig in größeren Systemen zu verfolgen. Hierfür muss Soziale Arbeit u.a. Lernprozessen bei den Betroffenen ermöglichen und fördern, d.h. eigenbestimmt können Interessen und Belange von den Betroffenen nur dann auf z.B. der politischen Ebene vertreten bzw. durchgesetzt werden, wenn diese ihre ökosoziale Umwelt begreifen. Insbesondere hierin besteht die Anforderung an die derzeit in der Praxis umgesetzte Soziale Arbeit, da diese nach Meinung des Autors zunehmend der Pädagogisierung und Psychologisierung von Problemen unterliegt und eine Orientierung an der Systemhaftigkeit, wie sie bereits am Anfang der Professionalisierung der Sozialen Arbeit betont wurde, in den Hintergrund getreten ist. Ebenso muss es Ziel sein, systemische Konzepte zur Reduzierung von Team- und Trägerkonflikten zu nutzen, sowie zur Verminderung von Reibungen, Konkurrenzkämpfe und Verstrickungen zwischen Institutionen.

Der Autor stellt die Umsetzung der beschriebenen Aspekte in der Praxis jedoch grundsätzlich in Frage. Diese kritische Sichtweise ergibt sich vor allem aus der Vermutung, dass in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen der Kommunen einer organisatorischen Absicherung systemisch und lebensweltorientierter Arbeitsansätze wenig Realisierungschancen bleiben. Die aktuellen gesellschaftspolitischen Entwicklungen in der Wirtschaft, auf dem Arbeitsmarkt, in der Gesundheit, etc. zeigen deutlich, dass in Zeiten ökonomischer "Härte" auf soziale Herausforderungen mehr mit "verwalten" und weniger mit helfender und unterstützender bzw. aktivierender Sozialer Arbeit reagiert wird. Die Frage nach dem Warum bezüglich dieser in der Sozial- und Ökonomiegeschichte immer wieder auftretenden Phänomene muss im Rahmen dieser Arbeit ungelöst bleiben. Es ist aber notwendig, dass sich Sozialwissenschaften und vor allem die Soziale Arbeit speziell in diesen Zeiten mit Methoden und Konzepten befasst, die den hilfebedürftigen und hilfesuchenden Menschen die Chance bieten, gerecht und ihren Bedürfnissen entsprechend unterstützt zu werden und nicht zur Unmündigkeit "verwaltet" zu werden. Ferner muss es Ziel sein und bleiben, neben den direkten Hilfen für die betroffenen Kinder immer auch die Familie als Ganzes in die Arbeit einzu beziehen. Dieser Text soll damit einen Beitrag zu dieser Diskussion sein, auch wenn die Realität und die gegenwärtigen strukturellen Rahmenbedingungen für weitgreifen-

Handeln
Konzeptentwicklung

de, umfassende Ansätze ungünstig zu sein scheinen. Ohne Visionen und der stetigen Diskussion über und um das Gegenwärtige wird die Soziale Arbeit nicht nur den Bezug zu ihrem Auftrag und ihren selbst entwickelten Methoden verlieren, sondern auch zu ihrem Klientel.

4.4 Suchtprävention

Musste bei den Hilfen für die Familie und die betroffenen Kinder noch eine Klarstellung bezüglich des Verhältnisses Therapie und Sozialer Arbeit erfolgen, ist für den Bereich der Prävention diese Frage völlig nachgeordnet, da es wohl unbestritten sein dürfte, dass Präventionsmaßnahmen in den Bereich der Pädagogik und der Sozialen Arbeit, nicht aber in den engeren Bereich der Therapie, einzuordnen sind.

Da der Bereich der Prävention von Modellen, Projekten und Forschungsberichten geradezu "überschwemmt" wird, werden nachfolgend nur einige zentrale Ansätze, die Grundlagen bilden können, dargestellt.

4.4.1 Begrifflichkeit "Prävention"

Nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.76) bedeutet der Begriff Prävention in der Regel "Vorbeugung". Vorsorge und Verhütung werden ebenfalls gleichbedeutend verwandt. Die Suchtvorbeugung hat das Ziel, gegen süchtiges Verhalten vorzubeugen, wobei keine Rolle spielt, ob es sich um ein latentes oder chronisches Suchtverhalten handelt. (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.76).

"Angewandte Prävention ist Manipulation des menschlichen Verhaltens mit dem Ziel, spätere drogenspezifische Verhaltensweisen ganz auszuschließen, bzw. eingefahrene Verhaltensweisen zu reduzieren und zu ändern." (Lindner/ Reiners-Kröncke 1993, S.78).

Die Begriffe Prävention und Prophylaxe werden meist synonym gebraucht, wobei der erstgenannte Begriff wesentlich gebräuchlicher ist. Der Begriff Prävention wird dabei mit "Vorbeugung" übersetzt.

Dennoch versteht man unter dem Begriff Prävention nicht ausschließlich Vorbeugung gegenüber Drogen, sondern ebenso auch "Gesundheitserziehung oder -förderung" und auch "Drogenerziehung." (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.76).

Eine Definition der WHO von 1973 von Prävention nimmt eine Dreiteilung dieses Begriffs vor. So gibt es drei Formen von Prävention (siehe Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. A 2, S.1; nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.77f), die unterschiedliche Ziele ins Auge fassen, und somit kommen in den einzelnen Bereichen auch unterschiedliche Maßnahmen zur Anwendung.

Primärprävention:

Diese Art der Prävention setzt bereits zu einem Zeitpunkt ein, an dem noch keinerlei Krankheitssymptome auftreten. Bei der Primärprävention handelt es sich um eine längerfristige und kontinuierliche Vorbeugung, die der Zielgruppe z.B. den richtigen Umgang mit Drogen beibringen will. Ziele der Primärprävention sind z.B. eine Verbesserung der Lebensqualität, eine Veränderung sozialer und gesellschaftlicher Institutionen und eine Förderung der Toleranz der Gesellschaft für die verschiedensten Lebensformen.

Primärpräventive Maßnahmen verfolgen somit das Ziel, sämtliche ausweichenden Verhaltensweisen zu verändern, bzw. die Strukturen in der Umwelt zu erkennen und zu verändern, die ein späteres Suchtverhalten begünstigen. Die Menschen sollen dazu befähigt werden, ihr Leben sinnvoll und drogenfrei gestalten zu können.

Die Zielgruppe der Maßnahmen in diesem Bereich sind die Eltern und ihre Erziehung, Kleinkinder in der Familie, im Kindergarten und in der Schule. Auch Jugendliche sollen eine Drogenerziehung erfahren. (nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.77f).

Sekundärprävention:

Hierbei handelt es sich um Maßnahmen im Bereich der Früherkennung und -behandlung, die auf bereits gefährdete Einzelpersonen oder Risikogruppen gerichtet sind. Mithilfe der Sekundärprävention sollen auch Rückfälle verhindert und die Dauer von Gefährdungen verkürzt werden. Gefährdete Personen und Gruppen sollen zunächst erkannt werden. Es soll ihnen, und in manchen Fällen auch ihren Bezugsperso-

nen, Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Probleme gegeben werden. Die Maßnahmen im sekundärpräventiven Bereich richten sich "... u.a. an Drogengefährdete im Drogen-subkulturellen-Milieu, an Jugendliche im Schulbereich, sollten aber auch Jugendliche in der Jugendarbeit mit einschließen." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.78).

Tertiärprävention:

Die Tertiärprävention setzt bei bereits vorhandenen Krankheiten an und versucht, mögliche Folgeschäden zu verhindern. Die Zielgruppe zeigt bereits Abhängigkeitsstrukturen. Diese Form der Prävention umfasst sowohl Therapie, um eine chronische Ausprägung einer Krankheit verhindern zu können, als auch Rehabilitation, mit dem Ziel, die Rückfallquote zu vermindern. So wird bei der Wiedereingliederung in das soziale Leben Unterstützung gegeben.

Feser (in: Janssen 1991, S.11) vertritt die Ansicht, dass der Prävention die gleiche Bedeutung zukommt wie der Therapie. Obwohl der Präventionsarbeit in den vergangenen Jahren mehr Beachtung geschenkt wurde, ist das Angebot von Präventionsmaßnahmen mit dem der bestehenden vielfältigen Therapiemöglichkeiten in keinsten Weise vergleichbar. Die fehlende Erfolgskontrolle der Angebote, lassen die Bestrebungen der Prävention wieder in den Hintergrund treten. (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.76).

Die Suchtprävention darf nicht nur als die Aufgabe einzelner pädagogischer Fachkräfte gesehen werden, sondern vielmehr eine Aufgabe für alle.

4.4.2 Allgemeine Zielvorstellungen der Prävention

Gerber (1981, S.80-85) hat sich mit zahlreichen Zielen in der Alkoholprophylaxe auseinandergesetzt, die im Umgang mit diesem Klientel angestrebt werden müssen, um es vor einer Alkoholabhängigkeit zu schützen.

Die Anzahl der praktisch durchgeführten Präventionsmaßnahmen bei Kindern ist noch gering und ebenso auch die Erfahrungen im Bereich der Alkoholprävention im Kindesalter. (nach Ostbomk-Fischer 1993, S.462)

Ziele der Alkoholprophylaxe:

(siehe Gerber 1981, S.80-85)

- Das Kind und der Jugendliche sollen dafür interessiert werden, sich mit dem Alkoholismus auseinanderzusetzen und seine Bedeutung für sich und die Umwelt kennen zu lernen.
- Die Zielgruppe muss allgemeine Informationen zur Natur des Alkohols erhalten (z.B. Eigenschaften des Alkohols).
- Das Kind und der Jugendliche sollen die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die normalen Lebensvorgänge kennen lernen.

Dabei geht es um folgende Bereiche: Alkohol im Körper, körperliche Folgen des Alkoholkonsums, Wirkung des Alkohols im Gehirn.

- Gleichzeitig sollen sie auch mit den Wirkungen auf das Verhalten vertraut gemacht werden. Folgende Zusammenhänge müssen verdeutlicht werden: Alkohol und Straßenverkehr, Alkohol und körperliche, geistige Leistung.
- Dem Kind und dem Jugendlichen soll die seelische und körperliche Abhängigkeit als mögliche Folge vor Augen geführt werden. Gleichzeitig sollen sie mit den vielfältigen negativen Folgen der Abhängigkeit vertraut gemacht werden.
- Der Zielgruppe soll die untaugliche Funktion des Alkohols als Problem- und Spannungslöser deutlich gemacht werden. Im Rahmen der Suchtprävention sollen viel-

mehr alternative Problemlösungen erarbeitet werden und die Probleme angegangen werden.

- Dem Alkohol wird auch die Funktion des Selbstbelohnungsmittels zugeschrieben. Es sollen risikoreiche und risikoarme Selbstbelohnungen erarbeitet werden, und den Kindern und Jugendlichen sollen alternative Möglichkeiten vorgestellt werden, bei denen der Alkohol keine Rolle spielt.
- Das Kind und der Jugendliche sollen die Trinkrituale von Gruppen kennen lernen. Gleichzeitig sollen sie dem Zwang zum Alkoholkonsum durch den Gruppendruck widerstehen lernen.
- Ein direkter Zusammenhang zwischen dem Konsumieren und dem Erwachsensein soll in einem anderen Licht dargestellt werden. Es soll ihnen deutlich gemacht werden, dass man nicht nur ausschließlich durch den Konsum von Alkohol der Erwachsenenwelt angehört.
- Die Zielgruppe soll ein Bewusstsein für ihre Verantwortlichkeit gegenüber sich selbst und ihrer Umwelt bekommen.
- Das Kind und der Jugendliche sollen in ihren Eltern und Erziehern Gesprächspartner finden, mit denen ein offener Austausch über die Alkoholproblematik möglich ist.
- Die Zielgruppe soll sich mit den Auswirkungen des Alkoholkonsums in den verschiedenen Lebenssituationen auseinandersetzen (z.B. Alkohol und Sexualität, Alkohol und Kriminalität). (nach Gerber 1981, S.79-85).

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.81-83) zitieren einige Autoren, die Suchtprävention jeweils anders definieren und andere Ziele der Suchtprophylaxe setzen.

Verallgemeinernd weisen Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.83) darauf hin, dass es wichtig ist, vor allem globale Ziele auf ihre Effektivität zu überprüfen und Einzelziele danach zu untersuchen, ob sie in ausreichendem Maße Praxisrelevanz besitzen. Als notwendig erachten sie in jedem Fall "... eine Differenzierung (auch nach Prioritäten) und eine Koordinierung von Zielen in der Suchtprävention." (a.a.O.).

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.78) befürchten, dass die präventiven Maßnahmen, die Verhaltensweisen der Zielgruppe dahingehend verändern wollen, dass sie ein drogenfreies Leben führen kann, einen zu starken sozialen Kontrollcharakter darstellen. So darf es sich ihrer Meinung nach bei der Prävention nicht um pädagogisches Beserwissertum handeln.

Damit die Zielpersonen der Präventionsmaßnahmen entsprechende Beachtung erfahren, stellen sie an die Vorbeugung folgende Voraussetzung: "... Prävention muss auf die affektive Kompetenz des Einzelnen hinzielen, muss im 'Kopf und Bauch' (kognitiv und affektiv) erlebbar und nachvollziehbar sein. Andererseits sind hier Selbstverständnis und kongruentes Verhalten der Präventivkräfte (Eltern, Pädagogen etc.) hinsichtlich Vorbildwirkung gefordert." (a.a.O.).

Carlhoff (in: Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.82f) formulierte für die Prävention von Drogen-, Tabak- und Medikamentenmissbrauch folgende Ziele:

- Der Gebrauch der Mittel wird aus dem Bereich des Unbewussten und des gesellschaftlichen Zwangsverhaltens herausgezogen und bewusst gemacht.
- Die Einsicht des Einzelnen und der Gesellschaft in die Ursachen wird gefördert.
- Dadurch werden die Menschen urteils- und entscheidungsfähiger gemacht, und sie zeigen eine Bereitschaft zur Veränderung der Ursachen. Dabei darf der gefühlsabhängige Hintergrund einer Entscheidung nicht vergessen werden.
- Eine kritische Konsumhaltung und ein Verzicht gegenüber Alkohol, Tabak und nicht verordneten Medikamenten, soll gesellschaftlich anerkannt werden.

Carlhoff plädiert nicht für einen völligen Konsumverbot von Rauschmitteln. Es geht ihm hierbei um Maßnahmen zur Begrenzung des Konsums, zur Minderung der Folgen und zur Behebung von Schädigungen.

Er schlägt folgende Möglichkeiten vor:

- Alternative Möglichkeiten zum Drogenkonsum werden aufgezeigt und mobilisiert.
- Eine stärkere rechtliche und soziale Kontrolle gegenüber dem unüberlegten Rauschmittelumgang, der Anstiftung zum Konsum und der leichtfertigen Abgabe. Er schließt dabei auch präventive Aktivitäten gegenüber illegalen Rauschmitteldelikten mit ein.

Nach Hüsgen (in: Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.83) besteht das Hauptziel der Suchtprävention darin, zum einen eine affektive Kompetenz zu erwerben; zum anderen benötigt die Zielgruppe genügend Information zu kompensatorischem Verhalten, vor allem in Konfliktsituationen des Alltags.

Thewalt (in: Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.82) fordert für die Suchtprävention eine stärkere Beachtung "... von personalen, sozialen und lernpsychologischen Gegebenheiten." Das Ziel der Suchtprophylaxe liegt ihrer Meinung nach darin, "... süchtiges Verhalten zu verhindern und bereits bestehende Suchthaltungen abzubauen." Sie plädiert dabei sowohl für einen Ansatz auf der personalen als auch auf der sozialen Ebene.

Es gibt nicht nur eine Möglichkeit, Kinder und Jugendliche vor Sucht zu schützen. Sie sieht zwei Gedankengänge als grundlegende Voraussetzung für eine erfolgreiche Präventionsarbeit an.

Da es keine Patentlösung für den Schutz vor der Sucht gibt, wird vorgeschlagen, folgende Grundgedanken im Bereich der Vorsorgearbeit zu beachten:

- Die Aufmerksamkeit ist im Wesentlichen darauf zu richten, die Entstehung und Entwicklung von der Sucht zu verhindern, anstatt zu versuchen, die Herstellung von Drogen zu unterbinden. Das Hauptziel ist somit die Verhütung der Sucht und nicht die Bekämpfung von Drogen.
- Die Entscheidung, ob ein Mensch süchtig wird, wird vielfach bereits in der Kindheit aufgrund einer ganz bestimmten Entwicklung getroffen. So kann Sucht insbesondere durch eine sehr früh einsetzende Vorsorge (Prävention) verhindert werden und nicht erst durch die Behandlung.

Priebe u.a. (1994, S.26-30) sehen in der Prävention bzw. in der Vorbeugung das Ziel, süchtiges Verhalten zu verhüten. Für die Entstehung von Suchtverhalten sind mehrere Faktoren und Ursachen verantwortlich, so dass es für die Prävention kein Patentrezept gibt. Priebe u.a. (1994, S.26) fordern daher ein Präventionskonzept, das auf eine Vielzahl von Faktoren Einfluss nehmen kann. Nach Andreas-Siller (1993, S.13) soll Prävention "... einen als krank definierten Zustand verhindern". Im Falle der Suchtpräven-

tion soll dadurch einer Suchterkrankung vorgebeugt werden. Durch die Prävention soll die seelische, körperliche und geistige Gesundheit erhalten und gefördert werden. (vgl. Andreas-Siller 1994, S.13).

Harten (1989, S.7) sieht folgende Ziele für die Suchtvorbeugung als elementar an:

- Die Suchtvorbeugung soll Möglichkeiten schaffen, unter denen man bewusster leben und sich bewusster verhalten kann und man schließlich in der Lage ist, Einfluss auf die Veränderung der Gesellschaft zu nehmen.
- Durch die Suchtvorbeugung soll die Selbstständigkeit und das Selbstbewusstsein gefördert werden, so dass man Beeinflussungen gegenüber immun wird.
- Die Zielgruppe soll dadurch befähigt werden, ihre eigenen Stärken und Schwächen anzuerkennen, aber gleichzeitig die Bereitschaft haben, diese auch zu verändern.
- Die Suchtprävention soll einen Einblick in verschiedene Süchte ermöglichen, und jeder Einzelne soll eigene Suchtanteile wahrnehmen und mit ihnen umgehen lernen.

Das Ziel der Prophylaxe ist es, zu einem rechtzeitigen Zeitpunkt etwas zu unternehmen, bevor ein Schaden eingetreten ist. Dies weist nicht nur auf einen frühen Beginn der Prophylaxe hin, sondern auch darauf, dass die Prophylaxekonzepte an den Ursachen ansetzen müssen.

Gassmann u.a. (1985, S.35f) sehen nicht die Droge an sich als Problem an, sondern vielmehr die Art des Drogengebrauchs, der Schäden anrichten kann. Die Prophylaxemaßnahmen richten sich nicht auf die Droge, sondern auf den Umgang des Menschen mit ihnen. "Drogen sind nicht an sich Suchtmittel oder Fluchtmittel. Ob und in welchem Maße sie das werden, hängt von der Art der Verwendung ab." (a.a.O.). In diesem Sinne ist es das Ziel der Prophylaxe, die Individuen zu einem bewussten Drogengebrauch zu befähigen und gleichzeitig auch Bedingungen zu schaffen, die einen kritischen Umgang auch ermöglichen.

Nach Gerber (1981, S.53) bedeutet Prophylaxe die "... Verhütung und Abwendung von Krankheitserscheinungen, eines Übels, eines unerwünschten oder unheilvollen Zustandes." Eine Eingrenzung des Begriffs nimmt er bei der Alkoholismusprophylaxe vor. Darunter versteht er alle Maßnahmen, "... welche geeignet sind, den individuellen

und/oder kollektiven Alkoholkonsum so zu lenken, dass dieser keine nachteiligen Folgen hat oder kaum mehr als Bedürfnis auftritt." (a.a.O.).

Jede Suchtentwicklung hat ihre eigene Geschichte, der zahlreiche Ursachen zugrunde liegen. So erweist es sich in der Suchtprävention als schwierig, an ganz bestimmten Risikofaktoren anzusetzen, wie z.B. an der ungünstigen familiären Situation.

Gleichzeitig zeigte die Erfahrung in der Präventionsarbeit, dass gegebene, eingefahrene Situationen nur schwer zu verändern sind. (vgl. NLS 1995, S.5). Das Ziel der heutigen Suchtprävention ist es vielmehr, diejenigen Faktoren zu fördern, die eine Suchtkrankheit verhindern, so dass die Suchtprävention ihren Blick auf die "... sozialen und individuellen Ressourcen für Gesundheit" (a.a.O.) richtet. "Das Ziel suchtpreventiver Maßnahmen ist heute daher folgerichtig vor allem die Förderung der individuellen und sozialen Kompetenz." (a.a.O.). Die Zielgruppe soll dabei Bewältigungsstrategien lernen, die ihr eine bessere Bewältigung von Herausforderungen und Belastungen ermöglichen.

Da die gesellschaftlichen Bedingungen einen Einfluss auf das individuelle Leben ausüben, bedeutet Suchtprävention gleichzeitig auch gesellschaftspolitisches Handeln, in dessen Rahmen die Bedingungen verändert werden. Für eine erfolgreiche Suchtprävention, die die o.g. Ziele anstrebt, sind langfristige Maßnahmen erforderlich. (nach NLS 1995, S.6).

4.4.3 Eine multifaktorielle ganzheitliche Strategie

Die Suchtprävention der letzten zwanzig Jahre besaß einen repressiven und informativen Charakter. Mithilfe von "... repressive[r] Abschreckung" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.79) und Angstappellen, bzw. durch gezielte Aufklärung und Information, versuchte man, die Zielgruppe zu einer Verhaltensänderung zu bewegen. Die in den 70er Jahren aufkommende Drogenwelle bewirkte, dass man mit einer Vielzahl von Konzepten und praktischen Ansätzen darauf reagierte und das Drogenproblem damit angehen wollte. Die dadurch entstandenen Vorgehensweisen waren jedoch eher

ein Zeichen der damals vorhandenen "... Hilflosigkeit und Konzeptlosigkeit." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.79).

Die vergangenen Jahre im Bereich der Suchtprävention haben gezeigt, dass das eigentliche Ziel, das Drogenproblem anzugehen, nicht erreicht wurde. Die Maßnahmen waren kognitiv orientiert, und sie haben die Ursachen der Suchtentstehung völlig außer acht gelassen. Die Präventionsmaßnahmen waren ausschließlich auf das Suchtmittel bezogen, da man alleinig die Droge als Verursacher der Sucht angesehen hat.

Die Erfahrungen in der Präventionsarbeit machten deutlich, dass Präventionsstrategien, wie z.B. Aufklärung und Abschreckung, dem Suchtproblem nicht in ausreichendem Maße gerecht werden können (vgl. Tolzmann 1995, S.4), da die Maßnahmen der Multikausalität des Suchtverhaltens nicht gerecht werden konnten. So hinterlassen Verbote und bloße Informationen zum Suchtmittel, im Hinblick auf eine Verbesserung des Suchtmittelmissbrauchs, keine positive Wirkung. Vielfach hat dieses Präventionsangebot auch eine kontraindizierte Wirkung, da das Verbotene vielfach auch die Neugierde weckt. (vgl. NLS 1995, S.5).

Die geringen Erfolge im Bereich der Suchtprävention und die Tatsache, dass sich eine Suchtproblematik durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren erklären lässt, also einer multi-dimensionalen Betrachtung bedarf, erfordern andere Ziele der Suchtprävention.

Das gebräuchlichste Modell zur Erklärung des Suchtverhaltens ist das multifaktorielle Bedingungsgefüge der Sucht. So setzt sich der Drogenkonsum aus mehreren Elementen zusammen, und die Suchtentwicklung geht auf einen vielschichtigen Ursachenkomplex zurück.

Kollehn/Weber (1988, S.121) fordern für eine erfolgreiche Suchtprävention eine Orientierung der Maßnahmen an den Ursachen. Das Informieren und Aufklären wird dem Ziel der Prävention nicht mehr gerecht.

Eine multifaktorielle Strategie muss vielmehr eine große Anzahl von Maßnahmen beinhalten, die in verschiedenen Erziehungsfeldern zur Anwendung kommen. Gerber (1981, S.53f) sieht all jene Prophylaxeprojekte zum Scheitern verurteilt, die das Zu-

standekommen der Sucht aus mehreren Elementen - Droge, Konsument, Gesellschaft - unberücksichtigt lassen.

"Prävention muss sich am heterogenen Bedingungsgefüge der Suchtgenese orientieren, muss flexibler werden, um effektiv und wirksam zu sein." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.81). Sie fordern eine "multidimensionale Strategie" mit ganzheitlichem Charakter. Die Prävention soll alle möglichen Suchtursachen berücksichtigen, und die Maßnahmen müssen dementsprechend angelegt sein. Dennoch lehnen sie den Absolutheitsanspruch ab, allen gerecht zu werden. (a.a.O.).

Bisherige Konzepte der Suchtprävention basierten auf dem Prinzip der reinen Abschreckung, der Informationsvermittlung und dem Appellieren an die Vernunft. Die weiterhin ansteigenden Zahlen von Drogenkonsumenten verdeutlichte die geringe Erfolgsquote und machte ein Überdenken dieser Ansätze erforderlich. Im Mittelpunkt der jetzigen Präventionsarbeit steht nicht mehr die (spezifische) Droge, sondern der Mensch selbst. Es wird immer ein Leben mit Drogen geben. Aus dieser Tatsache heraus entsteht eine Verpflichtung gegenüber den Kindern und Jugendlichen, diesen so früh wie möglich einen adäquaten Umgang mit den verschiedenen psychoaktiven Substanzen beizubringen. (vgl. Weisz in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. 1993, S.4-8).

Die bisherige Suchtprävention versuchte bisher, mithilfe struktureller und massenkommunikativer Maßnahmen einen Rückgang der Drogenkonsumenten zu bewirken. Durch verschiedene Gesetzgebungen wollte man einer Verbreitung von Medikamenten und Rauschmitteln entgegenzutreten. So beinhaltet das Betäubungsmittelgesetz das "Verbotsprinzip" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.83), das den Umgang mit einer Vielzahl von suchterzeugenden Rauschmitteln verbietet bzw. ihn nur unter besonderen Bedingungen ermöglicht. Geahndete Verstöße gegen dieses Gesetz sollen zur Abschreckung dienen. Durch eine Verfügbarkeitseinschränkung des Jugendschutzgesetzes, das z.B. die Abgabe von Alkohol erst an eine bestimmte Altersklasse erlaubt, versuchte man, den Rauschmittelkonsum einzudämmen. (siehe dazu auch: Witter/Reiners-Kröncke, 1997).

Eine weitere strukturelle Maßnahme der Suchtprävention war die Besteuerung von Genuss- und Rauschmitteln, mit dem Ziel, die Anzahl der Alkohol- und Nikotinkonsumenten zu reduzieren. Weiterhin wurde mit massenkommunikativen Maßnahmen, wie z.B. zahlreichen Aufklärungs-, Informations- aber auch repressiven Abschreckungskampagnen versucht, eine Einstellungsänderung in Bezug auf den Konsum von Genuss- und Rauschmitteln zu bewirken. Trotz des hohen Informationsstandes bewirkten die unpersönlichen und einseitigen massenmedialen Maßnahmen keinerlei Verhaltensänderung. Nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.84) besaßen die Informations- und Abschreckungskampagnen vielmehr eine kontraproduktive Wirkung, so dass die Anzahl der Rauschmittelkonsumenten, entgegen dem Ziel der Suchtprävention, zunahm. "Die Kommunikationsforschung lehrt uns, dass Massenkommunikation Information verschafft und ein Problembewusstsein aufbauen kann. Werbemethoden helfen nicht, da Drogenfreiheit nicht eingekauft werden kann." (a.a.O.).

Die Massenkommunikationsmittel, die sich auf den Bereich der Aufklärung, Information und Abschreckung beschränken und die strukturellen Bedingungen, konnten bisher kaum Veränderungen des Konsumverhaltens bewirken. Lindner/ Reiners-Kröncke 1993, S.85-89) plädieren aufgrund der mangelnden Erfolge der Suchtprävention für "... eine ganzheitlich ausgerichtete, multifaktorielle Strategie in der Suchtprävention." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.86). Voraussetzung für eine wirksame Suchtvorbeugung sind ihrer Meinung nach Maßnahmen, die einen Austausch und eine bipolare Kommunikation zulassen. Die Prävention muss an der personalen Kommunikation ausgerichtet sein.

Eine multifaktorielle ganzheitliche Strategie muss verschiedene Bedingungen erfüllen, um effektiv zu sein. Bei der Planung und Durchführung der Prävention muss darauf geachtet werden, dass die Maßnahmen zum einen effektiv und sinnvoll sind, und aufgrund des hohen Kostenaufwands muss man zum anderen immer darauf achten, dass die zur Verfügung stehenden Mittel optimal ausgeschöpft werden.

Nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.86-89) muss ein ganzheitlicher Präventionsansatz verschiedene Voraussetzungen erfüllen:

- Die bisher durchgeführten Maßnahmen im strukturellen als auch im massenkommunikativen Bereich müssen neu überdacht werden und sich komplementär ergänzen können. Das Ziel der veränderten strukturellen Maßnahmen soll eine Reduzierung des Suchtmittelangebots sein. Gesetzliche Vorschriften könnten dies auf verschiedene Art und Weise erreichen: Z.B. durch eine Einschränkung der Werbung von Alkohol, Tabak, Medikamenten; durch eine immense Erhöhung der Tabak- und Branntweinsteuer oder durch eine Veränderung der Abgabevorschriften. Mithilfe struktureller Maßnahmen muss versucht werden, "... suchtfördernde Strukturen im sozialen Nahraum zu ändern." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.86). Im Bereich der Schule, der Arbeit, der Freizeit, der Jugendarbeit usw. muss diesbezüglich interveniert werden. Für Lindner/Reiners-Kröncke (a.a.O.) sind Informationen und Aufklärungen über Genuss- und Rauschmittel auch dann sinnvoll, wenn sie das Ziel einer Verhaltensänderung anstreben und nach didaktischen Gesichtspunkten vermittelt werden.
- Die multifaktorielle Prävention muss ursachenorientiert ausgerichtet sein und die Vielschichtigkeit der auslösenden Faktoren berücksichtigen. Die Maßnahmen "... müssen an den tatsächlich vorhandenen, auslösenden Faktoren orientiert sein." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.87). Sie betonen die hohe Bedeutung einer persönlichen Kommunikation für eine Verhaltensänderung. Ihrer Meinung nach kann nur eine "bipolare Kommunikation" eine angestrebte Verhaltensänderung ermöglichen. Dabei muss man die Zielgruppe mit "... Kopf und Bauch ansprechen" (a.a.O.), also den kognitiven, sozialen und affektiven Bereich des Menschen tangieren.
- Eine multifaktorielle Präventionsstrategie fordert "zielgruppenspezifisch[e]" Maßnahmen, die zusätzlich auch regionale Bedingungen berücksichtigen. (a.a.O.).
- Bei der Planung von Präventionsmaßnahmen müssen konkrete Ziele ins Auge gefasst werden. Der jeweiligen Situation entsprechend müssen diese dann kurz-, mittel- oder langfristig geplant werden.
- Um eine effektive Prävention gewährleisten zu können, erachten sie eine Koordination der Maßnahmen zwischen den Fachkräften und Institutionen und eine Ab-

sprache der angestrebten Ziele für notwendig. Verschiedene Aktivitäten können sich nicht nur gegenseitig ergänzen, sondern durchaus auch aufheben.

- Nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.88) ist die Effektivität der präventiven Maßnahmen nur durch eine "... systematische Ziel- und Methodenkontrolle" gewährleistet. Nur mithilfe einer Evaluation kann man die Ziele, und somit die Qualität der Maßnahme, überprüfen. So kann es zu einer positiven Veränderung und allmählichen Optimierung der Strategien in der Suchtprävention kommen. Eine Evaluation kann so aussehen, dass man den Ist-Zustand der Zielgruppe zu Beginn der Maßnahme und den Ist-Zustand nach Beendigung hinsichtlich der Zielerreichung durch Befragung oder Tests feststellt.

Kollehn/Weber (1988, S.121-124) führen vier Zielbereiche an, die im Rahmen einer multifaktoriellen Strategie in verschiedenen pädagogischen Feldern angestrebt werden sollen:

1. Die Erweiterung der individuellen psychosozialen Kompetenz:

Dadurch sollen beim Individuum drei Kompetenzbereiche gefördert werden:

- Die kognitive Kompetenz: Die sachliche Reflexionsfähigkeit und die Denkfähigkeit wird dadurch gefördert.
- Die psychosoziale Kompetenz: Das Individuum soll sensibler für die eigenen Gefühle und Einstellungen werden. Es soll zur Rollendistanz und -flexibilität befähigt werden. Das Individuum soll die eigenen Bedürfnisse und Interessen wahrnehmen und durchsetzen können. Die Erwartungen der anderen sollen nicht völlig ignoriert oder auch nicht ganz erfüllt werden.
- Die moralische Kompetenz: Mithilfe seiner moralischen Handlungsfähigkeit kann er sich entsprechend den Sach- und Werteinsichten zielorientiert verhalten.

2. Vermittlung von suchtspezifischen Sachinformationen:

Im Rahmen dieser Strategie bleibt die Notwendigkeit einer Informationsvermittlung unbestritten, wobei es hier auch verschiedene Arten gibt.

3. Schaffung und Bereitstellung alternativer Angebote:

Eine Voraussetzung für die Kompetenzentwicklung des Individuums stellt die Bereitstellung von Lern- und Erfahrungsfeldern dar, in denen Lernprozesse ermöglicht werden können. Ein neues pädagogisches Konzept, in denen Erfahrungen gesammelt werden können, stellt die Erlebnispädagogik dar.

4. Veränderung struktureller Bindungen:

Präventionsmaßnahmen können nur dann effektiv sein, wenn strukturelle Bedingungen veränderbar sind, zumal es ein Ziel der ursachenorientierten Prophylaxe ist, suchtfördernde Bedingungen zu verändern.

4.4.4 Systematik suchtpreventiver Maßnahmen

Für die Erklärung der Abhängigkeit wird das "multifaktorielle Drogendreieck" (Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. A 2, S.2) herangezogen, was zum einen die große Anzahl möglicher Suchtursachen deutlich macht und sie untereinander in Beziehung setzt.

Die Suchtprevention konzentriert sich somit auf die verschiedensten Lebensbedingungen des Menschen, die alle als Ursachen der Suchtentwicklung gesehen werden können. Die Grundlage verschiedener präventiver Maßnahmen bildet die multifaktorielle Bedingtheit der Sucht.

So gibt es nach Feser (Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. A 2, S.3) zwei Großgruppen von Faktoren, durch die eine Abhängigkeit bedingt wird:

1. Faktoren, die in der Person des Einzelnen liegen
2. Faktoren, die aus der Umwelt auf die Person einwirken.

Diese beiden Faktorenbündel stellen für ihn die Hauptansatzpunkte für die Entwicklung präventiver Maßnahmen dar.

Er unterscheidet zwei Arten von Maßnahmen:

1. Kommunikative Maßnahmen:

Diese setzen an den einzelnen Personen an. Diese Maßnahmen orientieren sich an den Bedürfnissen der Adressaten, und sie sollen widerstandsfähiger gegenüber schädigenden Einflüssen machen. Diese Maßnahmen richten sich an die individuellen Einstellungen und Konsumhaltungen. Durch die Massenkommunikation werden alternative Verhaltensweisen vorgestellt und somit ein anderes Gesundheitsbewusstsein vermittelt.

Eine weitere Möglichkeit präventiver Arbeit stellt die Anwendung von personaler Kommunikation dar, die spezifischer ansetzen kann. Durch den zwischenmenschlichen Austausch können neue Verhaltensweisen gelernt werden.

2. Strukturelle Maßnahmen:

Diese setzen an den Umweltfaktoren süchtigen Verhaltens an. Nach Feser (Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. A 2, S.3) ist eine Ergänzung mit strukturellen Maßnahmen erforderlich. Sie verfolgen das Ziel, die Umweltbedingungen und die Lebensqualität zu verbessern.

Beide Kategorien von Maßnahmen verfolgen unterschiedliche Zielsetzungen. Feser nimmt eine weitere Unterteilung vor (a.a.O.):

- Drogenspezifische Maßnahmen: Sie sind auf den individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit den Drogen gerichtet.
- Drogenunspezifische Maßnahmen: Sie sind auf die individuellen und gesellschaftlichen Entwicklungs- und Lebensbedingungen gerichtet.

4.4.5 Prävention in der Familie

In den ersten vier bis fünf Lebensjahren wird das Kind fast ausschließlich durch die Familie erzogen. In dieser Zeit werden wichtige Weichen für die Persönlichkeitsentwicklung gestellt, so dass das Kind eine entscheidende Prägung für sein weiteres Leben erfährt.

So sehen Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.73) die Familie als bedeutende Erziehungsinstanz an, so dass diese, auch im Hinblick auf eine vorbeugende Erziehung auf den späteren Umgang des Kindes mit Drogen, eine wichtige Rolle spielt. "Vorbeugende Erziehung in der Familie bedeutet vor allem erst mal eine früh einsetzende 'Selbst-Hilfe' der Eltern und zwar nicht gehemmt, falsch und künstlich aufgesetzt, sondern aktiv und integriert in eine besonnene, verantwortungsvolle und liebevolle Erziehung mit all ihren Möglichkeiten. Die Eltern sind hier primär gefordert." (a.a.O.).

Die Eltern bzw. die Familie stellt eine von vielen Ursachen dar, die zum Drogenkonsum beitragen. Die Eltern müssen der Suchtproblematik nicht tatenlos gegenüberstehen, sondern können zum einen durch ihr eigenes Verhalten und zum anderen durch die Ausgestaltung der Familienbeziehungen auf eine Suchtmittelabhängigkeit ihrer Kinder Einfluss nehmen.

Einige Autoren haben sich mit familiären Bedingungen und Erziehungshaltungen auseinander gesetzt, die einen positiven Einfluss auf die Drogenvorbeugung ausüben. (vgl. Bäuerle 1983, S.98-113; nach Hurrelmann 1993, S.50-55; siehe Priebe u.a. 1994, S.32f):

- Vertrauen und Achtung sollen die Hauptgrundsätze der Erziehung darstellen.
- Das Kind sollte in einer emotional warmen Familienatmosphäre aufwachsen, in der es sich angenommen und geliebt fühlt. "Kinder müssen sich des emotionalen Rückhalts bei den Eltern ständig bewusst sein." (Hurrelmann 1993, S.54). Ein gutes Familienleben soll dennoch aber auch keine Probleme ausklammern.
- Das Selbstvertrauen des Kindes sollte gestärkt werden, indem sein Wille nach Selbstständigkeit gefördert wird. So sollte das Kind bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt zu selbstständigem und eigenverantwortlichem Handeln animiert werden.
- Die liebevolle und partnerschaftliche Erziehung zur Selbstständigkeit und Verantwortlichkeit soll das Kind dazu befähigen, die Probleme selbst zu lösen.
- Im Umgang mit den anderen Familienmitgliedern soll das Kind die sozialen Spielregeln kennen lernen und Grenzerfahrungen machen können.
- In ihrem Erziehungsverhalten sollen die Eltern die Eigeninitiative ihrer Kinder fördern und nur insoweit Hilfestellungen geben, dass ihr Freiraum gewährleistet ist.
- Die Familie soll den Kindern Anregungen für eine aktive und abwechslungsreiche Freizeitgestaltung geben. Das Familienleben stellt ihnen Impulse für eine selbstbestimmte Gestaltung zur Verfügung.
- Die Eltern sollen das Knüpfen vielfältiger Kontakte fördern, da die Kinder ihren Umgang mit anderen üben können.
- Die Eltern sollen ein abhängigkeitsfreies Vorbild darstellen bzw. sich über ihre Wirkung als Verhaltensmodell im klaren sein. So sollten die Eltern ihr eigenes Suchtverhalten nicht verheimlichen, sondern sich selbstkritisch damit auseinandersetzen und ihren Kindern klar machen, dass sie sich diesbezüglich nicht vorbildlich verhalten.
- Auch die Außenkontakte der Familie stellen eine wichtige Präventionsmaßnahme dar.

Die Prophylaxe in der Familie verfolgt das Ziel der Vorbeugung. Es handelt sich hierbei um primärpräventive Maßnahmen. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.91-122) führen konkrete Möglichkeiten im Bereich der Primärsozialisation an, die den Eltern als primäre Bezugspersonen dabei helfen, dem Suchtverhalten ihrer Kinder vorzubeugen.

Die präventive Bedeutung der Mutter-Kind-Beziehung und eines positiven Körperbewusstseins

(nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.91-100)

Bereits der frühen Mutter-Kind-Beziehung kommt, in Bezug auf eine gesunde Entwicklung des Kindes, eine hohe Bedeutung zu. Eine "situativ-angemessene" Gestaltung der frühkindlichen Mutter-Kind-Beziehung ist Voraussetzung dafür, Sozialisationschäden, und somit ein eventuell später ausgebildetes Suchtverhalten, zu vermeiden. Gleichzeitig wirkt sich eine solche positive Bindung auf ein gutes/gesundes Körperbewusstsein des Kindes aus.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.91-100) stellen vier Bedingungen an eine Mutter-Kind-Beziehung, die vorbeugenden Charakter haben sollen:

1. In der frühkindlichen Stillphase müssen orale Fixierungen vermieden und das Urvertrauen sowie die affektive Kompetenz gestärkt werden.

Das Suchtverhalten eines Menschen erklärt sich die Entwicklungspsychologie durch Erfahrungen in der frühkindlichen Entwicklung. Im Zusammenhang mit den Ursachen des Suchtverhaltens betont sie vor allem Situationen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung, mit denen nicht angemessen umgegangen wurde.

Im Laufe der Entwicklung des Kindes gibt es einige kritische Situationen, in denen es zu oralen Fixierungen oder Traumatisierungen kommen kann, die als eine Sozialisationsstörung wiederum eine Grundlage für späteres Suchtverhalten darstellen können.

So erklären die Psychoanalytiker das Suchtverhalten eines Menschen durch eine "...frühkindlich erfahrene Traumatisierung, d.h., orale Formen von Körper- und Organlust (z.B. Mund)." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.92).

Die Stillzeit wird als Risikozeit bezeichnet. Das zu lange Stillen eines Kindes kann den Saugreflex länger verstärken, als dies notwendig ist und zu einer oralen Fixierung führen. Ebenso kann ein allzu schnelles Beenden der Stillphase beim Kind ebenfalls ein traumatisches Erlebnis auslösen, da gewohnte Verhaltensweisen plötzlich entzogen werden.

Orale Traumatisierungen können während der Stillphase auch dadurch ausgelöst werden, dass das Kind gestillt wird, ohne ein Hungergefühl zu verspüren oder es zu wenig Nahrung bekommt. Um dies zu verhindern, ist es nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.93) wichtig, bezüglich der Stilldauer die Bedürfnisse des Kindes zu berücksichtigen. Um dem Kind solche Erfahrungen zu ersparen, ist es wichtig, einen angemessenen kindgerechten zeitlichen und örtlichen Rahmen zu finden. Das Kind braucht genug Zeit und die Ruhe, dann Nahrung zu bekommen, wenn es Hunger hat. Weiterhin ist es wichtig, die richtige Nahrungsmenge des Kindes zu kennen.

Vor allem in den ersten neun Monaten ist es wichtig, dass die Mutter die kritischen Phasen ihres Kindes kennt: Zwischen dem zweiten und dritten Monat muss sich der Säugling mit einer Reihe von Umweltreizen auseinandersetzen, worauf er mit den sog. Drei-Monatskoliken reagiert. Der orale Lustgewinn des Kindes gewinnt zwischen dem dritten und sechsten Monat an Bedeutung. In der Zeit zwischen dem sechsten und achten Monat verspürt das Kind eine erste Trennungsangst.

In diesen oben aufgeführten "kritische[n] Zeiten" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.93) kann es zu oralen Traumatisierungen kommen. Nach Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.94) sind solche Fixierungen nie völlig auszuschließen. Dennoch scheint es für sie wichtig, diese kritischen Situationen zu kennen, um als Mutter angemessen damit umzugehen bzw. sich um eine kindgerechte Beantwortung der Situation zu bemühen. Durch das Bemühen entwickelt das Kind Urvertrauen, da zwischen dem sechsten und achten Monat affektive Strukturen beim Kind ausgebildet werden, die das weitere Leben beeinflussen.

2. In der frühkindlichen Situation müssen narzisstische Fixierungen und sonstige traumatische Erlebnisse vermieden werden.

Ein Kind entwickelt narzisstische Bedürfnisse, "... d.h. die Befriedigung von Spannungszuständen und Bedürfnislagen des Kindes durch die Mutter ..." (a.a.O.), die es im Normalfall innerpsychisch internalisiert. Werden diese Bedürfnisse jedoch nicht befriedigt und das Kind erfährt dadurch eine Frustration, wird ihr psychisches System so beschädigt, dass "... sie auf archaische Objekte fixiert bleibt." (a.a.O.). Eine solche Bedürfnisversagung wird z.B. mit Rauschmitteln kompensiert. Bis zum sechsten Lebensjahr, nach Abschluss der ödipalen Phase, kann es zu narzisstischen Traumatisierungen kommen.

Eine narzisstische Traumatisierung kommt immer durch eine schwere Enttäuschung des Vaters oder der Mutter zustande, da sie die Befriedigung der Bedürfnisse versagt haben. Beim Kind entsteht dadurch das Gefühl von "Hilflosigkeit", "Ausgeliefertsein" und "Alleinsein." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.94). Ihrer Meinung nach sind auch diese Frustrationen nicht völlig auszuschließen. (nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.96).

Dennoch gibt es Möglichkeiten, diesen traumatischen Erfahrungen etwas vorzubeugen. Primären Bezugspersonen sollte bewusst sein, dass Kinder in einer bestimmten Entwicklungsphase die Elternbilder idealisieren "... und in einer Phase von archaischen Größenfantasien leben, in der sie schrittweise durch die Mutter als Spannungsbefriedigerin Ausgleich erfahren." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.95). Es ist wichtig, dass es erst ganz allmählich zu einer Spannungsreduktion kommt, die mit Gewissenhaftigkeit und Achtsamkeit der Erwachsenen durchgeführt wird. Um das Gefühl der Hilflosigkeit oder auch des Ausgeliefertseins in Krisensituationen beim Kind zu verhindern, soll der Erwachsene dem Kind mit Erklärungen und Argumenten gegenüberreten.

Nachfolgend wird ein Beispiel für eine narzisstische Frustration angeführt und aufgezeigt, wie ein Erwachsener damit umgehen soll:

Ein Kind hat jahrelang eine enge Beziehung und die ganze Aufmerksamkeit seiner Mutter. Als ein Geschwisterchen zur Welt kommt, ist es urplötzlich sich selbst überlassen, da sich die Mutter um das andere Kind kümmern muss. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.95) vertreten die Ansicht, dass die Mutter dem Kind die neue Situation erklären soll. Sie soll das Kind nicht sich selbst überlassen, sondern ihm aufzeigen und erklären, warum sie sich nun weniger um es kümmern kann.

3. Das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten soll in der Familie gefördert werden (Gesundheitserziehung in der Familie).

Im Rahmen der Prävention in der Familie spielt auch die Gesundheitserziehung eine Rolle, die so früh wie möglich einsetzen soll. Nach Affemann (in: Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.97) beginnt die Förderung von Gesundheitsbewusstsein und Körperwahrnehmung des Menschen bereits mit der "... Stärkung der affektiven Toleranz." Bereits Säuglinge sollen lernen, auf die Bedürfnisbefriedigung, z.B. durch die Mutterbrust, warten zu können und dies auch auszuhalten. So lernt es, mit diesen affektiven Spannungen auch umzugehen, anstatt unverzüglich nach Mitteln der Kompensation zu suchen (z.B. Essen, Trinken, Alkoholmissbrauch). (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.97).

Eine weitere Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung ist die psychische und auch physische Nähe der primären Bezugsperson, die vor allem in den ersten zwölf Lebensmonaten notwendig ist. Durch die Zuneigung und Geborgenheit kann das Kind Urvertrauen als lebensnotwendige Entwicklungsgrundlage entwickeln.

Eine Gesundheitserziehung bezieht sich nicht nur auf eine allgemeine Hygieneerziehung, sondern schließt noch weitere Aspekte mit ein. Es ist wichtig, den Kindern ein "richtiges" Ernährungsverhalten zu erlernen. (a.a.O.). Eine Fastfood Verpflegung sollte sich mit ausgewogener Ernährung abwechseln und nicht regelmäßig konsumiert werden. Die Eltern sollen auch auf das "Bewegungsverhalten" ihrer Kinder achten und sie zu sportlichen und spielerischen Aktivitäten animieren. Aktive Kinder können auch später mit sich etwas anfangen und benötigen keine Drogen. (siehe Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.99). Eine aktive Beschäftigung der Kinder, indem sie ihren Hobbys

nachgehen, einen Sport betreiben oder mit Gleichaltrigen spielen, spielt für Kinder im Hinblick auf eine spätere Suchtvorbeugung eine weitere Rolle. (a.a.O.).

4. Durch ein "positives" Körperbewusstsein werden die Kinder im Sinne von Vorbeugung genussfähig gemacht.

"Eine Erziehung des Kindes zu einer gesunden Lebensweise und -führung, einbezogen in einen sozio-psycho-somatischen Kontext, ermöglicht die Heranreifung und Entwicklung eines positiven Körperbewusstseins." (a.a.O.).

"Positiv" besitzt dabei mehrere Bedeutungen: Durch wichtige Erfahrungen in der Kindheit, wie z.B. ein richtiges Ernährungsverhalten oder das Ausüben sportlicher Aktivitäten, kennt der Mensch seine Bedürfnisse und kann diesbezüglich Prioritäten setzen. Gleichzeitig wird er dadurch befähigt, Probleme und Krisensituationen angemessen zu bewältigen und Frustrationen nicht durch Suchtverhalten zu kompensieren. Ein "positives Körperbewusstsein" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.100) macht den Menschen genussfähig, was sie als wesentlichen Vorbeugungsfaktor gegen Sucht sehen. Diese Menschen können sich ganz bewusst für das entscheiden, was sie für ihre Lebensgestaltung benötigen.

Gemeinsame Erziehungsziele im Rahmen einer emanzipatorischen Erziehung

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.100-112) sehen die emanzipatorische Erziehung im Hinblick auf eine Suchtvorbeugung innerhalb der Familie als eine sinnvolle und diesbezüglich erfolgreiche Erziehungsrichtung an. Die Ziele und Inhalte der emanzipatorischen Erziehung stellen, im Hinblick auf die Suchtprävention, eine Erfolg versprechende Grundlage dar. Die emanzipatorische Erziehung ist präventiv gegen Suchtverhalten ausgerichtet:

1. Selbstwert und Autonomie als Erziehungsziele:

Diese Erziehungsziele spielen in der emanzipatorischen Erziehung eine große Rolle. Menschen mit einem gesunden Selbstwertgefühl haben eine positive Einstellung zu sich selbst und können sich selbst als wertvoll erachten. Er ist in der Lage, Konflikte und auch andere Situationen in seinem Leben zu meistern und von ihm gesetzte Ziele auch zu erreichen.

Um den zu Erziehenden zur Autonomie, also zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu erziehen, muss der Erzieher ihm gegenüber eine "... verantwortliche Parteilnahme und wertschätzende Solidarität" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.101) an den Tag legen.

Das Kind besitzt grundsätzlich das Recht auf Selbstbestimmung und Eigenständigkeit. Der Erzieher hat die Aufgabe, sich im Erziehungsprozess allmählich überflüssig zu machen. Um dem Anspruch des Kindes nach Autonomie auch gerecht werden zu können, müssen die Eltern die Selbstständigkeit in allen Lebensbereichen fördern. Die Kinder sollen das selbst tun können, wozu sie Lust verspüren. Die Eltern sollen entsprechend dem Entwicklungsstand des Kindes in der Erziehung immer ein Stück weit ihr Kind "loslassen." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.102).

Dreikurs/Soltz (in: Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.102) fordern von den Eltern, "niemals für ein Kind etwas [zu] tun, was es selbst tun kann". Gleichzeitig erwähnen sie auch negative Folgen für das Selbstwertgefühl des Kindes, wenn die Eltern die Selbstständigkeit zu stark einschränken.

2. Gemeinsame Erziehungsziele und -inhalte in der emanzipatorischen Erziehung:

Die emanzipatorische Erziehung fordert bezüglich der Erziehung der Kinder ein Engagement beider Elternteile, eine gemeinsame Absprache und eine gemeinsam getragene Verantwortung. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.104) bezeichnen diesen Erziehungsstil als "partnerschaftlich, solidarisch und flexibel" und betonen gleichzeitig auch das Vorhandensein von Autorität. Eine Erziehung zur Mündigkeit und Emanzipation spielt in dieser Erziehungsrichtung eine Rolle. So muss das Kind in der Erziehung immer als eine Person betrachtet werden, die zur Selbstbestimmung fähig ist und nicht als Mittel zum Zweck angesehen und benutzt werden darf.

Die ständig im Wandel befindlichen Lebensverhältnisse bedingen die Dynamik und den Prozesscharakter der Mündigkeit. Eine emanzipatorische Erziehung will den zu Erziehenden zur Emanzipation erziehen, das bedeutet, dass sie "... zum Mündigwerden durch aufklärende Lernunterstützung helfen, [will], die Dispositionen der Kinder und Jugendlichen zur verantwortungsvollen Selbst- und Mitbestimmung fördern sollen." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.104).

Um nicht auf Kompensationsmittel, wie z.B. Drogen, angewiesen zu sein, ist eine sinnvolle Lebensgestaltung wichtig. So betonen sie die Bedeutung einer Sinnorientierung in der Erziehung. Der Erziehungsstil verfolgt das Ziel, dem Menschen zu einem sinnverwiesenen und verantwortungsvollen Leben ohne Abhängigkeiten zu befähigen.

3. Die Funktion beider Elternteile in der emanzipatorischen Erziehung:

Vater und Mutter sollen gleichermaßen für das Kind da sein und einen übereinstimmenden Erziehungsstil praktizieren. Die herkömmliche Rollenverteilung in den Familien verschwindet immer mehr. Der Vater als der alleinige Autoritätssinhaber existiert nicht mehr. Auch die Mutter ist nicht mehr alleinige Quelle von Wärme und Geborgenheit. Emanzipationsbewegungen der Frau und Vergesellschaftungsprozesse führten zu einem veränderten Rollenverständnis, so dass die Autorität von beiden ausgeübt wird und das Kind von beiden Elternteilen Zärtlichkeiten bekommt.

In der emanzipatorischen Erziehung sollen beide Elternteile für das Kind in ihrer natürlichen Rolle, aber auch in ihrer Rolle als Autorität und liebevoller Partner erfahrbar sein.

Autorität ist in der Erziehung unerlässlich, und ist somit auch im Bereich der emanzipatorischen Erziehung notwendig. Autorität soll die Funktion einer Orientierungshilfe erfüllen und das Kind somit in seinem Lernprozess weiterbringen; der Autoritätssinhaber soll daher keine Machtansprüche geltend machen und so ein Abhängigkeitsverhältnis provozieren. In der emanzipatorischen Erziehung kommt es im Laufe des Sozialisationsprozesses zum "... Wechsel von vormundschaftlicher zu späterer partnerschaftlicher Autorität." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.107). Das Ziel ist es, das

Kind nur so lange zu unterstützen, bis es sein Leben langsam immer mehr selbst in den Griff bekommt. In partnerschaftlicher Art und Weise versucht man, das Kind zur Selbstachtung zu erziehen.

Die emanzipatorische Erziehung will unnötige Frustrationen so gut es geht vermeiden. Problematische Situationen und Frustrationserlebnisse im Leben eines Kindes beinhalten jedoch eine Lernerfahrung: Sie lernen den geeigneten Umgang mit ihnen und bauen eine Frustrationstoleranz auf.

Eine entscheidende Rolle spielt dabei der familiäre Rahmen, in dem das Kind mit Frustrationen konfrontiert wird. So kann ein "Nein" der Eltern nur dann positiv verarbeitet werden, wenn es dafür auch eine Erklärung bekommt. "Mit einer rationalen, kompetenten Begründung für die vom Kind geleisteten frustrierenden Verzichtseinbußen erweisen sich Eltern in der emanzipatorischen Erziehung als 'kindgerecht'." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.109). Die Erzieher versuchen, dem Kind eine Einsicht in ihre Entscheidung zu ermöglichen. Das Eltern-Kind-Verhältnis soll eine Abhängigkeitsform immer mehr verlieren und in eine partnerschaftliche Beziehung umwandeln, die von Beistand und Solidarität getragen wird.

Zum einen müssen die Eltern einen genauen Einblick in den Entwicklungsstand des Kindes haben und ihnen zum anderen so viel Vertrauen und Selbstverantwortung zutrauen, was ihnen ermöglicht, eigene Erfahrungen zu sammeln.

Die Ziele der emanzipatorischen Erziehung können nur dann erreicht werden, wenn eine gewisse affektive Beziehung zwischen den Eltern und ihrem Kind besteht. Die emotionale Dimension ist somit ein fester Bestandteil. Von den Eltern wird "Glaubwürdigkeit und Echtheit" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.110) gefordert. Das bedeutet, dass sie keine Maske aufsetzen und Gefühle vorgeben, die sie überhaupt nicht empfinden. Die Kinder nehmen die Gefühlslagen ihrer Eltern sehr sensibel wahr, so dass es auch in diesem Fall wichtiger ist, Erklärungen und Begründungen für die empfundenen Gefühle zu geben. Die Eltern sollten in der Erziehung auch um "Ermutigung" ihres Kindes bemüht sein, anstatt ihnen aufgrund ihrer Überbehütung Fähigkeiten

ten abzusprechen. Die Kinder erfahren so ein gestärktes Selbstwertgefühl und sind in der Lage, soziale Bindungen zu knüpfen.

Eine emanzipatorische Erziehung fordert ein "aktives Verständnis" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.111) von den Eltern. Die Eltern versuchen, sich in die Welt der Kinder hineinzusetzen, ihre Gefühle und ihre Äußerungen nachzuvollziehen und mit ihnen auf dieser Ebene zu kommunizieren.

Selbstbeobachtung und -kontrolle der Eltern in Bezug auf ihr eigenes Konsumverhalten

1. Funktion der Eltern als Vorbild für das Kind (Modellernen):

Kinder lernen über eine relativ lange Entwicklungsphase hinweg Verhaltensweisen dadurch, dass sie ihre Eltern nachahmen. Die Beziehungsperson übernimmt dadurch eine Modellfunktion. Dieses Modell wird von dem Kind nachgeahmt. Die Vorbildwirkung ist um so stärker, je positiver und intensiver die emotionale Beziehung zum Modell ist.

Durch das Modellernen übernimmt das Kind nicht nur Einstellungen und Verhaltensweisen. Es werden ebenso Ängste und auch ein bestimmter Umgang mit Rausch- und Genussmitteln übertragen. (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.113). So kann die Einstellung der Eltern gegenüber dem Alkohol in der Sozialisation durch das Kind internalisiert werden.

Die Nachahmung kann zusätzlich noch durch ein bestimmtes setting verstärkt werden. Ein Haushalt, in dem Alkohol ganz selbstverständlich dazugehört, stellt ein solches "negatives" setting dar. Die Modellfunktion der Eltern macht eine Beobachtung und ein kritisches Hinterfragen ihrer eigenen Verhaltensweisen und Einstellungen erforderlich. Wollen Eltern verhindern, dass ihre Kinder ganz bestimmte Verhaltensweisen nicht übernehmen, so müssen sie sich bewusst machen, "... dass Vorbeugung bei einer eigenen Überprüfung der lieb gewordenen Gewohnheiten anfängt." (a.a.O.).

2. Entwicklung und Förderung von Selbstbeobachtung und -kontrolle der Eltern:

Die Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle des Konsumverhaltens der Eltern stellt eine wichtige Grundlage für die Prävention in der Familie dar. Die Eltern müssen sich für ihren Umgang mit den Genuss- und Rauschmitteln sensibilisieren. Eine aufmerksame Wahrnehmung muss jedoch noch durch ein "... gegenseitiges, vorsätzliches Sich-Beobachten mit verbalem Feed-back" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.114) des Ehepartners ergänzt werden, um so eine Verhaltensänderung zu bewirken.

3. Eine gemeinsame Erziehungshaltung und Verhaltensregeln der Eltern ermöglichen eine "positive" Erziehung des Kindes:

Eine gute emotionale Beziehung des Kindes zu seinen Eltern besitzt eine vorbeugende Wirkung im Hinblick auf ein späteres Suchtverhalten. Für die Vorbeugung ist es von großer Bedeutung, dass die Erziehungsziele gemeinsam und vor allem längerfristig überlegt werden. Von den Eltern werden dabei "positive" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.116) Verhaltensweisen gefordert, um diese Ziele erreichen zu können. Lindner/Reiners-Kröncke (a.a.O.) erwähnen in diesem Zusammenhang das Lob, das gewünschte Verhaltensweisen verstärken soll. Um nicht zu hohe Anforderungen an das Kind zu stellen, muss das Lob richtig dosiert sein. Das Kind bekommt dadurch ein Selbstwertgefühl, das ihm ermöglicht, Probleme und Anforderungen angemessen zu bewältigen.

4. Förderung von aktivem Problemlösungsverhalten des Kindes contra passiver Problem- und Frustrationsbewältigung durch Rausch- und Genussmittel:

Das Suchtverhalten übernimmt vielfach auch die Funktion eines Problemlösers. Durch den Konsum von Suchtmitteln wird versucht, mit Belastungen fertig zu werden und Konflikte zu lösen, sofern der betreffende Mensch in der Sozialisation keine anderen Bewältigungsmöglichkeiten gelernt hat. Leben die Eltern ihren Kindern verschiedene Problemlösungen vor, so erzielen sie dadurch als Vorbild vorbeugende Wirkung. In Situationen von Angst und Konflikten müssen die Eltern ihren Kindern ein Problemlösungsverhalten aufzeigen, was diesen eine aktive Auseinandersetzung mit den Problemen ermöglicht. (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.117).

Frustrationserlebnisse der Kinder können bei ihnen zu einem "Vermeidungsverhalten" führen. Sie tendieren dazu, negativen Situationen aus dem Weg zu gehen. Die Eltern müssen diesen Vermeidungstendenzen entgegenwirken oder ihr Entstehen verhindern. Die Kinder sollen nur die Anforderungen bewältigen, die ihrem Entwicklungsstand entsprechen. Hier ist die Selbstkontrolle der Eltern bezüglich ihres eigenen Vermeidungsverhaltens gefragt und ihre Fähigkeit, damit umzugehen. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.118) schlagen vor, dem Kind Teilschritte aufzuzeigen, wie es das Endziel erreichen kann. So kann es ermutigt werden, sich mit negativen Erfahrungen auseinander zu setzen.

Sie schlagen im Umgang mit dem Kind einen Grundsatz vor: "Kleine Schritte - viel Geduld - angemessenes Lob." (a.a.O.).

Es ist wichtig, die Erwartungen nicht zu hoch zu stecken, so dass keine Angst entstehen muss, diesen nicht gerecht werden zu können. Die Frustrationen werden durch die niedrigen Ansprüche geringer gehalten und können konstruktiv und nicht mit Suchtmitteln gelöst werden.

Die Modellfunktion der Eltern spielt hier eine wichtige Rolle. Sie leben ihnen Problemlösungsmuster vor und zeigen ihnen, dass man damit umgehen kann und man Problemen nicht ausweichen muss.

5. Modell der Eltern: Maßvoller und verantwortungsbewusster Umgang der Erzieher mit Rausch- und Genussmitteln prägt das Verhalten des Kindes mit:

Durch ihre Modellfunktion haben sie die Aufgabe, den Kindern einen "vernünftigen" Umgang mit Genussmitteln vorzuleben. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.120) schlagen für den Konsum einen "Mittelweg" vor, der ein völliges Verbot ebenso ausschließt wie einen Missbrauch. Sie plädieren für einen Konsum in Maßen und nicht etwa für eine völlige Abstinenz. "Ein maßvoller/sinnvoller Umgang mit Genussgiften erfordert ein Maß an Disziplin, Motivation und persönlicher Überzeugung, dass es nur so geht." (a.a.O.). Eltern müssen auf Rausch- und Genussmittel nicht völlig verzichten, sondern vielmehr von Anfang an einen "maßvollen Umgang" (a.a.O.) vorleben, also den Konsum auf gewisse Zeiten, Örtlichkeiten und Gelegenheiten beschränken.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.120) schlagen den Eltern verschiedene Möglichkeiten vor, mit Rausch- und Genussmitteln umzugehen. Die Kinder lernen sie so auch als "Genussmittel" kennen:

- Weder allein noch in der Anwesenheit der Kinder sollte man über ein gewisses Maß hinaus trinken.
- Man sollte sich vor den Kindern nie angetrunken oder betrunken zeigen (Autoritäts- und Glaubwürdigkeitsverlust).
- Man sollte den Kindern nicht wegen jedem geringen Anlass oder aus Gewohnheit Tabletten geben. Man muss den Kindern den Grund und den Anlass erklären.
- Wird in Entspannungssituationen Alkohol getrunken, sollte es auch abstinente Tage geben.
- Eine große Anhäufung von Alkoholmengen sollte auch vermieden werden, um den leichten Zugriff zu verhindern.

6. Glaubwürdigkeit der Eltern im Umgang mit Genussgiften ist praktizierte Vorbeugung gegen Drogenmissbrauch des Kindes:

Die Maßstäbe im Umgang mit Rausch- und Genussmitteln müssen sowohl für Eltern als auch für Kinder dieselben sein. Sie können von den Kindern nur das abverlangen, was sie selbst einhalten. Aufgrund ihrer Vorbildfunktion können sie nur dann einen mäßigen Umgang fördern, wenn sie dazu selbst in der Lage sind. Eine doppelte Moral der Eltern stellt ihre Glaubwürdigkeit in Frage, und sie wirken inkonsequent. "Glaubwürdigkeit und Kongruenz des Vorbildes Eltern dürfen im Umgang mit Genussgiften so wenig als möglich beschädigt werden. Glaubwürdigkeit der Eltern ist praktizierte Prävention." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.122)

Ein Kind kommt mit einem bestimmten Alter mit anderen Sozialisationsinstanzen, wie z.B. dem Kindergarten, der Schule oder der offenen Jugendgruppe in Berührung. Die Familie ist dann nicht mehr alleine für die Erziehung und die Prävention verantwortlich, vielmehr sind auch in den außerfamiliären Lebensbereichen des Kindes präventive Maßnahmen notwendig. Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.123f) sehen es als eine Notwendigkeit für die "... Familien unterstützende Prävention" an, dass die Mitarbeiter in den verschiedenen pädagogischen Bereichen "Kompetenz" und "Flexibilität" zeigen und die präventiven Maßnahmen eine Einbeziehung und Zusammenarbeit mit den Eltern vorsehen.

4.4.6 Gesundheitserziehung im Kindergarten

Präventive Maßnahmen bzw. eine "... Gesundheitserziehung mit suchtpreventivem Charakter ..." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.129) muss bereits im Kindergarten durchgeführt werden. Der Kindergarten bietet den Kindern zu den Eltern alternative Vorbilder. So können angeeignete suchtfördernde Verhaltensweisen korrigiert werden und die durch die familiäre Situation erworbene Einstellung kann variiert werden.

Zu einem sehr frühen Zeitpunkt bekommen manche Kinder, anstatt Liebe oder Aufmerksamkeit, verschiedene Ersatzbefriedigungen von den Eltern angeboten (z.B. Süßigkeiten, Fernsehen). Diese Kinder lernen sehr schnell, dass es mit Hilfe von materiellen Dingen zu einem Spannungsabbau kommen kann. Dieser Zusammenhang wird von dem Kind irgendwann so stark internalisiert, "... dass das Kind von seinen Eltern überhaupt nichts mehr erwartet." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.128).

So ist es eine wichtige Aufgabe des Kindergartens, diesen Prozess frühzeitig zu unterbinden. Die Erzieher müssen den Kindern alternative Problemlösungsmuster anbieten und ihnen aufzeigen, wie mit Spannungen sinnvoller umgegangen werden kann.

Da sich Kinder Einstellungen und Verhaltensweisen u.a. auch durch das Lernen am Modell aneignen, kommt dem Kindergarten auch eine wichtige Vorbildfunktion aufgrund der Nachahmung zu. Die Erzieher spielen für die Kinder eine bedeutende Rolle, da sie neben den Eltern sekundäre Bezugspersonen und somit Ansprechpartner für die Kinder darstellen.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.133f) fordern im Rahmen der Gesundheitserziehung im Kindergarten kompetente Mitarbeiter, zumal ihre Arbeit für die Kinder eine Modellfunktion besitzt. Die beruflich kompetenten Erzieher müssen zusätzlich aber auch über "... charakterliche und psychische Dispositionen" (a.a.O.) verfügen.

In ihrem Umgang mit den Kindern müssen sie glaubwürdig und echt sein, und es ist vor allem erforderlich, dass ihr Denken und Handeln übereinstimmt, also kongruent ist. Gleichzeitig sollen sie durch Fortbildungen ihre fachliche Kompetenz erweitern und in der Lage sein, die Konzepte der Gesundheitserziehung den Kindern, ihrem Entwicklungsstand entsprechend, zu übermitteln.

Aufgaben und Ziele des Kindergartens im Rahmen der Suchtprävention

Dem Kindergarten kommt als erste öffentliche Sozialisationsinstanz, im Bereich der Vorbeugung, eine immer wichtigere Bedeutung zu. Bei der Vorbeugung im Kindergarten kommen nur primärpräventive Maßnahmen zur Anwendung.

Die Prävention ist dennoch keine neue Aufgabe im Kindergarten, sondern stellt vielmehr einen Teil ihrer Gesundheitsförderung dar. (vgl. Sozia Verlag GmbH 1996, S.20). "Suchprävention im Kindergarten ist nicht drogenspezifisch, sondern Teil einer ganzheitlichen gesundheitlichen Entwicklung." (Kollehn/Weber 1988, S.125). Der Kindergarten stellt für die Kinder einen außerfamiliären und suchtfreien Raum dar, in dem sie "leben lernen können." (Sozia Verlag GmbH 1996, S.20). So lernen sie z.B. Gefühle zu leben und Konflikte auszutragen.

Die Suchtvorbeugung im Kindergarten soll die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fördern, Risikofaktoren erkennen und verhindern.

Die Kinder sollen auf spielerische Art und Weise die verschiedenen Zusammenhänge erkennen:

- den Zusammenhang zwischen der richtigen Ernährung und der Gesundheit
- den Zusammenhang zwischen Konfliktlösung und Zufriedenheit
- den Zusammenhang zwischen angemessenem Umgang mit Genussmitteln, mit süchtig machenden Stoffen und ihrem Missbrauch. (vgl. Kollehn/Weber 1988, S.125).

Hüsgen/Hüsgen (1980, S.89-101) sehen folgende suchtpreventive Ziele für den Kindergarten als sinnvoll an:

- Die Kinder sollen sich in ihrer Umwelt zurechtfinden und sich sicher fühlen können.
- Der Kindergarten sollte ihren Wunsch nach Selbstständigkeit und Selbstverantwortung unterstützen.
- Im Kindergarten sollen sie ihre soziale Verantwortung lernen, und ihre Kommunikationsfähigkeit soll gefördert werden.
- Der Lernwunsch der Kinder sollte durch entsprechende Lernangebote unterstützt werden.

In der Suchtkrankenhilfe hat sich das Grundverständnis von Sucht gewandelt. Die Droge wird lediglich noch als Mittel und nicht als Ursache der Sucht gesehen. Tolz-

mann (1995, S.4-6) sieht die Sucht "... als Folge eines erheblichen Mangels an psychosozialer Lebenskompetenz" an. Die Ursache dieses Mangels liegt in ungenügenden Sozialisationsbedingungen, die einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung im Wege standen. Es hat sich immer mehr die Erkenntnis durchgesetzt, dass die Entstehung von Sucht auf einer Geschichte beruht, die vielfach bereits in der Kindheit ihre Anfänge hat.

Die Art und Weise, wie mit der eigenen Gesundheit umgegangen wird, wird bereits in der frühen Kindheit gelernt. Auch das eigene Selbstkonzept und das Selbstbewusstsein liegt in der Kindheit begründet, so dass eine frühzeitig einsetzende Prävention am wirkungsvollsten ist. (nach NLS 1995, S.6). So sind bereits im Kindergarten und in der Grundschule präventive Maßnahmen sinnvoll.

Die Suchtprävention mit Kindern verfolgt das Ziel, die Kompetenzen zur Lebensbewältigung zu steigern, indem durch verschiedene Maßnahmen folgende Faktoren gefördert werden: Selbstwert, Selbstvertrauen, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, Genuss- und Erlebnisfähigkeit.

Die NLS (1995, S.6f) vertritt die Meinung, dass bei den suchtpreventiven Maßnahmen, die sich an jüngere Kinder richten, die Eltern und Erzieher unbedingt mit einbezogen werden müssen.

Auch Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.134-136) heben, im Hinblick auf eine Gesundheitserziehung der Kinder, die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Eltern hervor. Es können in der Zusammenarbeit mit den Eltern verschiedene Themen problematisiert werden, wie z.B. die möglichen Ursachen für die kindlichen Verhaltensweisen.

Die Kontakte mit den Eltern finden auf verschiedene Art und Weise statt. So kommt es z.B. zu einem Austausch beim Holen oder Bringen der Kinder, bei gemeinsamen Festen, bei Elternabenden oder auch bei vereinbarten Einzeltreffen, um Probleme der Kinder angehen zu können. In diesem Alter besteht noch eine hohe Abhängigkeit von den Bezugspersonen, die die Kinder erziehen und versorgen. So benötigen die Fachkräfte im Rahmen ihrer Präventionsarbeit Fortbildungen, und die Eltern benötigen Unterstützung in Erziehungsfragen.

Erziehungsstil und Umsetzungsmöglichkeiten der Prävention im Kindergarten

Die Arbeit mit Kindern erfordert eine Arbeitsweise, die den kindlichen Entwicklungsstand aber auch die Fähigkeiten mit einbezieht.

Eine weitere wichtige Grundlage der Kindergartenarbeit stellt nach Lindner/ Reiners-Kröncke (1993, S.125-127) "... eine geschlechtsspezifische, emanzipatorische Erziehung der Kinder ..." dar. Dadurch soll verhindert werden, dass es zu rollenspezifischen Stigmatisierungs- und Zuschreibungsprozessen kommt. Für sie stellt diese Erziehung eine gute Grundlage für die Präventionsarbeit im Kindergarten dar.

Dieser Erziehungsstil verfolgt folgende Grundsätze (nach Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.127):

- Die Mädchen und die Jungen müssen die gleichen Möglichkeiten haben, Selbstbewusstsein, Selbstständigkeit und Fähigkeiten auszubilden, so dass sie einer geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibung (z.B. Mädchen müssen sich unterordnen) entgegenwirken können.
- An beide Geschlechter sind die gleichen Anforderungen und Erwartungen zu stellen, so dass es keine rollentypischen Aufgaben gibt.
- Die Erzieher müssen den Kindern "Rollen übergreifende Identifikationsangebote" (a.a.O.) machen.
- Bereits im Kindergarten sollen sowohl Jungen als auch Mädchen zur Selbstständigkeit, zur Durchsetzungsfähigkeit und zur Emotionalität ermutigt werden.

Für die Umsetzung der Prävention im Kindergarten gibt es verschiedene Möglichkeiten:

1. Suchtmittelbezogene Arbeit:

Kinder im Kindergartenalter haben bereits Kontakt zu Alltagsdrogen, wie z.B. Fernsehen und Süßigkeiten. Im Kindergarten soll den Kindern ein genussvoller und überleg-

ter Umgang damit beigebracht werden. Das Ziel sollen nicht Belehrungen sein; es soll vielmehr eine Hinführung zu einem bewussten Konsum erreicht werden. (vgl. Tolzmann 1995, S.5)

2. Allgemeinpräventive Arbeit:

Das Ziel ist es, die Kinder stark zu machen und sie in ihrer psychosozialen Lebenskompetenz zu fördern. Im Umgang mit den Kindern stehen ihre Wünsche und Bedürfnisse an erster Stelle, und die Erzieher nehmen allen Kindern gegenüber eine annehmende Haltung ein. Ihre individuellen Stärken werden gefördert, indem sie genügend Freiraum haben, um ihre Selbstständigkeit zu stärken. Die Kinder werden ermutigt, eigene Lösungen zu finden.

3. Gespür für Verhaltensauffälligkeiten:

Die Präventionsarbeit im Kindergarten ist dann erfolgreich, wenn die Erzieher für Verhaltensauffälligkeiten sensibel werden und sie ein Gespür für solche entwickeln, die auf eine Sucht hinweisen. Diese Kinder sollen so akzeptiert, integriert und gefördert werden, und sie sollen auch zu einer Lösungsfindung beitragen. (siehe Tolzmann 1995, S.6). Mages (1991, S.11) fordert in diesem Zusammenhang ein wachsames Beobachten und Zuhören.

4. Unterstützung der Kinder aus Suchtfamilien:

Die Familienbedingungen von Kindern aus Suchtfamilien tragen nicht zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung bei. Diese Kinder unterliegen einer weitaus größeren Gefahr, selbst süchtig zu werden, so dass sie eine besondere Förderung brauchen und sie im Kindergarten ein Stück Verlässlichkeit und Sicherheit erfahren sollen.

5. Elternarbeit im Zusammenhang mit der Prävention:

Eine erfolgreiche Präventionsarbeit erfordert eine stark ausgeprägte Elternarbeit. Der Elternkontakt kann sich ganz unterschiedlich gestalten: Beratung der Eltern, Elternabende, Elternbriefe. Durch Aufklärungs- und Erziehungsarbeit mit den Eltern sollen sie sich zum einen über ihren eigenen Umgang mit Drogen klar werden, zum anderen müssen sie die Bedürfnisse ihrer Kinder kennen lernen und sie verstehen. In der Elternarbeit wird ihnen auch vermittelt, wie sie diese Bedürfnisse befriedigen sollen. (vgl. Tolzmann 1995, S.6; siehe Mages 1991, S.11).

Mages betont vor allem die hohe Bedeutung von Informationsgesprächen, im Rahmen derer wichtige Themen angesprochen werden: Bedeutung von Geborgenheit, Achtung, Vertrauen, Konfliktbewältigung statt Verdrängung.

6. Beseitigung von suchtfördernden Bedingungen im Kindergarten:

Um eine erfolgreiche Präventionsarbeit leisten zu können, müssen suchtfördernde Bedingungen beseitigt und suchtvorbeugende Bedingungen im Kindergarten geschaffen werden. Es ist wichtig, die Kindergartenarbeit mit ihren spezifischen Zielen und Strukturen unter suchtpreventiven Gesichtspunkten zu beleuchten und dementsprechend auch Veränderungen vorzunehmen.

Ansätze für eine Suchtprophylaxe

Im Rahmen der Suchtprävention betonen mehrere Autoren die Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern. (vgl. Andreas-Siller 1993, S.16-22; siehe Kollehn/Weber 1988, S.125; nach Sozia Verlag GmbH 1996, S.20; vgl. Tolzmann 1995, S.6). Insbesondere im Kindergartenbereich ist die Elternarbeit von großer Bedeutung, die verschiedene Formen annehmen kann (z.B. kurze Gespräche, Elternabende usw.).

Die suchtpreventiven Maßnahmen sollen nicht isoliert durchgeführt werden, sondern die Ziele sollen auch von den Eltern angestrebt werden. Ein Austausch zwischen den

Eltern und Erziehern ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen von Problemen bei den Kindern, so dass entsprechende Hilfestellungen gegeben werden können.

Die Maßnahmen kann man zu dem Bereich der Primärprävention - Verhinderung einer Suchtentwicklung - und der Sekundärprävention - eine sehr früh einsetzende Intervention bei bereits vorhandenen Störungen - zählen.

Thomas Stadler (in: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. D 2, S.1-5) nimmt noch eine Unterteilung der Maßnahmen vor:

- Drogenspezifische Maßnahmen: Der Umgang und die Bedeutung einer Droge wird angesprochen.
- Drogenunspezifische Maßnahmen: Es geht dabei um die Frage, welche Kenntnisse und Kompetenzen für ein drogenfreies Leben erforderlich sind.

Praktische Leitlinien für die Präventionsarbeit:

- Diese beiden Maßnahmenkategorien sollten aufeinander abgestimmt und aufgebaut sein und nicht isoliert voneinander zur Anwendung kommen. Die kommunikativen und strukturellen Maßnahmen sollen als unverzichtbare Bestandteile der pädagogischen Arbeit in den verschiedenen Sozialisationsbereichen zur Anwendung kommen.
- Die präventiven Maßnahmen sollen adressatenbezogen eingesetzt werden, so dass der Zusammenhang zwischen Person und Umwelt, die Lebensgeschichte und -situation, berücksichtigt werden muss.
- Die Prävention erfordert eine Ursachenorientierung, so dass verschiedene Faktoren im kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich bearbeitet werden müssen, die als mögliche Ursachen für die Suchtentwicklung angesehen werden können.

Drogenspezifische Interventionen im Bereich der Primärprävention für Kinder:

(nach Stadler in: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. D2, S.1-5)

1. Mithilfe medialer Identifikationsebenen wird sowohl der problematische als auch der geeignete Umgang mit Drogen dargestellt:

Beobachten Kinder das falsche Verhalten ihrer Modelle und die negativen Konsequenzen, nimmt man an, dass sie ein positiveres Verhalten zeigen. Die Verfügbarkeit von Drogen soll eingeschränkt werden, und die Werbung für Alltagsdrogen soll stärker in den Hintergrund treten.

Diese präventiven Maßnahmen müssen ebenso auch die allgemeinen Lebensbedingungen ansprechen. Krüger (in: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. A 2, S.3) führt Feser an, der z.B. einen lebendigen Städtebau, bessere Arbeitsbedingungen und ein breiteres Angebot an sozialen Einrichtungen fordert.

2. Das Modellverhalten der Erzieher:

Lebende Modelle haben als Vorbilder für Kinder eine sehr große Bedeutung. Der Umgang mit den Kindern erfordert von den Erziehern Glaubwürdigkeit. So sind diese aufgefordert, ihr eigenes Verhalten und ihren Umgang mit Drogen kritisch zu hinterfragen, um erfolgreiche Präventionsarbeit leisten zu können. (nach Mages 1991, S.11).

3. Kindliches Rollenspiel:

In diesem Rollenspiel zeigen die Kinder vor allem für die Verhaltensweisen besonderes Interesse, die ausschließlich von Erwachsenen gezeigt werden, wie z.B. das Trinken von Alkohol. Die Erzieher müssen diese gedankliche Verbindung aufdecken und auf andere Besonderheiten des Erwachsenseins eingehen.

4. Gruppengespräche zum Thema "Erlebnisse im Umgang mit Drogen":

Bereits mit Kindergartenkindern ist ein Gespräch über ihren Umgang mit Drogen und den erfahrenen Erlebnissen sinnvoll, da diese Kinder mindestens die Erfahrung vom Medikamentenkonsum haben. Die dadurch gewonnene Lernerfahrung - immer wenn es mir schlecht geht, kann ich dies durch Medikamente wieder verändern - kann auf einen späteren Drogenkonsum durchaus begünstigend wirken. Der Zugang wird durch Gespräche zu dem Thema des Umgangs mit Süßigkeiten und mit dem Fernsehen ermöglicht.

Drogenunspezifische Interventionen im Bereich der Primärprävention für Kinder:

Bei diesen drogenunspezifischen Interventionen geht es um die Frage, welche Kenntnisse und Fähigkeiten einen Schutz gegen den Drogenmissbrauch darstellen. (vgl. Stadler in: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. D 2, S.3). Nach einem Konstrukt der "sozialen Kompetenz" von Ullrich/Ullrich (1980) ist man dann zur Bewältigung von Problemen in der Lage, wenn man die folgenden vier Kompetenzen ausgebildet hat:

- "Nein" sagen können
- Kontakte herstellen können
- Berechtigte Forderungen durchsetzen können
- Sich öffentlicher Beachtung und Kritik aussetzen können.

Drogenspezifische Interventionen im Bereich der Primärprävention für Eltern:

Zu den drogenspezifischen Interventionen gehören Informationsveranstaltungen, die sie über die Alltagsdrogen und deren Wirkung, aber auch auf ihre Modellfunktion im Umgang mit ihren Kindern aufklären. Für Eltern, die Probleme im Umgang mit Alltagsdrogen haben, stellen diese Veranstaltungen vielfach eine Bedrohung ihres Selbstbildes dar, so dass Informationen nicht aufgenommen werden.

Mithilfe anderer Themen, wie z.B. Ernährung im Vorschulalter, müssen gemeinsam folgende Präventionsziele bearbeitet werden:

- Nachgeben und Grenzen setzen: Wie gehen die Eltern mit ihrer eigenen Bedürfnisbefriedigung um, und wie halten sie die Spannungen aus?
- Die Vorbildfunktion im Hinblick auf einen kritischen Konsum
- Das Umgehen der Eltern mit ihren Schwächen.

Drogenunspezifische Interventionen im Bereich der Primärprävention für die Eltern:

Bei diesen Maßnahmen geht es darum, wie Eltern ihre Kinder in ihrer Entwicklung so unterstützen können, dass sie ein drogenfreies Leben führen können und auf welchem Wege sie diese Fähigkeiten erwerben können. Die Präventionsarbeit des Kindergartens muss die Eltern zur gegenseitigen Selbsthilfe animieren. Die Interventionen verfolgen nicht die Übermittlung von Erziehungsinhalten, sondern vielmehr das Ziel, unter den Eltern Kontakt herzustellen. Der Kontakt zwischen ihnen ermöglicht die Chance zu einem angstfreien und offenen Gespräch und eine gemeinsame Auseinandersetzung der unterschiedlichen Erziehungsziele und Erfahrungen.

Drogenspezifische Intervention im Bereich der Sekundärprävention für Kinder:

(siehe Stadler in: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. 1990, Kap. D 2, S.4-5)

Die Maßnahmen der Sekundärprävention sollen zu einem sehr frühen Zeitpunkt einer Störung einsetzen, um das Fortschreiten oder eine Chronifizierung zu verhindern. Innerhalb der verschiedenen psychologischen Sichtweisen herrschen verschiedene Meinungen darüber, ob man bereits bei drei- bis sechsjährigen Kindern von süchtigem Verhalten sprechen kann. Im Bereich des Kindergartens handelt es sich hierbei meist um Interventionen zur Verbesserung des Sozialverhaltens. Sie sind weniger drogenbezogen. Bei Kindern mit unangepasstem Sozialverhalten ist der Kontakt zur Familie wichtig, um eventuelle Ursachen erkennen zu können.

Die Erzieher müssen in dieser Altersgruppe der Konfliktbewältigung besondere Aufmerksamkeit schenken. Findet die Problemlösung durch "orale Tröstung" (a.a.O.), z.B. durch Daumenlutschen und Isolation des Kindes statt, so kann ein Zusammenhang mit einem späteren Suchtverhalten bestehen. Die Art der Interventionen hängen von äußeren Faktoren, wie z.B. dem Kind oder auch dem Kontakt zu den Eltern, ab.

Drogenunspezifische Interventionen im Bereich der Sekundärprävention für Kinder:

In dieser Altersgruppe ist es schwierig, verschiedene Verhaltensweisen von Kindern als Vorformen süchtigen Verhaltens oder als eine Sonderform des Normalen anzusehen. Der frühe Einsatz von Hilfsmöglichkeiten erfordert eine enge Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und eine Integration dieser Kinder. Diese Präventionsarbeit macht eine begleitende Supervision und Weiterbildung erforderlich.

Interventionen für die Eltern:

Für den Bereich der Elternarbeit ist eine Weiterbildung von Erziehern erforderlich, zumal der Kontakt zu den Eltern die Arbeit und die Förderung der Kinder begünstigen würde. Dennoch sind die Möglichkeiten, in Bezug auf die von Störungen betroffenen Eltern, der Erzieher im Kindergarten erschöpft, und es bleibt die Frage offen, inwieweit sie eine Anlaufstelle darstellen können.

Bereiche und Vermittlungstechniken in der Gesundheitserziehung im Kindergarten

(siehe Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.131-133).

Die folgenden Bereiche des kindlichen Wesens werden von der Gesundheitserziehung im Kindergarten anvisiert:

1. Der individual-hygienische Bereich:

In diesem Bereich geht es um den körperlichen Bereich des Kindes. Es geht um das Wissen des Körpers und um sein Funktionieren, aber auch um Verhaltensweisen, die ihn aufrechterhalten, wie z.B. allgemeine Körperpflege, gepflegte Kleider und ausgewogenes Essverhalten. Vor allem in Ernährungsfragen ist die Mitarbeit der Eltern sehr wertvoll, da sie den Kindern dementsprechende Lebensmittel in den Kindergarten mitgeben können.

2. Der psycho-motorische Bereich:

Im Rahmen einer präventiven Gesundheitserziehung geht es hier um den seelischen und motorischen Bereich. Das Kind lernt die Körperbeherrschung und bekommt ein Rhythmusgefühl; durch Basteln und Malen wird die Fein- und Grobmotorik gefördert und die Bewegung durch sportliche Aktivitäten.

3. Der emotional-affektive Bereich:

Hier geht es darum, dass die Kinder Umwelt-, Sach- und Naturbegegnungen machen und so z.B. Tiere und Pflanzen kennen lernen. Es werden Rollenspiele durchgeführt, und das Puppentheater wird als Methode zur Sozialerziehung eingesetzt. Die Toleranz und die Mitmenschlichkeit der Kinder soll gefördert werden, aber auch ihr Selbstbewusstsein soll gestärkt werden und der Ausdruck ihrer Gefühle gefördert werden.

4. Der kreative Bereich:

Es geht darum, eigene Ideen entwickeln zu lassen, ihrer Vorstellungskraft und ihrem Experimentierwunsch freien Lauf zu lassen. Dies wird z.B. durch das Arbeiten mit Ton, Kartons, Fingerfarben ermöglicht aber auch durch Tanzen, Musik machen und Theater spielen.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.133) sehen hierfür folgende Vermittlungsformen als sinnvoll und geeignet an: Z.B. Spiele, Puppentheater, Geschmackstests mit verbundenen Augen, Märchen, Kollagen.

Dem Entwicklungsstand der Kinder entsprechend kommen drogenspezifische Vermittlungstechniken zur Anwendung.

4.4.7 Prävention in der Schule

Suchtprävention muss als Aufgabe der gesamten Schule verstanden werden, da die Schule in vielen Fällen die erste Instanz der "öffentlichen" Erziehung darstellt und somit Kinder hier erstmals "öffentlich" werden. Die sich daraus ergebenden Möglichkeiten sind zu nutzen.

Ziele schulischer Suchtprävention

Allgemein zielt schulische Suchtprävention darauf ab "die totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen, den selbst kontrollierten, auf weitgehende Abstinenz abzielenden Umgang mit legalen Suchtmitteln, den bestimmungsmäßigen Gebrauch von Medikamenten" (Bay. Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1991, S.304) zu erreichen.

Es sei erwähnt, dass das Ziel der völligen Abstinenzen hinsichtlich illegalisierter Drogen neu überdacht werden müsste. Es ist davon auszugehen, dass der Cannabis- und Extasykonsum in jugendlichen Subkulturen zu einem festen Ritual geworden ist, dem man eher mit einem selbst kontrollierten und verantwortungsvollen, Gefahren reduzierenden Umgang als mit Verboten begegnen kann. (vgl. Witter/Reiners-Kröncke, 1997).

Ein realistisches Ziel schulischer Suchtprävention wäre somit - auf der Basis von sachlicher Information und Vertrauen - auch das Erlernen von verantwortungsvollem Gebrauch von psychotropen Substanzen. Dies bedeutet, den Missbrauch von Drogen zu verhindern, indem denjenigen Jugendlichen, die die Wirkung psychoaktiver Substanzen erfahren wollen, von der Gesellschaft der Erwachsenen die Chance eingeräumt wird, psychisch unbelastet, unter den Bedingungen des Vertrauens und der Zuwendung den individuell verantworteten Gebrauch dieser psychoaktiven Substanzen zu erlernen. Diese werden für die ganz große Mehrheit der Jugendlichen Alkohol und Cannabis bleiben..

Maßnahmen schulischer Suchtprävention

Die in der Vergangenheit entwickelten Maßnahmen schulischer Suchtprävention sind vor allem noch auf Abschreckung, Repression und Appellen an die Verantwortung gekennzeichnet und lassen einen Erfolg zweifelhaft erscheinen (vgl. Reiners-Kröncke, 1991, S.16 und Hallmann, 1984, S.158). "Abschreckung (lässt) (...) kein eigenes Urteil zu, sie verschweigt und übertreibt. Zudem schreckt die Abschreckung Eltern oft mehr als ihre möglicherweise gefährdeten Kinder und erzeugt (bei diesen nur) Schuldgefühle." (Weber-Hagedorn/Siller, 1988, S.156).

Durch verschiedene Maßnahmen wird zwar immer wieder vermittelt, wozu "nein" zu sagen ist, nicht jedoch, was bejaht werden sollte - und schon aus diesem Grunde ist, wie aus der Lerntheorie/Verhaltenstherapie bekannt, eine Verhaltensänderung kaum zu erwarten.

Die Notwendigkeit eines neuen schulischen Ansatzes formuliert Hallmann wie folgt: "Bleibt schulische Prävention (...) auf die Ernennung so genannter Experten (der Drogenkontaktlehrer) und des Engagements einiger weniger Lehrer beschränkt, so wird auch die Zukunft der Suchtprävention in der Schule nicht gerade positiv stimmen. ... Prävention wird hier allgemein als notwendiges Übel wahrgenommen und präventive Maßnahmen erfolgen in der Regel erst dann, (...) wenn ein aktueller Drogenfall an einer Schule bekannt wird ..." (Hallmann, 1984, S. 159).

Eine ganzheitlich und effektive primäre Suchtprävention hingegen muss die eigenständige Verantwortung, soziales Verhalten und Aktivitäten als Gegenkräfte zur Sucht verstärken. Daher gilt für die Maßnahmen, dass sowohl Lehrer, Eltern und Schüler in die Planung und Durchführung mit einbezogen werden müssen, um eine passive konsumierende Haltung zu vermeiden (vgl. Bäuerle, 1983, S.135).

Schulische Suchtprävention darf des Weiteren nicht beschränkt werden auf sporadische, isolierte und nur auf Drogen ausgerichtet Einzelmaßnahmen. Diese können zwar Anregungen geben, aber nur kontinuierliche Angebote ermöglichen es, positive Einstellungen und alternative Verhaltensweisen aufzubauen. "Prävention darf nicht durch spektakuläre Aktionen betrieben werden, sondern lebt vom unspektakulären, nicht bedrängenden, persönlichen Engagement vertrauenswürdiger Personen." (Bäuerle, 1983, S.134).

Lindner/Reiners-Kröncke fördert daher für die schulische Suchtprävention/Alkoholprävention:

- Alkoholerziehung verlangt ein Klima gegenseitiger Wertschätzung.
- Alkoholerziehung ist nur in einem partnerschaftlichen Kommunikationsprozess möglich.

- Die Schaffung einer tragenden Atmosphäre des Vertrauens, emotionale Zuwendung, die Pflege von Freundschaften sowie die Beratung musischer und kreativer Fähigkeiten können präventive Hilfe sein.
- Eine einmalige Alkoholinformation, auch wenn sie noch so gut gemeint und durchgeführt wird/ ist, kann die Neugier zum Ausprobieren wecken.
- Für die Alkoholerziehung ist der Frontalunterricht fehl am Platz. Die Schüler besitzen bereits Wissen über die Rolle des Alkohols in unserer Gesellschaft, sie haben mehrheitlich die Erfahrung gemacht, dass eigenes und elterliches Trinkverhalten keinen großen Schaden hervorgerufen hat.
- Das Hauptziel sozialer Lernprozesse besteht im begleiteten, gegliederten und vertieften Überdenken gemachter Erfahrungen und Beobachtungen - Beobachtungen, die gefühlsmäßig besetzt sind.
- Alkoholerziehung sollte daher nur über eine längere Zeit hinweg im Sinne des Projektunterrichtes erfolgen. Durch intensive, sachliche und nicht moralisierende Information und Auseinandersetzung sollte eine innere Grundeinstellung beim Schüler entstehen, welche ein kritisches Verhalten gegenüber den Drogen wachsen lässt.
- Alkoholerziehung umfasst thematisch ein sehr breites Gebiet und kann sich nicht auf eine Information über den Alkohol und Alkoholismus beschränken. (Lindner/Reiners-Kröncke, 1997).

Schulische Suchtprävention hat kommunikative und strukturelle Maßnahmen, die drogenspezifisch und drogenunspezifisch angelegt sind, zu umfassen. Reiners-Kröncke gibt folgende Übersicht:

	kommunikative Maßnahmen	strukturelle Maßnahmen
drogen- spezifi- sche Anteile	<p>Drogenerziehung</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterrichtsreihen, Projekte, Theaterstücke u.a. zu den Themen: Drogen, Sucht, Konsum, Werbung, Sehnsucht, Aussteigen usw. - Besuch von: Drogenberatungsstellen - Training bezüglich: Verführungssituationen - ... 	<p>Institutionalisierung von Drogenberatung</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ernennung und Ausbildung eines Drogenkontaktlehrers - Drogenseminare für Lehrer, Schüler und Eltern (...) - Zusammenarbeit mit den örtlichen Drogenberatungsstellen - Initiierung von Schülerselbsthilfegruppen - Lehrerfortbildung zum Thema Prävention - ...
drogenun- spezifi- sche Anteile	<p>Lebenshilfe</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Lehrer als vertrauensvoller Berater und Vorbild - soziales Lernen als Erziehungs- und Unterrichtsprinzip u.a. durch <ul style="list-style-type: none"> + soziale und offene Lernformen + selbstbestimmtes und handlungsorientierten Unterricht - Konflikt- und Kommunikationstraining <ul style="list-style-type: none"> + als integrativer Bestandteil schulischen Lernens + als Projekt- und Schullandheimveranstaltung - Förderung der Kreativität - ... 	<p>Humanisierung der Schule</p> <p>z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> - weitere Demokratisierung der Schule - Einbeziehung außerschulischer Lernorte und Integration von Eltern, Handwerkern, Rentnern in das schulische Lernen - kleinere Schul- und Klassengemeinschaften - Entlastung der Lehrer für päd. Aufgaben und individuelle Betreuung - Klassenlehrerprinzip - Reduzierung des Stoff- und Notendrucks - Gemütlichere und individuellere Gestaltung der Schulen (...) - Anbieten von Freizeit – AG's - ...

Modelle, Qualifikation und Weiterbildung des Lehrers

Der Lehrer als eine Person, der die Entwicklung von Kindern/Jugendlichen über einen relativ langen, aber überschaubaren Zeitraum verfolgen und konstruktiv beeinflussen kann, ist bewusst oder unbewusst, ob er will oder nicht, eine Bezugsperson der Schüler; er ist ein Lernmodell, das durch personale Kommunikation Lernprozesse in Gang setzen kann (und personale Kommunikation kann Verhaltensänderungen des Menschen am ehesten erzielen).

Etschenberg sieht den präventiven Modellcharakter des/r LehrerIn so:

„Zu fragen ist, ob der Lehrer verpflichtet ist, sich auf dieses Problem einzulassen, ob er verpflichtet ist sein Vorbildverhalten, sein Dasein für die Schüler, seine Unterrichtsgestaltung auch unter der Perspektive zu sehen, ob er damit etwas für oder gegen die Suchtprophylaxe leistet. (...) Hier wird der Standpunkt vertreten, dass Schüler und Eltern ein Recht darauf haben, dass der Lehrer seine Funktion im Rahmen der Suchtprophylaxe akzeptiert und ernst nimmt.“ (Etschenberg, 1981).

Relevant wären auch hier wieder Echtheit und Kongruenz im Verhalten des Lehrers. Ein Lehrer muss nicht auf seine lieb gewonnenen Genussgifte verzichten, aber z.B. auf Skifreizeiten, Klassenausflügen etc. offensiv zu rauchen oder Bier zu trinken ist unverantwortlich und daher abzulehnen. Eine andere Frage beschäftigt sich mit der Tatsache, dass viele Lehrer/-innen in Fragen der Drogenproblematik, bzw. Suchtprävention unsicher oder/und überfordert sind.

Es gibt also Anlass, über die Qualifikation des Lehrers nachzudenken und die Thematik von Fort-/Weiterbildungsmaßnahmen anzuschneiden.

Feldhegel et.al. (1982) hatten diesen Sachverhalt (sprich: Mängel in der Qualifikation des Lehrers) möglicherweise als Hintergedanken, als sie speziell für Lehrkräfte ein präventives Seminarkonzept/Fortbildungsseminar (Möglichkeiten präventiver Hilfen

für rauschmittelgefährdete Jugendliche) konzipierten, und zwar mit diesen thematischen Schwerpunkten:

- "1. ... Vermittlung von wissenschaftlich fundierter Information über Ursachen von Rauschmittelmissbrauch, epidemiologische Aspekte, Arten und Wirkungen von Rauschmitteln und einschlägige gesetzliche Bestimmungen ...
2. Die Bearbeitung unterrichtsmethodischer und didaktischer Aspekte soll dem Lehrer sowohl im Hinblick auf die Informationsvermittlung im Unterricht als auch für die Beurteilung einschlägiger Medien auf ihre präventive Wirkung hin konstruktive Hilfen geben.
3. Weitergehende Hilfsmöglichkeiten, die dem Lehrer die Früherkennung von Gefährdungsfaktoren und die Vermittlung von alternativen Verhaltensmöglichkeiten in Problemsituationen des Jugendlichen ermöglichen ...
4. Möglichkeiten der Elternarbeit werden erarbeitet, ihre Übertragbarkeit auf den Schulalltag überprüft ...
5. Die Grenzen präventiver Maßnahmen in der Schule werden aufgezeigt ..." (Feldhegel et.al. 1982).

Die Autoren wollen damit LehrerInnen nicht zu TherapeutenInnen heranbilden, sondern es ist ihr Ziel, bereits vorhandene pädagogische Dispositionen zu optimieren.

Mit solchen tatsächlich wahrgenommenen Fortbildungsmaßnahmen wäre es sicher möglich, hinsichtlich Unsicherheiten und Defiziten in der Sachkompetenz der LehrerInnen zu intervenieren, bzw. Mängel erst gar nicht auftreten zu lassen. Der Präventionsgedanke an den Schulen wäre damit gestärkt.

Angebot einer Beratung (Vertrauenslehrer und Drogenberatungslehrer)

Ein enormer Fortschritt an einer Schule wäre eine Möglichkeit der Beratungsarbeit, z.B. durch Berufung eines Vertrauenslehrers oder noch intensiver durch Ernennung eines Drogenberatungslehrers. Vertrauenslehrer gibt es heute bereits an fast allen Schulen im Bundesgebiet. Ein Drogenberatungslehrer, wie ein Vertrauenslehrer, muss das uneingeschränkte Vertrauen der Schüler genießen. Während ein Vertrauenslehrer aufgrund seiner Rolle, die er besitzt, wohl mehr vermittelnde und unterstützende Funktion hat, keine spezielle und nur unzureichende Qualifikation in Suchtfragen bzw. Ausbildung und Kenntnisstand aufweisen kann, kommt dem Drogenberatungslehrer eine wohl kompetentere und schwierigere Rolle zu.

Der Drogenberatungslehrer ist entweder durch Verlagerung von Unterrichtsstunden für die Kinder/Jugendlichen an bestimmten Tagen der Woche zu sprechen oder es werden dafür Planstellen geschaffen (z.B. 20 Stunden in der Woche mit flexiblen Arbeitszeiten oder Halbtagesstelle). Er muss sich wie die Vertrauenslehrer in jedem Fall im Kontext der Schule auskennen und darf für die Schüler kein Unbekannter sein, der kommt und geht und nicht anwesend ist, wenn es Krisen gibt. Seine Qualifikation sollte eine Ausbildung wie z.B. in Heilpädagogik, Sozialpädagogik oder klinischer Psychologie sein (denkbar wäre auch ein Schulpsychologe mit drogenspezifischen Kompetenzen), um Einzelfallhilfe, Aufbau von Gruppen oder Kriseninterventionen unternehmen zu können. Er muss einen sehr hohen Wissens- und Kenntnisstand über Ursachen, Folgen von Drogenmissbrauch, Diagnosefähigkeiten usw. besitzen, muss möglicherweise Unterrichtserfahrungen haben, um sich in die Rolle von Lehrer und Schüler hineinversetzen zu können und er muss über Technik, Medien, sonstige Vermittlungsformen und Informationen verfügen. An ihn sollten sich Lehrerkollegen wenden können, wenn es darum geht, Suchtproblematiken in einem Fach wie Biologie gezielt und durch Einsatz von Referat, Film und Unterrichtsmaterial zu thematisieren. Der Drogenberatungslehrer sollte auch über die Möglichkeiten, mit außerschulischen Einrichtungen (z.B. Suchtberatungsstelle einer Stadt, Selbsthilfegruppen) in Kontakt zu treten, Bescheid wissen.

Er muss mit diesen Fähigkeiten einerseits seinen Lehrerkollegen solidarische Unterstützung geben können und ihnen zur Seite stehen (z.B. wenn ein Lehrer mit einem aufmüpfigen, als "Hascher" bekannten Schüler zu ihm kommt).

Auf der anderen Seite sollte der Beratungslehrer auch von sich aus das Gespräch mit den Schülern suchen, sich aber nicht aufdrängen. Räumlichkeiten und Atmosphäre, z.B. ein Beratungs- oder Arbeitszimmer an der jeweiligen Schule, sollten eine Selbstverständlichkeit sein, um ein geeignetes "setting" für Gespräche mit den Schülern zu haben. Wie schon angedeutet, sollte für Drogenberatungslehrer wie für Vertrauenslehrer in Angelegenheiten von Drogenmissbrauch die Schweigepflicht gelten.

Beratungsanlässe können dabei u. a. auch ein: "häusliche Schwierigkeiten, Konflikte mit anderen Schülern, sexuelle Probleme (Schwangerschaft), Probleme in der Partnerschaft, Konflikte mit Gesetz und Öffentlichkeit, Lehrstellensuche, Schulprobleme (Noten, Versetzung, Leistungsansprüche der Eltern)" (Thurn, 1985, S.31).

Das Ziel des Beratungsangebotes ist es, präventiv zu wirken und den Schülern "Entscheidungshilfen zur besseren Bewältigung ihrer schulischen und individuellen Lebenswirklichkeit" (Wulfers, 1991, S.62) zu geben. Präventiv bedeutet in diesem Zusammenhang, "Entwicklungen mitzubeeinflussen und jene Formen, die für den Betroffenen Schwierigkeiten und Belastungen mit sich bringen, aufzugreifen und zu bearbeiten." (Grossmann/Stickelmann, 1981, S.57). Um aber solche Hilfsangebote sinnvoll und individuell zu gestalten, sollte der Lehrer den Schüler systematisch in verschiedenen Lebenszusammenhängen betrachten, was ihm prinzipiell möglich ist.

Es wäre die Frage zu diskutieren, ob und in wie weit diese Aufgaben nicht auch einer Schulsozialarbeit zu übertragen wären. An anderer Stelle wird dies diskutiert und auch in der Praxis haben sich Modelle für solch eine Arbeit etabliert.

Elternarbeit

Die Schule hat bei der Hilfe für Kinder aus suchtkranken Familien u. U. auch die Aufgabe, Hilfemaßnahmen mit allen Beteiligten (Eltern, Schüler, Lehrer, Sozialarbeiter, externe Einrichtungen) zu koordinieren, um eine Mehrfachbetreuung auszuschließen. Damit wird Schule auch zu einer Netzwerkstelle, die sehr wohl Casemanagement betreiben kann.

Bekannt ist, dass der Bildungsstand der Eltern und die bisher gemachten Erfahrungen mit der Sozialarbeit oder Schule ausschlaggebend dafür sind, ob sie ein Kontaktangebot angenommen wird. In den Fällen, bei denen Vorbehalte gegen die sozialen Institutionen bestehen, ist es wichtig, dass Lehrer immer wieder auf die Eltern zugehen, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Schwellenängste abzubauen, z.B. durch Einladungen zu Gesprächen, durch Elternarbeit (Elternabende, Stammtische, ...), durch Hausbesuche, durch Kooperationsangebote an Elternvereinen usw.

Ein wichtiger Bestandteil der Elternarbeit sind Präventionsmaßnahmen, in die die Eltern mit einbezogen werden müssen, da nur dann schulische Maßnahmen im Elternhaus "mitgetragen" werden und Erfolg haben.

Eltern sind über die Gefahren und Probleme der Sucht- und Drogenproblematik zu informieren und aufzuklären.

Dazu gehören auch Themen wie: Erziehung zum Neinsagen; Strategien zur sinnvollen und konstruktiven Problemlösung; Erhöhung der Frustrationstoleranz; einfühlsamer und sinnvoller Umgang mit schwankenden Gefühlen Jugendlicher ohne sie zu verletzen.

Dies kann im Rahmen von Elternabenden, Elterngruppen und Einzelgesprächen erfolgen.

Schaffen einer pädagogischen Unterrichtsatmosphäre

Die Frage lautet: Wie lässt sich im Unterricht (fächerübergreifend) ein angenehmes, wertvolles Lernklima herstellen? Und zwar so, dass beide Seiten, Lehrer wie Schüler davon Nutzen haben können. Viele Lehrer kommen in die Klasse, halten ihren Unterricht und gehen wieder. Die Schüler versuchen, den Vormittag irgendwie zu überstehen und hoffen auf das Ende der jeweiligen Stunde. Diese Situation spielt sich Tag für Tag in deutschen Klassenzimmern ab und hinterlässt meistens bei Lehrer und Schülern große Unzufriedenheit. Der Leistungsdruck der Schule mit der Jagd nach guten Noten und möglichst guten Zensuren am Ende des (Halb-) Jahres trägt seinen Teil dazu bei. Schule ist oft nur Durchgangsstation, wo die Besseren gewinnen und die Schlechteren verlieren.

Dabei könnte jeder Lehrer mit guten Vorsätzen und Motivation zusammen mit den Schülern so etwas wie eine angenehme Lernumwelt schaffen; dazu gehört z.B. die gemeinsame Gestaltung des Klassenzimmers mit Blumen, Collagen, Bildern, Postern etc.

Denn was gemeinsam erarbeitet wurde, wird von den Schülern auch nicht unbedingt zerstört werden (auf der anderen Seite lassen viele Schüler ihre Aggressionen an Schulmaterial wie Bänken, Schränke und Stühle aus).

Der Lehrer kann mit seiner "Art", d.h. einer gezielten (nicht-autoritären) bestimmenden Umgangsweise, seinen Schülern Ängste vor Versagen, schlechten Noten und Leistungsdruck nehmen. Möglicherweise gelingt es ihm, seine Schüler dann irgendwann zu "packen", d.h. dass so etwas wie ein gegenseitiger Respekt, eine angstfreie Kommunikation, ein pädagogisch fruchtbares Klima vorhanden ist.

In einer solchen Unterrichtsatmosphäre ist es eher möglich, z.B. auf Drogenvorfälle bei Schülern angemessen und nicht mit groben Überreaktionen zu antworten.

Hat z.B. ein Lehrer den Verdacht oder genaue Kenntnisse darüber, dass ein oder zwei Schüler auf einer Party Cannabis geraucht oder ausprobiert haben, so kann er eventuell diesen Vorfall in Einzelgesprächen abklären oder er kann in Kooperation mit ähnlich motivierten Lehrerkollegen beratschlagen, wie man vorgehen kann. Überreaktionen, wie z.B. den Vorfall der Polizei melden, Meldung des Vorfalls an die Schulleitung etc., würden zwangsweise bei den Schülern einen Stigmatisierungsprozess einleiten, d.h. die Schüler, die sich sonst nichts haben zuschulden kommen lassen, würden als Kriminelle etikettiert werden und möglicherweise weiter in die "Drogenszene" abrutschen. Ganz anders wäre der Fall, wenn der Lehrer Kenntnis von einem Drogenhandel an der Schule erfährt; hier ist unverzüglich die Polizei heranzuziehen. Eine Verpflichtung, Drogenfälle zu melden, besteht in der Regel für Lehrer dann, wenn sie es pädagogisch für sinnvoll und verantwortungsvoll erachten (relevant wäre hier Absprache mit Kollegen).

Mit der vorher beschriebenen Lernatmosphäre ist es für den Lehrer auch eher möglich, zusammen mit den Schülern Projekte und Aktionen im suchtpreventiven Kontext (parallel zum Unterricht oder nach den regulären Unterrichtszeiten) anzugehen. Voraussetzung ist natürlich, dass die Schüler Interesse daran haben, selbst kreativ tätig werden zu wollen. Der Lehrer kann hier als Motivator, Mediator und Multiplikator im präventiven Sinne fungieren und geeignete Themen/Medien/Unterrichtsmaterialien bereitstellen.

Projekte und Aktionen wären z.B. eine Ausstellung/Collagensammlung zum Thema Alkohol im Klassenzimmer/der Schule, Theater machen, Sketche proben für ein Schulfest zum Thema: "Rauchen und Trinken in der Familie", Rollenspiele, einen Videofilm mit den Schülern drehen, etc.

Solche Aktivitäten fördern den Zusammenhalt der Gruppe/Klasse, haben Aufforderungscharakter zum Mitmachen, provozieren, sich damit auseinander zu setzen und sind meist unkonventionell, mit einem Wort:

Sie sind präventiv wertvoll!

(Möglichkeiten von Projekten und Aktionen siehe auch: Materialien zur Suchtprävention/Bereich Schule)

Eine "positive", geeignete Lernumwelt kann also helfen, sowohl gefährliche drogenspezifische Stigmatisierungen zu vermeiden, als auch zu präventiv orientierten Aktionen und Projekten anregen.

Gruppenarbeit im Klassenverband

Die soziale Gruppenarbeit sollte im Rahmen des Unterrichts durchgeführt werden, da sie so in die alltäglichen Lernprozesse integriert werden kann und nicht isoliert als eigenständiges Angebot und therapeutische Hilfe dargestellt wird.

Diese Voraussetzung bringt Probleme mit sich, da u. U. für jede Stunde, in der die soziale Gruppenarbeit stattfindet, eine reguläre Unterrichtsstunde ausfallen muss, und somit das vorgeschriebene Lernziel nicht erfüllt wird. Dies ließe sich aber durch das Nutzen von Vertretungsstunden umgehen.

Die soziale Gruppenarbeit ist eine sehr wichtige Intervention, da sie dazu beiträgt persönliche Kommunikationskompetenzen zu entwickeln und zu fördern, gemeinsame Entscheidungen zu treffen, Verantwortung für sich selbst und für die Klassengemeinschaft zu übernehmen, konstruktive Kritik zu üben und anzunehmen sowie soziale Konflikte angemessen zu regeln. Die Schüler werden damit sozial und emotional stabilisiert und die Integration einzelner Schüler in den Klassenverband wird durch gemeinsames Lernen in der Gruppe verstärkt.

Diese so gewonnenen Kompetenzen wirken sich dann reduzierend auf eine Suchtgefährdung aus.

Inhalte der sozialen Gruppenarbeit sind suchtmittelspezifische als auch unspezifische Präventionsstrategien u. a. mit folgenden Inhalten:

Sachinformationen über Sucht und Suchtmittel, Bewusstmachung von Werten und Normen, Übungen zur Entwicklung psychosozialer Identität, Übungen zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung und Übungen zur Körpererfahrung.

Auch zur Klärung von Konflikten, zur Beziehungsklärung und zur Hinterfragung von Etikettierungen kann soziale Gruppenarbeit dienen.

Außerunterrichtliche Angebote

Außerunterrichtliche Angebote sollten den Schülern die Möglichkeit geben eine andere Form des Lernens zu erfahren und dabei ein Miteinander und eine gegenseitige Unterstützung in kleinen Gruppen zu erleben.

Infolge der positiven Erlebnisse in der Gruppe können u. a. Sozial- und Lerndefizite sowie Lernhemmungen abgebaut und neue soziale Erfahrungen ermöglicht werden. Außerdem erlernen die Schüler soziale, persönliche und kognitive Kompetenzen und sie erwerben, bei entsprechender Anleitung, ein demokratisches Bewusstsein. Die Förderung von sozialen Kompetenzen und das Erlernen von Verhaltensalternativen sind suchtpreventive Maßnahmen.

Hinzu kommt, dass diese außerunterrichtlichen Angebote, die Schulleistungen unterstützen, Schülern aus Unterschichtfamilien zur Chancengleichheit verhelfen, da sich solche Familien oftmals keine privaten Nachhilfestunden leisten können. Eine Erweiterung von Zukunftsperspektiven durch bessere Schulleistungen und der Abbau von Verunsicherungen im Leistungsbereich sind sehr wohl als suchtpreventive Maßnahme anzusehen.

Um die Lerngruppen anders zu gestalten, als den alltäglichen Unterricht, kann es sinnvoll sein Entspannungs- und Konzentrationsübungen, sowie Fantasiereisen in den Ablauf mit einzubauen.

Freizeitangebote

Freizeitangebote im außerunterrichtlichen aber innerschulischen Bereich sind sehr wichtig, da sie einen Gegenpol zur schulischen Struktur und somit andere und neue Erfahrungsräume gewähren.

Diese Angebote sollen keine konsumorientierten sondern alternative und emanzipatorische Freizeitbeschäftigungen bieten, damit die Entwicklung einer Schülerkultur möglich, das Recht der Schüler auf schülergesteuerte Regeneration beachtet und den Schülern die Möglichkeit zur Kommunikation untereinander geboten wird.

Bei diesen Angeboten wäre es wünschenswert, so viele Personen wie möglich, d.h. Lehrer, Schüler und Eltern sowie die Sozialarbeit in die Planung, die Entscheidungsprozesse und die Handlungsvollzüge mit einzubeziehen.

Die Mitarbeit der Lehrer in diesem Bereich fördert die Möglichkeit, ohne Zeit- und Zensuredruck mit Schülern zu kooperieren und diese anders kennen zu lernen. Daraus entstehen verbesserte Lehrer-Schüler-Beziehungen auch innerhalb des Unterrichts.

Die Beteiligung der Schüler an allen drei "Phasen" (Planung, Entscheidungsprozess und Handlungsvollzug) ist sehr unverzichtbar, da sie dadurch die einzelnen Projekte mitgestalten und einen Bezug dazu bekommen. Reines "Konsumieren" entfällt, selbst gestaltete Umgebung ist weniger von Vandalismus betroffen. Im Gegensatz zum Unterricht wird den Schülern hier also Eigeninitiative und Verantwortung übertragen.

Eine Beteiligung der Eltern fördert die Beziehung zur Schule, ermöglicht den Eltern mehr Einblicke in die Wünsche und Bedürfnisse der Kinder, nutzt die Fähigkeiten der Eltern und stabilisiert durch die Zusammenarbeit in der Freizeit einen suchtpreventiven Erfolg.

Gestaltung der Schulpausen

Schulpausen sollten so gestaltet werden, dass Schüler sich erholen, spielen und miteinander kommunizieren können. Es ist wichtig, dass die Pause eine sinnvolle Alternative zum Unterricht bietet und die Bedürfnisse der Jugendlichen angesprochen werden, damit soziales Lernen möglich wird und Aggressionen abgebaut werden können.

Um diese Ziele zu erreichen, sollten verschiedene Angebote geschaffen werden, wie zum Beispiel:

Eine Cafeteria; ein Spielzimmer mit Kicker, Billardtisch und diversen Gesellschaftsspielen sowie ein Raum, der die Möglichkeit bietet sich zurückzuziehen, um zu lesen, zu malen usw.

Außerdem wäre es wünschenswert auf den Schulhöfen große Grünflächen und Spielplätze anzulegen.

Die so gestalteten Pausen tragen dazu bei den Schülern Toleranz, Kommunikationsfähigkeit und soziales Verhalten zu vermitteln. Somit bieten sie einen Interaktions-, Erfahrungs- und Integrationsraum, welcher maßgebend zur strukturellen und persönlichen Suchtprävention beiträgt.

Schülertreff

Der Schülertreff stellt aus zwei Gründen eine sehr wichtige Freizeiteinrichtung der Schule dar: Zum einen bietet er den Schülern die Möglichkeit zur sinnvollen Freizeitgestaltung und zum anderen der Schule die Möglichkeit zur Öffnung nach außen.

Eine Öffnung nach außen setzt aber voraus, dass Eltern und die Sozialarbeit, neben den Lehrern, bei der Gestaltung und Durchführung mitwirken und dass der Schülertreff für alle Jugendlichen des Stadtteils zugänglich ist. Er sollte nachmittags, nach Unterrichtende geöffnet sein, und wenn möglich in eigens dafür vorgesehenen Räumen untergebracht sein.

Der Schülertreff stellt für viele Kinder und Jugendliche deshalb eine so wichtige Einrichtung dar, da er einen geschützten Raum zur Entwicklung einer Schul- und Schülerkultur darstellt. Da dadurch eventuellen Drogenkontakten entgegengewirkt werden kann, handelt es sich auch hier wieder um eine strukturelle Präventionsmaßnahme.

Eine Verbesserung der Beziehungen zwischen Lehren und Schülern ist durch das neue und andere "Miteinander" anzunehmen, Rollenzuweisungen aus dem Lehr- und Klassenalltag werden aufgebrochen, überprüft und ggf. geändert.

Neigungsgruppen

Ziel von Neigungsgruppen ist es bestimmte Aufgaben zu bewältigen sowie gruppendynamische Prozesse aufzugreifen und an diesen zu arbeiten. Somit ist der eigentliche Inhalt ein "themenzentriertes soziales Lernen".

Neigungsgruppen sollten als ein freiwilliges Angebot, oder als Wahlpflichtfach, in den Stundenplan mit einbezogen werden. Sinn macht es, verschiedene Kurse anzubieten (z.B. Theatergruppe, Töpfern, Schülerband usw.), so dass die Schüler je nach Begabung und Neigung auswählen können, woran sie teilnehmen möchten.

Vor allem Kindern und Jugendlichen aus der unteren Bildungsschicht kann mit diesen Gruppen die Möglichkeit gegeben werden, schichtspezifische Nachteile auszugleichen.

Es sollten auch spezielle Kurse angeboten werden, die direkt auf die Suchtproblematik eingehen. Ziel ist hier: Schüler sollen sich kritisch mit ihrem Konsum- und Freizeitverhalten auseinandersetzen und Alternativen zum Suchtmittelgebrauch entwickeln. Dabei wird eine Eigengefährdung thematisiert. Weitere suchtpreventive Themen können sein: Konflikte und ihre Lösung im Elternhaus, in der Schule und im Freundeskreis; eine eigene Meinung entwickeln und diese auch vertreten, Möglichkeiten und Grenzen von Hilfsangeboten kennen lernen.

Eine unverzichtbare, ergänzende Möglichkeit ist es, indirekt auf die Suchtproblematik einzugehen, indem man Kurse mit suchtmittelunspezifischen Inhalten anbietet, z.B. politische Themen, Zukunftsfragen und die eigene Lebenssituation diskutieren, erfassen und bearbeiten, Kurse mit künstlerischen Inhalten usw.

Projektstage/-wochen

Projektstage/-wochen sollen dazu beitragen, dass Schüler konkrete Lebenssituationen kennen lernen, erfahren und verstehen und dadurch zu teamfähigen, kreativen und handlungskompetenten jungen Menschen werden.

Die Gestaltung der Projektstage sollte so aussehen, dass sie entweder mit einer Klasse oder mit der ganzen Schule durchgeführt werden, wobei sie außerhalb der Schule stattfinden können oder aber konkrete Lebenssituationen in die Schule hinein geholt werden.

Wichtig ist es hier auch wieder Alternativen zum Schulalltag zu geben, bei der eine ganzheitliche Lernsituation geschaffen wird. In dieser ist es dann auch wieder möglich direkt oder indirekt auf suchtmittelspezifische Themen einzugehen.

4.4.8 Prävention in der offenen Kinder- und Jugendarbeit

Es sind meistens Kinder und Jugendliche in einem Alter von 10-16 Jahren, die Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit besuchen. Somit handelt es sich bei dem Klientel nicht mehr um richtige Kinder, und dennoch kann man sie noch nicht als Erwachsene bezeichnen.

Vor allem die Jugendlichen befinden sich in einer kritischen Entwicklungsphase: Zum einen legen sie erwachsene Verhaltensweisen an den Tag, wie z.B. das Konsumieren von Alkohol, und zum anderen sind sie aber dennoch damit überfordert, ihr Leben wie Erwachsene zu meistern. Es besteht die Möglichkeit, dass bei den Besuchern dieser Einrichtungen bereits Risikopersonen dabei sind. (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.147).

Die Kinder und Jugendlichen kommen freiwillig in die Einrichtungen der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Das Verhältnis zu den Mitarbeitern ist meist offen und vertrauensvoll. Besonders in diesem pädagogischen Arbeitsbereich bestehen oft enge Beziehungen, was sich auf die Vermittlung von Werten und Einstellungen auswirkt. Eine Bewusstmachung der erwünschten Verhaltensweisen ist daher erforderlich. Fehlende äußere Zwänge, z.B. durch einen Lehrplan, ermöglichen ein intensives Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder.

Vielfach kommen diese Kinder aus benachteiligten Familien, die, in Bezug auf den Drogenkonsum, stärker gefährdet sind und von ihrem Elternhaus aus zu wenig positive Sozialisationseinflüsse erfahren. So haben diese Kinder und Jugendliche schon vielfach prägende Einflüsse erfahren. (Weisz in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. 1993, S.5). "Die Suchtprävention postuliert, dass Kinder und Jugendliche befähigt werden sollen, ihre Umwelt aktiv und ihren Bedürfnissen entsprechend mitzugestalten." (Weisz in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. 1993, S.6).

Damit sie für ihre eigene Gesundheit Verantwortung übernehmen können, müssen sie bestimmte Fähigkeiten und ein Wissen besitzen.

Besonders für das Kinder- und Jugendalter spielt die Gruppe für die Entwicklung eine wichtige Rolle. Der Einzelne orientiert sich an der Gruppe und an den von ihr gelebten Wertvorstellungen, so dass die Gruppe wichtige Erfahrungen vermitteln kann. (nach Ostbomk-Fischer 1993, S.13).

Praktische Präventionsarbeit

Im Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit kommt es zu einem Angebot von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen. Die Suchtprophylaxe im Bereich der offenen Jugendarbeit muss die Tatsache berücksichtigen, dass das Klientel bzw. die Besucher der Einrichtungen aus den unterschiedlichen sozialen Schichten kommen. Das bedeutet, dass den Drogenkonsumenten unterschiedliche Ursachen für ihre Sucht zugrunde liegen.

So sind die Faktoren des Drogenmissbrauchs "mehrschichtig" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.148):

Jugendliche aus einer Arbeiterfamilie konsumieren Drogen z.B. aufgrund ihres geringen sozialen Ansehens, während Jugendliche aus der Bürgerschicht mit Hilfe der Drogen versuchen, den Leistungsanforderungen zu entkommen. Lindner/ Reiners-Kröncke (1993, S.148) fordern daher suchtpreventive Maßnahmen, die die möglichen Ursachen berücksichtigen und den Zusammenhang zwischen Person-Droge-Umwelt im Auge behalten.

Zusätzlich ist eine Orientierung an den räumlichen Bedingungen erforderlich. So muss die Prävention im Bereich der offenen Jugendarbeit "... multikausal begründet werden und multikausal umgesetzt werden." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.157). Die Maßnahmen müssen daher "regionalspezifisch" und "zielgruppenorientiert" ausgelegt sein.

Einen großen Anteil der Jugendarbeit nimmt die Beziehungsarbeit zwischen dem Jugendarbeiter und den Jugendlichen ein. Die Jugendarbeit verfolgt das Ziel, die Isolation und Ausgrenzung der Jugendlichen zu verhindern und sie somit zu integrieren. In

der Jugendarbeit müssen die Ziele längerfristig angelegt sein und kontinuierlich verfolgt werden. Dabei spielen die Jugendarbeiter unterschiedliche Rollen: Sie sind sowohl Mediator, Multiplikator, Motivator und Zubringer von präventiven Angeboten. (a.a.O.).

Das Ziel der Suchtprävention ist das Aufspüren und Konzentrieren auf die Ressourcen der Zielgruppe. Das Ausfindigmachen der Gründe des Alkoholkonsums tritt immer mehr in den Hintergrund.

Die Institutionen der offenen Kinder- und Jugendarbeit haben die Aufgabe, die Lebensbedingungen positiv mitzugestalten (nach Weisz in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V.1993, S.7):

- Die Griffnähe von Drogen muss in diesen Einrichtungen vermindert werden, so dass dort z.B. kein Alkohol verkauft wird.
- Eine gewisse Bedeutung kommt auch dem Imitationslernen zu, so dass die Mitarbeiter auf ihren eigenen Konsum einer Droge verzichten sollen.
- Positiv erfahrene Erlebnisse und Beziehungen stellen ebenso einen Schutz vor verschiedenen Formen des abweichenden Verhaltens dar. Die Atmosphäre in den Einrichtungen spielt eine große Rolle. Das Vermitteln von Wertschätzung und positiver Bestätigung, aber auch die angebotenen Perspektiven und Orientierungshilfen, sind notwendige Lebensbedingungen. Die Institutionen stellen für sie einen Lebensraum dar, in dem sie Glücksgefühle erleben und genießen können.
- Den Mitarbeitern sollte es gelingen, die Kinder und Jugendliche für schöne Dinge zu animieren. Eine Begeisterung der Kinder stellt den besten Schutz dar. In ihrer Begeisterung fördern sie sich selbst und machen vielfach auch Grenzerfahrungen. Sie setzen ihre Kräfte ein und lernen zu verzichten. Sie können die Erfahrung machen, dass Konflikte zu lösen und Belastungen ertragbar sind.
- Ein Gespräch über Drogen ist ebenso erforderlich. Das Drogenproblem soll nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit anderen Themen besprochen werden. Ein Interesse und eine Neugier wird dadurch vermieden.

Verhaltensprävention und Verhältnisprävention im Rahmen der Kinder- und Jugendarbeit

Die Verhaltens- und Verhältnisprävention spielt auch für die pädagogische Arbeit im Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit eine wichtige Rolle.

Ostbomk-Fischer (in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. 1993, S.12-19) nimmt eine Zweiteilung der Präventionsarbeit vor. Beide Bereiche besitzen unterschiedliche Inhalte und Zielsetzungen.

Gleichzeitig weist die Autorin darauf hin, dass eine klare Unterscheidung der Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht immer möglich ist und es zu einer gegenseitigen Beeinflussung kommt. So wirkt sich z.B. ein angenehmes Gruppenklima vielfach direkt auf das Verhalten der Mitglieder aus.

Trotz vielfältiger Überschneidungen werden in den beiden Präventionsbereichen unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt. (nach Ostbomk-Fischer in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. 1993, S.14-19).

1. Verhaltenspräventive Maßnahmen:

Durch diese Maßnahmen sollen die Verhaltensweisen gefördert bzw. verändert werden, die das Individuum vor einer Sucht schützen. Zum einen sollen die Kinder und Jugendlichen gegenüber der Verführung zum Konsum widerstandsfähig gemacht werden, und zum anderen sollen sie positive Konfliktlösungsmuster lernen:

- Verhaltenspräventive Maßnahmen stellen die direkte Einflussnahme auf das Verhalten der Gruppenmitglieder dar. Dazu zählt z.B. das Verhängen von positiven Sozialregeln, durch die die Gruppe auch soziale Verhaltensweisen lernen kann.
- Schikanen Verhaltensweisen durch einzelne Gruppenmitglieder oder dominierenden Positionen Einzelner soll entgegengewirkt werden, zumal ihre undemokratischen Verhaltensweisen von den anderen vielfach übernommen werden.

- Der Gruppenleiter soll vor allem den Gruppenmitgliedern seine Aufmerksamkeit schenken, die von der Gruppe wenig Anerkennung bekommen oder gar ausgeschlossen werden. Diese Gruppenposition ist im Hinblick auf eine reife Persönlichkeitsentwicklung eher kontraindiziert, da sich ein solches Individuum in der Gruppe nicht wohlfühlt und sich auch nicht entfalten kann. Ein wichtiges Grundbedürfnis kann dadurch auch nicht in ausreichendem Maße befriedigt werden, was einen fruchtbaren Boden für eine eventuelle Suchtentwicklung darstellen kann.
- In der Gruppe sollen positive Bewältigungsmechanismen für Konflikte gelernt werden. Es sollen solche Konfliktlösungen eingeübt werden, die die Interessen aller berücksichtigen und nicht einzelne Mitglieder als Sieger hervorgehen lassen. Das Erlernen von geeigneten Konfliktlösungsmitteln setzt ein modellhaftes Verhalten der Gruppenleiter im Umgang mit Konflikten voraus. Die Autorin fordert ein parteiliches Verhalten, also eine Stärkung der Schwächeren, sie lehnt dagegen ein parteiisches Verhalten ab.
- Eine verhaltenspräventive Maßnahme stellt auch die Sachinformation zur Suchtproblematik dar, die neben den kognitiven Aspekten auch emotionale und soziale Elemente beinhalten muss. Gleichzeitig muss auch der konkrete Umgang mit verschiedenen Risikofaktoren eingeübt werden. (z.B. Steuerung des Fernsehverhaltens, Alkohol- und Zigarettenkonsum im Jugendheim).

2. Verhältnispräventive Maßnahmen:

Diese Maßnahmen haben das Ziel, die Verhältnisse zu verändern und zu kontrollieren, die eine gesundheitsschädigende Wirkung haben. Im Bereich der offenen Kinder- und Jugendarbeit sollen all jene Bedingungen verändert werden, die eine Suchtentwicklung begünstigen oder eine Persönlichkeitsentwicklung verhindern. So müssen zunächst die suchtfördernden Bedingungen beseitigt werden, damit die eigentlichen präventiven Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden können. Die Verhältnisprävention will nicht nur negative Bedingungen beseitigen, sondern auch positive Strukturen und Gegebenheiten schaffen:

- Eine grundlegende Voraussetzung für die Bildung einer entwicklungsfördernden Gruppe ist eine partnerschaftlich geführte Gruppenleitung. Die Gruppenleiter machen den Kindern ein positives Beziehungsangebot, das auf bedingungsloser Achtung und Wertschätzung gegenüber allen Gruppenmitgliedern beruht.
- Das Grundprinzip der Gruppenarbeit liegt darin, dass alle Gruppenmitglieder gleichermaßen an der Gestaltung der Gruppentreffen mitwirken. Es sollen daher nur gemeinsame Entscheidungen getroffen werden. Alle Gruppenteilnehmer besitzen einen gleichberechtigten Status in der Gruppe, und es gibt nicht nur ein paar Wenige, die sich durch besondere Leistung oder alleine durchgeführte Aktivitäten hervorheben.
- Im Umgang mit Mädchen und Jungen muss der immer noch verbreiteten Ungleichbehandlung entgegengewirkt werden. Die starren und eingefahrenen Rollen müssen gelockert werden.
- Eine Verhältnisprävention in Bezug auf den direkten Umgang mit abhängigkeitsfördernden Stoffen und Gegebenheiten bedeutet, dass die Jugendschutzgesetze eingehalten werden und der Aufsichtspflicht nachgegangen wird.

Eine verhältnispräventive Maßnahme kann auch so aussehen, dass im Hinblick auf den Konsum von Genussmitteln klare Regeln festgesetzt werden, an die sich dann alle zu halten haben. An die konsequenten Entscheidungen müssen sich auch die Gruppenleiter halten, da so ein richtiger Umgang mit den Genussmitteln ermöglicht wird.

- Bei der Durchführung von Ferienfreizeiten sollten im Vorhinein Bedingungen geschaffen werden, die die Zielgruppe dazu animieren, am Gruppenprogramm teilzunehmen und nicht dem Reiz von Videospiele oder des Fernsehens zu erliegen. Die Rahmenbedingungen des Zielortes (z.B. fehlendes Fernsehzimmer) und der Reiz der Aktivitäten ist dabei ausschlaggebend. Wird das Mitbringen von Computerspielen und Walkmans für alle verboten, finden keine ständigen Auseinandersetzungen statt, und die Kinder und Jugendlichen nehmen eher an attraktiven Angeboten teil.

Prävention in einem selbst verwalteten Jugendzentrum

In selbst verwalteten Jugendzentren besteht die Möglichkeit, dass die Besucher selbst über das Leben in den Jugendhäusern bestimmen. Zum einen gibt es in Jugendzentren eine gewisse Anzahl von Jugendlichen (ca. 6-10 Jugendliche), die die Einrichtung regelmäßig besuchen und dort dementsprechend auch aktiv mitarbeiten. Zum anderen sind dort auch noch hauptamtliche Mitarbeiter (z.B. Erzieher, Sozialpädagogen) beschäftigt, die "... sich als (...) Mediatoren-Multiplikatoren-Motivatoren oder Zuhelfer verstehen ..." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.149). Sie haben eine Beratungstätigkeit und sind Ansprechpartner für Angelegenheiten aus den verschiedensten Bereichen.

Durch das Treffen der Jugendlichen in Jugendzentren, stellen diese Einrichtungen Brennpunkte dar, in denen die Drogenprobleme gehäuft auftreten und gegen die mithilfe präventiver Maßnahmen vorgegangen werden muss.

Eine Möglichkeit, gegen den Drogenmissbrauch vorzugehen, ist das konsequente und repressive Verbot von Drogen, so dass Hausregeln und Ausschlussordnungen den Konsum von Drogen mit Hausverbot sanktionieren. Für die Jugendzentren stellt dies jedoch keine praktikable Präventionsmaßnahme dar, zumal voraussichtlich ein Großteil der Jugendlichen das Jugendzentrum verlassen würde und nur noch wenige Besucher kommen würden.

In vielen Jugendzentren ist es deshalb erlaubt, Alkohol zu konsumieren, aber dennoch keine weiteren Drogen. Wird z.B. trotzdem geraucht, bekommen diese Jugendlichen Hausverbot. So besteht dort ein kontrolliertes Angebot der legalen Droge Alkohol, so dass die Jugendlichen nicht gezwungen sind, auf andere Orte, wie z.B. Parks, auszuweichen und dort dann unkontrolliert zu konsumieren.

Hinter dem konsequenten Verbot von anderen Drogen steht der Gedanke, dass die Jugendzentren selbst keine Integrationsarbeit von Risikogruppen leisten können, sondern diese vielmehr an andere Einrichtungen verweisen. Gleichzeitig orientieren sie sich dadurch aber auch ein Stück weit an den Bedürfnissen der Besucher, und sie stellen ihnen Integrationsangebote zur Verfügung.

Von den Jugendzentren gehen auch primärpräventive Angebote aus, die die Zielgruppe ansprechen und somit vom Drogenmissbrauch abhalten. In den Jugendzentren werden folgende Angebote gemacht: Es sind verschiedene Jugendwerkstätten vorhanden, es werden Ausstellungen mit Drogenthemen durchgeführt; Theatergruppen werden gebildet; Medienräume stehen zur Verfügung; es gibt Infobüros; es werden Musikgruppen angeboten usw.

Die vielfältigen Aktionen in den Jugendzentren sollen die eigenen Fähigkeiten der Jugendlichen fördern. Die Autonomiebestrebungen sollen dadurch anvisiert werden, und ihr Selbstwertgefühl soll gestärkt werden.

Eine Voraussetzung dafür stellen die Bedingungen der Jugendzentren dar (vgl. Lindner/ Reiners-Kröncke 1993, S.152):

- Das Zusammengehörigkeitsgefühl wird gefördert, so dass Einsamkeit keinen Platz hat.
- Es findet eine aktive Tagesgestaltung und Animation statt, was an die Stelle von Depressionen tritt.
- Es besteht ein Informationsangebot, was der Unwissenheit entgegenwirkt.
- Es werden Werkstätten mit "... multifunktionalem Charakter" (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.152) angeboten.

Suchtpräventive Chancen in der Straßensozialarbeit

Die Straßensozialarbeit soll die Jugendlichen aufsuchen, die sich einen eigenen Platz außerhalb von Jugendzentren und Jugendgruppen gesucht haben. Kinder und Jugendliche, die auf der Straße ihre Zeit verbringen, haben eigene Regeln und Normen aufgestellt, und sie unterliegen hier keinerlei Kontrolle und Aufsicht der Eltern oder der Schule.

Sie haben an verschiedenen Orten, wie z.B. in Parkanlagen oder auf Plätzen in Städten, ihre Treffpunkte, an denen sie meist tatenlos herumhängen und nicht wissen, wie sie ihre Zeit sinnvoll gestalten sollen. Aus dieser Untätigkeit und Langeweile heraus nehmen sie Handlungen vor, die die Umwelt provozieren sollen. Vielfach gehören

dazu auch schon kriminelle Aktionen, wie z.B. Diebstähle. (vgl. Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.153).

Es handelt sich hier meist um Jugendliche, die in verschiedenen Bereichen (z.B. Familie, Schule) Probleme haben und in der Gruppe auf der Straße nach einer Selbstbestätigung und Identitätsfindung suchen. Durch körperlichen Einsatz aber auch durch Mutproben schaffen sie sich einen Platz in der Gruppe. Vor allem in den Großstädten sind jugendspezifische Subkulturen (z.B. Skinheads, Punks) die Klienten der Straßensozialarbeit.

Das Ziel der Straßensozialarbeit ist es, die Probleme der Kinder und Jugendlichen kennen zu lernen, und sie soll "... Randgruppen auf der Straße die Integration ermöglichen." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.154).

Die Arbeit muss kontinuierlich und auf längere Sicht angelegt sein. In diesem Bereich sind nur kleine Schritte möglich, so dass nicht unter Zeitdruck gearbeitet werden soll. Ist es erst einmal zu einem Kontakt zwischen dem Straßensozialarbeiter und den Jugendlichen gekommen, sind auch kleine Veränderungen möglich.

Er muss ihnen gegenüber empathisch, geduldig und nachsichtig sein und eine hohe Frustrationstoleranz besitzen. Die Straßensozialarbeit muss sich an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientieren. Während der Kontaktphase muss der Sozialarbeiter die Situation kennen lernen und vor Ort Informationen sammeln. Auch hier ist ein allmähliches und behutsames Vorgehen erforderlich, um zum einen das Misstrauen abbauen zu können und bei der Zielgruppe die Neugierde zu wecken.

Ist der erste Kontakt gelungen, soll der Straßensozialarbeiter die Kinder und Jugendlichen regelmäßig und kontinuierlich an ihren Plätzen aufsuchen. Er soll mit ihnen im Austausch bleiben, einem "... Austausch von Mensch zu Mensch ..." (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.153). Er soll allmählich die Interaktion unter den einzelnen Gruppenmitgliedern fördern und langsam zu Aktivitäten anregen.

In der praktischen Streetworkarbeit mit Punks geht es z.B. darum, ihren Drogenkonsum in dem Maße zu kontrollieren, dass er in einem gewissen Rahmen bleibt, um eine fortschreitende Drogenkarriere aufhalten zu können. "Prävention lautet hier: 'Dasein' für die Jugendlichen, ein ständiges Beziehungsangebot aufrecht erhalten, niemanden auszugrenzen, auch im Notfall Krisenintervention durchzuführen." (Lindner/Reiners-

Kröncke 1993, S.154). So begleiten sie sie z.B. in Notschlafstellen oder in die Suchtberatungsstelle, um eine Therapie vorzubereiten.

Vorbeugung durch erlebnis- und abenteuerpädagogische Maßnahmen

Jugendliche eignen sich immer stärker eine passive Konsumhaltung an, werden mit einer mangelnden Zukunftsperspektive groß, und aufgrund gesellschaftlicher Bedingungen, wie z.B. Arbeitslosigkeit, haben sie Zukunftsangst. Durch Vergesellschaftungstendenzen wird der Bewegungsspielraum der Jugendlichen immer mehr eingeschränkt, und sie leben einsam und isoliert.

Passen sich die Jugendlichen nicht an die gegebenen Lebensverhältnisse an, tendieren sie u.a. entweder zu Aggressionen oder zum Drogenkonsum.

Die Jugendlichen verlieren auch immer mehr die Fähigkeit der aktiven Problemlösung, so dass es eine Aufgabe der präventiven Jugendarbeit darstellt, das Problemlösungsverhalten zu fördern:

- Den Jugendlichen soll ein alternatives Problemlösungsverhalten aufgezeigt werden.
- Ihnen sollen solche Angebote gemacht werden, die es ihnen ermöglichen, alltagsbezogene Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben.
- Ein weiteres Ziel ist es, die soziale Kompetenz (z.B. Rücksichtnahme, Verantwortungsbewusstsein) zu stärken.

Erlebnis- und abenteuerpädagogische Maßnahmen stellen eine weitere Möglichkeit im Bereich der Präventionsarbeit der offenen Jugendarbeit dar. Diese Maßnahmen können z.B. mit Jugend- und Freizeitgruppen, verhaltensauffälligen und straffälligen Jugendlichen zur Resozialisierung durchgeführt werden.

Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.155f) führen einige Gründe an, die für die Anwendung solcher Maßnahmen sprechen:

- An die Jugendlichen werden unmittelbare, alltagsbezogene Anforderungen gestellt, vor denen sie nicht flüchten können. Sie sind gefordert, situative Entscheidungen zu treffen und neue Verhaltensweisen zu erlernen.

- Sie werden aus ihren gewohnten Lebensverhältnissen herausgenommen und haben so die Möglichkeit, ihr Verhalten zu überdenken und auch zu ändern.
- Situationen, die die Jugendlichen selbst erlebt und durchgestanden haben, hinterlassen einen stark prägenden Charakter.
- Die Gruppe kann durch gemeinsame Erlebnisse die Erfahrung machen, dass Konflikte zusammen und nicht gegeneinander ausgetragen werden können.
- Die Maßnahmen erfordern Aktivitäten und eine gemeinsame Verantwortung und kein passives Konsumieren.

Die erlebnispädagogischen Maßnahmen sollen gemeinsam vom Gruppenleiter und den Jugendlichen geplant werden. Durch die Teilnahme an diesen Aktivitäten, können die Jugendlichen alternative Problemlösungsmuster und Verhaltensweisen lernen. Dennoch verweisen Lindner/Reiners-Kröncke (1993, S.156f) auch auf den Nachteil dieses präventiven Angebots. Da die Jugendlichen nur für eine kurze Zeit aus ihrem alltäglichen Lebenskontext herausgenommen werden, können sie "... nicht unbedingt eine präventiv-stabile Verhaltensmodifikation nach sich ziehen ..." (a.a.O.). Nach Beendigung der Maßnahme verfallen sie oft wieder in ihre alten Gewohnheiten zurück. So stellen die freizeitpädagogischen Angebote "... niemals eine Gewähr für ein präventives ..." Gelingen dar. (Lindner/Reiners-Kröncke 1993, S.157).

4.4.9 Sieben Regeln gegen die Sucht

Immer mehr Kinder und Jugendliche werden vom Alkohol und anderen Drogen krank und süchtig. Kinder, die noch keinen Alkohol konsumieren, lernen jedoch sehr schnell, dass unangenehme Gefühlszustände und innere Spannungen durch verschiedene Ausweichmöglichkeiten, wie z.B. das verstärkte Konsumieren von Süßigkeiten oder das häufige Fernsehen, besser auszuhalten sind. Kinder, deren Bedürfnisse nicht in ausreichendem Maße befriedigt werden, versuchen auf diesem Wege, von ihren

Kränkungen und Frustrationen abzulenken. (vgl. Weisz in: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. 1993, S.4).

Der Grundstein für eine spätere Suchtentwicklung wird häufig bereits durch bestimmte Entwicklungsumstände in der Kindheit gelegt. Seelisch gesunde, selbstständige Kinder mit einem stabilen Ich, haben einen guten Schutz vor einer späteren Sucht. So gibt es die Möglichkeiten, Kinder vor einer Sucht zu schützen. Dabei spielt eine sehr früh einsetzende Vorsorge eine sehr große Rolle.

Eine Patentlösung gegen Sucht gibt es nicht. Die Vorsorge-Initiative (1994, S.11-39) hat jedoch sieben Regeln formuliert, die die Kinder von Anbeginn vor Sucht schützen:

1. Kinder brauchen seelische Sicherheit

Diese Regel ist der wichtigste Schutz gegen eine spätere Sucht. Die Kinder wollen sich der Liebe und Zuwendung ihrer Bezugspersonen sicher sein. Das Kind muss die Zuwendung nicht nur sehen, sondern es muss die Liebe auch spüren. Die Erwachsenen müssen ihm dies auch zeigen, damit ein Kind ein Gefühl dafür bekommt.

Die emotionalen Bedürfnisse der Kinder sind je nach Alter unterschiedlich. Entsprechend ihrem Wunsch nach körperlichem Kontakt sollen die Erwachsenen darauf eingehen. Äußern Kinder den Wunsch, in den Arm genommen zu werden, so soll ihnen dies auf keinen Fall verwehrt werden. Sie brauchen jemanden, der sie in den Arm nimmt, vor allem in Momenten der Auseinandersetzung. Eine längere Ablehnung des Kindes und eine lange ausbleibende Versöhnung schmerzt dem Kind.

Die Kinder erfahren dann seelische Sicherheit, wenn sie sich immer sicher sein können, so wie sie sind, geliebt zu werden. Sie können auch in stressigen Zeiten und in Zeiten des Streits ein Grundvertrauen, und somit ein Vertrauen zu sich selbst entwickeln. Kinder, die eine Selbstsicherheit haben und gelernt haben, bei anderen Zuflucht finden zu können, müssen nicht in die Sucht fliehen.

2. Kinder brauchen Anerkennung und Beständigkeit

Diese Regel basiert auf dem Erziehungsgrundsatz, dass Lob besser als Strafe ist. Es genügt nicht alleine, dass man lobt. Eine wesentlich größere Aufmerksamkeit müssen die Erziehungspersonen dem "wie" des Lobs schenken.

Im Umgang mit Kindern ist es wichtig, dass bereits die Bemühung und nicht erst die Leistung gelobt wird. Der stark zunehmende Leistungsdruck in der Gesellschaft begünstigt diese Erziehungshaltung. Das Kind muss die Erfahrung von Anerkennung machen. Die Eltern müssen ihm ihre Wertschätzung und ihre bedingungslose Anerkennung vermitteln. Das Kind soll das Gefühl haben, dass ihm etwas zugetraut wird. Nur so kann es sein Selbstvertrauen - auch gegenüber der Sucht - stärken.

3. Kinder brauchen Freiraum und Beständigkeit

Kinder brauchen viel Freiraum, um eigene Erfahrungen zu sammeln. Sie sollen genügend Raum für Erleben, Spielen, Bewegen und selbstständiges Ausprobieren haben. Zum einen haben sie Erfolgserlebnisse und zum anderen lernen sie die Realität selbst zu begreifen. Diese Erfahrungen können dem Kind von niemandem und nichts abgenommen werden. Das Kind soll sich so frei wie möglich bewegen können und nur dann Hilfe bekommen, wenn es diese selbst wünscht. Die Eltern sollen dem Kind keinesfalls alles abnehmen oder immer den richtigen Weg zeigen. Die Überbehütung steht einer Unabhängigkeit des Kindes im Weg.

Neben einem großen Freiraum brauchen die Kinder auch Grenzen, die von den Eltern konsequent durchgesetzt werden sollen. Sie haben die Funktion, dem Kind Halt zu geben und es nicht zu sehr einzuengen. Sie sollen verhindern, dass die Grenzen der anderen zu sehr eingeschränkt werden.

Eine gute Orientierungshilfe stellt für Kinder die Beständigkeit im Erziehungsalltag dar. Ein Beispiel dafür ist z.B. ein regelmäßiges gemeinsames Abendessen. Die Kinder haben dadurch auch keinen Drang nach Ersatzbefriedigungen, wie z.B. nach Suchtmitteln.

4. Kinder brauchen realistische Vorbilder

Die Eltern erfüllen für ihre Kinder die Funktion prägender Vorbilder. Sie werden von ihren Kindern sehr genau beobachtet, und sie orientieren sich in ihrem Denken, Fühlen und Verhalten an ihnen. Die Kinder nehmen bereits sehr früh und deutlich wahr, was die Eltern ihren Kindern lehren und was sie in Wirklichkeit tun. Vor allem im Bereich eigener Süchte wird der Widerspruch zwischen den Worten und dem eigentlichen Verhalten am deutlichsten. Ihren Kindern erklären sie, wie gefährlich Alkohol ist und trinken ihn dennoch selbst.

Im Umgang mit den Kindern ist das Umgehen der eigenen Sucht keine vernünftige Lösung. Können sie ihrer eigenen Sucht nicht Herr werden, so plädiert die Vorsorge-Initiative (1994, S.24) für Ehrlichkeit gegenüber den Kindern. Die Eltern sind aufgefordert, ein Eingeständnis bezüglich ihrer eigenen Fehler und Schwächen zu machen. Kinder brauchen realistische Vorbilder, um eine wahre Vorstellung von der Realität zu bekommen.

5. Kinder brauchen Bewegung und richtige Ernährung

Kinder haben von Natur aus ein großes Bewegungsbedürfnis, dem Rechnung getragen werden muss. Sie brauchen genug Platz, um ihren Bewegungsdrang auszuleben. Sie haben Spaß an körperlichen Anstrengungen. Die Kinder sollen erfahren, dass ein Zusammenhang zwischen dem körperlichen Wohlbefinden und dem seelischen Gemütszustand besteht.

Die Vorsorge-Initiative führt dazu ein Beispiel an (1993, S.27): "Wer sich körperlich betätigt, wird von selbst wohlig müde und braucht kein Schlafmittel."

Für ein angenehmes Körpergefühl muss die Bewegung der Kinder noch mit der angemessenen Ernährung ergänzt werden. Ein verantwortungsvoller Umgang, insbesondere mit Süßigkeiten, ist dabei erforderlich. So dürfen sie nicht zur Beruhigung und zum Trösten eingesetzt werden oder anstelle von emotionaler Zuwendung. Das Bedürfnis nach bestimmten Gefühlen kann durch den Einsatz beliebiger anderer Stoffe nicht befriedigt werden.

6. Kinder brauchen Freunde und eine verständnisvolle Umwelt

Die Familienstruktur hat sich im Gegensatz zu früher verändert, so dass die Familien immer kleiner werden und viele Kinder ohne Geschwister aufwachsen. Der Mehr-Generationenhaushalt existiert nicht mehr, so dass viele Kinder aufgrund der Berufstätigkeit ihrer Eltern häufig alleine sind und keine Ansprechpartner mehr haben. Auch die zunehmende Anzahl Alleinerziehender führt zu einer Verlagerung der seelischen Entwicklung des Kindes in die Krabbelstuben, Kindergärten und Kindertagesstätten. Die Kinder haben Kontakt zu anderen Kindern und Erwachsenen. Den Kindertagesstätten kommt in Bezug auf die seelische Entwicklung, und somit in Bezug auf die Suchtvorbeugung, eine große Bedeutung zu.

Freunde im Leben eines Kindes spielen drei wichtige Rollen (nach Vorsorge-Initiative 1994, S.32): Mit den gleichaltrigen Freunden können sie gemeinsam spielen. Die Erwachsenen stellen außerhalb der Familie einen weiteren Orientierungsrahmen und Bezugspunkt dar. Menschen, die sich für die Kinder und ihre Rechte einsetzen, ermöglichen ihnen ein Aufwachsen in einer kindgerechten Umwelt.

Alle Erwachsenen entscheiden mit ihrem Verständnis und ihrer Toleranz über die Lebensbedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen. Die Atmosphäre wird von allen Mitgliedern der Gesellschaft gestaltet und entscheidet über ein drogenfreies Leben bzw. über den Griff zum Suchtmittel.

7. Kinder brauchen Träume und Lebensziele

Kinder haben das Bedürfnis, die Welt als Ganzes zu verstehen. Diesem Grundbedürfnis muss vonseiten der Erwachsenen ebenfalls entsprechend Rechnung getragen werden. Eine Darstellung der Welt sollte nicht nur einseitig mithilfe des Fernsehers geschehen. Vielmehr sollten sich die Eltern Zeit nehmen, mit den Kindern über Gott und die Welt zu reden. Der Fernsehapparat kann weder die Lebendigkeit noch die Vielfältigkeit der Wirklichkeit darstellen. Vielfach stellen sich Kinder Fantasiewelten vor, die bei den Erwachsenen auf Interesse stoßen sollen.

Literaturverzeichnis

- Ackermann, R.J.: Children of Alcoholics: A guidebook for educators, therapists and parents. Holmes Beach 1983
- Ackermann, R.J.: Let go and grow. Pompano Beach 1987
- Ackermann, R.J.: Noneductive inference. London 1966
- Adams, J.: Ich bin doch immer deine Mutter. Wenn Kinder erwachsen werden. München 1998
- Adams, J.H.: Neuropathology. Heidelberg 1988
- Adl-Amini, B.: Didaktik und Methodik. Weinheim 1981
- Affemann, R.: Erziehung zur Gesundheit. München 1978
- Aguilera, D.: Krisenintervention. Bern 2000
- Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V.: Materialmappe Suchtprävention. München 1990
- Alison, B.: Alkohol in der Familie. Kempten 1991
- Allert, T.: Familie, Milieu und sozialpädagogische Intervention: Möglichkeiten, Handlungsansätze und Probleme sozialpädagogischer Familienhilfe. Münster 1994
- Anderson, J.R./Marwaha, J.: Neuroreceptors in health and disease. Basel 1984
- Anderson, J.R.: Kognitive Psychologie. Heidelberg 1996
- Andreas-Siller, P.: Kinder und Alltagsdrogen. Wuppertal 1993
- Antons, K./Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Göttingen 1977
- Antons, K.: Therapie des Alkoholismus. Kassel 1980
- Apfelbacher W./Stübinger M./Reiners-Kröncke W.: Zielfindung und Problemlösung. Köln 1999
- Appel, C.: Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg 1994
- Appel, C.: Wenn Vater oder Mutter suchtkrank sind. In: Jugend und Gesellschaft, 10/87

- Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg e.V. (AGJ): Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken. O.O. Jahresbericht 1994
- Arbeitsgemeinschaft für Jugendliche - AGJ -, 1994
- Arbib, M.A./Robinson, J.A.: Natural and artificial parallel computation. Cambridge 1990
- Arenz-Greiving I./Dilger H.: Elternsüchte – Kindernöte. Freiburg 1994
- Arenz-Greiving, I.: Die Betroffenheit der Mitbetroffenen – Partnerinnen von suchtkranken Männern. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch SUCHT 95. Gestacht 1995
- Arenz-Greiving, I.: Die vergessenen Kinder - Kinder von Suchtkranken. Hamm 1993
- Arit, I.: Die Grundlagen der Fürsorge. Wien 1921
- Arit, I.: Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Wien 1958
- Aronson, M./Olegard, R.: Children of alcoholic mothers. *Pediatrician*, 14, 51-56. 1985
- Asanger, R./Wenninger, G.: Handwörterbuch der Psychologie. Weinheim 1994
- Abfalg, R.: Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit. Hamburg 1990
- Atzesberger, M.: Einführung in die Tiefenpsychologie und Kinderpsychotherapie. Berlin 1980
- Axline, V.M.: Kinderspieltherapie mit nicht-direktiven Verfahren. München 1976
- Axline, V.M.: Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren. In: Handbuch der Kinderpsychotherapie. München 1969
- Bales, R.F.: Cultural differences in rates of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alcohol*, 6, 480. 1946
- Bandura, A.: Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology* 1 1965
- Bandura, A.: Self – efficacy. Toward a unifying theory of behavior change. *Psycho. Rev.* 1977
- Bandura, A.: Sozial-kognitive Lerntheorien. Stuttgart 1979
- Barnes, G.M./Farell, M.P./ Cairns,A.: Parental socialization factors and adolescent drinking behaviors. *J. Marr. Fam.* 1986

- Bärsch, W.: Zum gegenwärtigen Forschungsstand der Problematik Sucht und Familie.
In: Sucht und Familie (Hrsg.): Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle e.V. Hamm
1990
- Bartmann, T.: Kinder in der Grundschule. Anthropologische Grundlagenforschung.
Bad Heilbronn 1996
- Bartmann, U.: Verhaltensmodifikation als Methode der Sozialen Arbeit. Tübingen
2004
- Bateson, G.: Schizophrenie und Familie. Frankfurt/Main 1987
- Battegay, R.: Vom Hintergrund der Süchte. Wuppertal 1993
- Bäuerle, D.: Drogen – Eltern können wirksam helfen. München 1983
- Bäuerle, W.: Sozialarbeit und Gesellschaft. Weinheim 1967
- Bavelas, J.B./Segal, L.: Family systems theory: Background and implications. In:
Journal of Communication 32/82 1982
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 1991
- Beier, C.: Psychosoziale Typologie familialer Konfliktbewältigungsformen. In: Cle-
menz, M. (Hrsg.): Soziale Krise, Institution und Familiendynamik. Opladen 1990
- Bellebaum, A.: Soziologische Grundbegriffe. Stuttgart 1983
- Bennett, L.A./Wolin, S.J./Reiss, D./Teitekbaum, M.A.: Couples at risk for transmis-
sion of alcoholism. Protective influences. Family Process, 26, 111-129. 1987
- Bennett, L.A./Wolin, S.J./Reiss, D.: Cognitive, behavioral, and emotional problems
among school-age children of alcoholic parents. American Journal of Psychiatry,
145, 185-190. 1988
- Bennett, L.A./Wolin, S.J.: Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe. In: Appel,
C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung.
S.15-44. Freiburg 1994
- Berger, H./Reuband, K./ Wqidlitzek, U.: Wege in die Heroinabhängigkeit. München
1980
- Berne, E.: Spiele der Erwachsenen. Hamburg 1970
- Bertalanffy, L.v.: Organismic psychology and system theory. Clark Univ. Press. Bar-
re/Mass. 1968
- Bertling, A.A.: Wenn die Eltern trinken. Berlin 1993

- Bettelheim in: Schäfer 1979
- Binder, S.: zu neueren therapeutischen Ansätzen bei Alkoholkranken. In: Z. Psychoth. Med. Psycho. 21/71 1971
- Bingham, A./Bargar, J.: Children of alcoholic families: A group treatment approach for latency age children. In: Journal of Psychosocial Nursing 23/85 1985
- Bittner, G.: Psychoanalyse und soziale Erziehung. München 1967
- Black in: Appel 1994
- Black, C.: Mir kann das nicht passieren. Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wildberg 1988
- Blane, H.T.: The Personality of the Alcoholic. Guises of Dependency. New York 1968
- Blaues Kreuz in Deutschland e.V.: Arbeit an Kindern aus Familien mit suchtkranken Elternteilen. Konzeption der Blaukreuz-Präventionsarbeit (Modell) für Stadt und Land Coburg. Coburg 1990
- Böcker, F.M./Hochmuth, H.: Kontrollverlust, Unfähigkeit zur Abstinenz und Folgen der Alkoholabhängigkeit. In: Med. Welt 38/87 1987
- Boeck-Singelmann, C.: Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen 2002
- Böning, J.: Psychopathologisch-neurobiologische Aspekte süchtigen Verhalten. Vortrag auf dem 8. Wissenschaftlichen Symposium der DHS. Tutzingen 1989
- Bosch, M.: Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer umfassenden Familientherapie. In: Familie und Suchterkrankungen. Hrsg.: DHS. Hamm 1977
- Böse, R./Schiepek, G.: Systemische Theorie und Therapie. Heidelberg 1989
- Bossel, H.: Modellbildung und Simulation. Braunschweig 1992
- Bossel, H.: Simulation dynamischer Systeme. Braunschweig 1989
- Boszormenyi-Nagy, I./Spark, G.: Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer Systeme. Stuttgart 1981
- Boszormenyi-Nagy, I.: Familientherapie. Wiesbaden 2001
- Boudon, R./Bourricaud, F.: Soziologische Stichworte. Opladen 1992
- Bowen in: Kaufmann/Kaufmann 1983
- Bowen, M.: Alcoholism as Viewed through Family Systems Theory and Family Psychotherapy. In: Ann.N.Y.Acad.Sci. 233/74 1966

- Bowlby, J.: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. Frankfurt/Main 1980
- Bowlby, J.: Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. München 2005
- Brakhoff, J.: Kinder von Suchtkranken. Freiburg 1987
- Brakhoff-Losch, J.: Leiden auf kleinem Fuß. In: Suchtreport 2/90 1990
- Bräutigam, W.: Neuere Erfahrungen in der Psycho- und Soziotherapie der Alkoholiker. Zbl. Ges. Neurol. Psychiat. 191. O.O. 1968
- Breitsamer, J./Reiners-Kröncke, W.: Arbeitssucht – ein umstrittenes Phänomen. Ursachen – Formen – Folgen – Hilfen. St. Augustin 1997
- Brenk-Schulte, E./Feuerlein, W.: Das Konstrukt Therapiemotivation im Spiegel der Literatur unter besonderer Berücksichtigung der Therapie des Alkoholismus. In: Alkoholismustherapie. Hrsg.: Knischewski, E. Kassel 1981
- Broich, K.H.: Kinder in der ambulante Suchtkrankenarbeit. Projekt Kinderseminar. In: Elternsüchte – Kindernöte. Hrsg.: Arenz-Greiving, I./Dilger, H. Freiburg 1994
- Bronfenbrenner, U.: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981
- Bundesarbeitsgemeinschaft Familie im Mittelpunkt. Informationsmappe. Hanau 1999
- Bundeskriminalamt: Gesamtüberblick. Rauschgifttodesfälle und erstauffällige Konsumenten harter Drogen. 1999
- Burr, A.: Alkohol in der Familie. München 1991
- Busch, H.J.: Interaktion und innere Natur. Frankfurt 1985
- Carlhoff, H.W.: Grundlagen der Prophylaxearbeit. In: Drogenkompendium für Lehrer und Eltern. Heidelberg 1981
- Cermak, T.L.: Diagnosing and Treating Co-Dependence. Minneapolis 1986
- Chafetz, M./Hertzmann, M./Berenson, D.: Alcoholism: A positive view. In: American handbook of psychiatry. Ed.: Arieti S, vol 3. New York 1974
- Christmann, C.: Sozialpädagogische Familienhilfe. Bestandsaufnahme, Entwicklung, Perspektiven, Modelle. Berlin 1986
- Chwelos, N./Blewett, D.B./Smith, C.M./ Hoffer, A.: Use of D-Isergic acid diethylamide in the treatment of alcoholism. In: QJSA 20/59
- Claessens/Milhoffer: Familiensoziologie. Frankfurt/Main 1973

- Cloninger, C.R./Sigverdsson, S./Bohmann, M.: Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism Alcohol. Clin. Exp. Res.* 12. 1988
- Cohn, R.: *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion.* Stuttgart 1975
- Conen, M.L.: *Aufsuchende Familientherapie – eine ambulante Hilfe für Multiproblemfamilien* 1999. In: *Sozialmagazin* 24 (4)
- Corell, W.: *Lernstörungen beim Schulkind.* Donauwörth 1973
- Cotton, J.: The family incidence of alcoholism. A review. *J. Stud. Alcohol* 40. 1979
- Cox, W.M.: *Personality theory and research.* In: Blane, H.T./ Leonard, K.E. (eds.): *Psychological theories of Drinking and Alcoholism.* Guilford Press. New York 1987
- Dabitz, G.: *Fachlexikon der sozialen Arbeit.* Frankfurt 1993
- Dahrendorf, R.: *Homo Sociologicus.* Köln 1960
- Davis, D.I./Berenson, D./Steinglass, P./Davis, S.: The Adaptive Consequences of Drinking. In: *Psychiatry* 37/74
- Demel, I.: *Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.* Hamburg 1976
- Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (Hrsg.) 1985
- Derogatis, L.R./Lipman, R.S./Covi, L.: The SCL-90. An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report. *Psychopharmacology*, 9, 13-28. 1973
- DHS (Hrsg.) (1): *Alkoholismus.* Köln 1993
- DHS (Hrsg.) (2): *Sucht und Familie.* Freiburg 1993
- DHS (Hrsg.): *Familie und Suchterkrankung.* Hamm 1973
- DHS (Hrsg.): *Suchtkrankenhilfe im Verbund.* Freiburg 1995
- Dielmann, T.E./Butchart, A.T./Shope, J.T./ Miller, M.: Environmental correlates of adolescent substance use and misuse. Implications for prevention programs. *Int. J. Addict.* 25 (7 A&8 A). 1991
- Dilger, H.: *Ambulante Arbeit mit Kindern von Suchtkranken.* In: *Sucht und Familie.* Hrsg.: DHS (2). Freiburg 1993
- Dörner, K./Plog, U.: *Irren ist menschlich.* Reburg-Loccum 1984
- Dreikurs, R./Soltz, V.: *Kinder fordern uns heraus.* Stuttgart 1993

- Drejer, K./Theilgaard, A./Teasdale, T.W./Schlsingen, F./Goodwin, D.W.: A prospective study of young men at high risk for alcoholism. Neuropsychological assessment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 9, 498-502. 1985
- Dritte Familienbericht der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1979
- EBIS- Statistik 1994. Über: www.dhs.de
- Eddy, N.B./Halbach, H./Isbell, H./Seevers, H.: Drug dependence: its significance and characteristics. *Bull. In: WHO* 32/65. 1965
- Edelstein, W.: Familie und Kindheit im Wandel. Potsdam 1996
- Edwards, G.: Alkoholkonsum und Gemeinwohl. Strategien zur Reduzierung des schädlichen Gebrauchs in der Bevölkerung. Stuttgart 1997
- Elderton, E./Pearson, K.: A first study of the influence of parental alcoholism on the physique of the offspring. *Eugenics Laboratory Memoirs X*, 1-46. 1910
- Elger, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe. Neuwied 1990
- Endruweit, G./Trommesdorff, G. (Hrsg.) (1): Wörterbuch der Soziologie. Band 1. Stuttgart 1989
- Endruweit, G./Trommesdorff, G. (Hrsg.) (2): Wörterbuch der Soziologie. Band 3. Stuttgart 1989
- Engelke, E.: Die Wissenschaft Sozialer Arbeit – Werdegang und Grundlagen. Freiburg 2003
- Engelke, E.: Theorien der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. Freiburg 1998
- Erbach, F./Richelshagen, K.: Isomorphe Strukturen im Kontext der Suchthilfe. In: *Familiendynamik* 1/89. 1989
- Erbach, F.: Familientherapeutische Aspekte in der Arbeit mit Kindern von Suchtpatienten in der ambulanten Behandlungsstelle. In: *Kinder von Suchtkranken*. Hrsg.: Brakhoff, J. Freiburg 1987
- Ervin, C.S./Little, R.E./Streissguth, A.P./Beck, D.E.: Alcoholic fathering and its relation to child's intellectual development. A pilot investigation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 362-365. 1984

- Etschenberg, K.: Suchtprophylaxe in der Schule. In: Furian, M. (Hrsg.): Ursachenorientierte Prophylaxe süchtigen Verhaltens. Aktion Jugendschutz (Ajs). Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg. Heidelberg 1981
- Evans, R. et al.: Psychologie im Gespräch. Heidelberg 1984
- Fahrenkrug, H./Huber, M./Lehr, M.: Zum Trinkverhalten von Jugendlichen. Bericht über eine Lotstudie in drei ausgewählten Orten Schleswig-Holsteins. Kiel 1977
- Feddeler, T./Würffel, M.: Familienaktivierung – eine Bilanz 1999. In: Unsere Jugend 51 (5) 216-220. 1999
- Feddeler, T./Würffel, M.: Familienaktivierung: Stärken stärken – Schwächen schwächen 1997. In: Unsere Jugend 49 (9) 382-385. 1997
- Feger, H./Feger, B.: Die Entwicklung des Kindes. Weinheim 1972
- Feldhegel, F.J./Stadler, T./Kreutzer, L.: Möglichkeiten präventiver Hilfen für rauchmittelgefährdete Jugendliche. In: Suchtgefahren 2/1982. 1982
- Fend, H.: Sozialisierung und Erziehung. Weinheim 1972
- Ferstl, R.: Verhaltenstheoretische Modelle zu den Grundstörungen der Sucht. Vortrag 8. Wissensch. Symposium. DHS. Tutzingen 1989
- Feser, H.: Drogenerziehung. Langenau-Albeck 1978
- Feser, H.: Eltern als Vorbild/Elterliches Erziehungsverhalten und kindlicher Suchtstoffmissbrauch. In: Keup, W.: Sucht als Symptom. Stuttgart 1978
- Feser, H.: Zum Stand der Suchtprävention 1985. In: Suchtprävention im Wandel. Hrsg.: Janssen, H.J. Hamm 1991
- Feuerlein, W./Küfner, H./Soyka, M.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart 1998
- Feuerlein, W.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 1.Aufl. Stuttgart 1975
- Feuerlein, W.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 4.Aufl. Stuttgart 1989
- Feuerlein, W.: Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. 2. Auflage Stuttgart 1979
- Fisch in: Schneewind 1983
- Fischer-Wittmann, R.: Der systemische Ansatz in der Familientherapie. In: Sucht und Familie. Hrsg.: Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle e.V. Hamm 1990

- Fisher, J.L./Spann, L./ Crawford, D.: Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 87-100. 1991
- Fitts, W.: *Manual: Tennessee Self-Concept Scale*. Los Angeles 1965
- Flügel, A./Lindemann, F.: *Mein Kind hat nix gemerkt*. Geesthacht 1992
- Flügel, A.: Die möglichen Auswirkungen auf die Kinder suchtkranker Mütter. In: *Kinder suchtkranker Eltern*. Hrsg.: LSSH. Kiel 1990
- Foster, W.: *Our nation's drinking problem*. National Council on Women in the USA. New York Times 1976
- Fox, R.: *Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches*. New York 1992
- Gabriel, E.: *Die Süchtigkeit*. Berlin 1962
- Gabrielli, W.F./Mednick, S.A.: Intellectual performance in children of alcoholics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 444-447. 1983
- Gassmann, B./Jost, K./Rohner, H./Sager, S.: *Suchtprophylaxe in Theorie und Praxis*. Lausanne 1985
- Gebattel in: Feuerlein 1989
- Gebattel, V.E.v.: Zur Psychopathologie der Sucht. In: *Stud. Gen.* 1/58, S.258-265
- Gehrmann, G./Müller, K.D.: Gewalt- und Kriminalitätsprävention in der Familie – aber wie? 1998a. In: *Sozialmagazin* 23 (7-8) 44-59. 1998a
- Gehrmann, G./Müller, K.D.: Inhomeservice. Eine neue Herausforderung für die Soziale Arbeit 1999. In: *Sozialmagazin* 24 (11) 14-24. 1999
- Gehrmann, G./Müller, K.D.: *Praxis sozialer Arbeit: Familien im Mittelpunkt*. Handbuch effektives Krisenmanagement für Familien. Regensburg 1998b
- Gehrmann, G./Müller, K.D.: Was bringt FIM? 2000. In: *Sozialmagazin* 25 (2) 61-63. 2000
- Gerber, C.: *Kind und Alkohol*. Bern 1981
- Gesellschaft für Öffentlichkeitsarbeit der Deutschen Brauwirtschaft e.V. 2001
- Geulen, D./Hurrelmann, K.: Zur Programmatik einer umfassenden Sozialisationstheorie. In: Hurrelmann, K./Geulen, D.: *Handbuch der Sozialisationsforschung*. S.51-67. Weinheim 1980
- Ginott, H.G.: *Gruppenpsychotherapie mit Kindern*. Weinheim 1971

- Glatt, M.: Der Alkoholiker und die Hilfe, die er braucht. Freiburg 1976
- Goetze, H./Jaede, W.: Die nicht-direktive Spieltherapie. München 1974
- Goldbrunner, H.: Arbeit mit Problemfamilien – Systemische Perspektiven für Familientherapie und Sozialarbeit. Mainz 1996
- Goode, W.J.: Soziologie der Familie. München 1967
- Gorges, R.: Didaktik. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg 1996
- Gotham, H.J./Sher, K.J.: Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 34-39. 1996
- Gottschalch, W.: (Stichwort) Sozialisation. In: Asanger, R./Wenninger, G. (Hrsg.): Handwörterbuch Psychologie. Weinheim 1985
- Gottschalch, W.: Sozialisation. Theoretische Annäherung und Gegenwartsprobleme. Weinheim 1985
- Grigoleit, H./Wenig, M./Hüllinghorst, R.: Handbuch Sucht. St. Augustin 1991
- Gross in: Sozia Verlag GmbH 1996
- Gross, W.: Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht. Freiburg 1995
- Gross, W.: Sucht ohne Drogen. Frankfurt 1990
- Grossmann, W./Stickelmann, B.: Bibliographie Schulsozialarbeit. Berlin 1981
- Grünberg, B./Lenzen, H./Wirz, M.: Die vergessenen Kinder – Angebote für Kinder in den verschiedenen Bereichen der Suchthilfe ...!? In: Kinder von Suchtkranken. Hrsg.: HLS. Hamburg 1992
- Grünberger, J.: Psychodiagnostik des Alkoholkranken. Wien 1977
- Gudjons, H.: Didaktische Theorien. Hamburg 2002
- Gundel, K.: Die Ökologie der Sucht – eine neue Perspektive. *Med. Mensch. Ges.* 5.187-192. 1980
- Guntern in: Osterhold 1992
- Gutezeit, G.: Die Situation des Kindes in einer Familie mit suchtkranken Eltern. In: Kinder suchtkranker Eltern. Hrsg.: LSSH. Kiel 1990
- Haist, U.: Arbeit mit Kindern von Suchtkranken in einem Kinder- und Jugendheim. In: Suchtkrankenhilfe im Verbund. Hrsg.: DHS. Freiburg 1995
- Hallmeier, R.: Alkoholismus und Co-Alkoholismus. In: Suchtgefahren 31/85

- Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.: Kinder von Suchtkranken. Hamburg 1992
- Hänsel, D.: Gedanken zum Verlauf der Motivation bei suchtkranken Patienten. In: Suchtgefahren 26/80, S.112-118
- Harden, P.W./Pihl, R.O.: Cognitive functions, cardiovascular reactivity, and behavior in boys at high risk for alcoholism. Journal of Abnormal Psychology, 104, 94-103. 1995
- Harsch, H.: Hilfe für den Alkoholiker und andere Drogenabhängige. München 1980
- Harten, R.: Suchtvorbeugung. Hamburg 1989
- Hartenfels, H.: Der Alkohol. Hamburg 1972
- Hartung, J.: Verhaltensänderung durch Rollenspiel. Düsseldorf 1977
- Heath, D.B.: Environmental factors in alcohol use and its outcomes. In: Goedde, H.W./Agarwal, D.P. (eds.): Alcoholism. Biomedical and Genetic Aspects. New York: Pergamon 1989
- Hecht, C.: Children of Alcoholics. In: American Journal of Nursing. 1993
- Hecker in: Kiphart 1975
- Held, A.: Elternarbeit – Vom Erstkontakt bis zum Elternabend. In: Elternsüchte – Kindernöte. Hrsg.: Arenz-Greiving, I./Dilger, H. Freiburg 1994, S.78-87
- Helenius, M.: Alkoholsporgsmaalet: en Sociologisk – statistisk undersogelse. Kjobenhavn 1901
- Helenius, M.: Die Alkoholfrage: eine soziologisch-statistische Untersuchung. Jena 1903
- Helming, E./Schattner, H./Blümel, H.: Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. Stuttgart 1999
- Henkel, D./Vogt, I.: Sucht und Armut. Opladen 1999
- Hennige, U./Preiser, S.: Einstellungsänderungen des Systemgeschehens. In: Einstellungs- und Verhaltensänderung. Hrsg.:Heinerth, K. München 1979
- Hewes, R.L./Janikowski, T.P.: Parental alcoholism and codependency. A comparison of female children of alcoholics and nonalcoholics in two college-age groups. College Student Journal, 32, 140-147. 1998

- Hinkin, C.H./Kahn, M.W.: Psychosocial symptomatology in spouses and adult children of alcoholics. An examination of the Hypothesized personality characteristics of codependency. *International Journal of the Addictions*, 30, 843-861. 1995
- Hollstein-Brinkmann, H.: *Soziale Arbeit und Systemtheorie*. Freiburg 1993
- Holtappels, H.G.: *Schulprobleme und abweichendes Verhalten aus der Schülerperspektive. Empirische Studie zu Sozialisationseffekten im situationellen und interaktionellen Handlungskontext der Schule*. Bochum 1987
- Hoppe, H.: *Die Tatsache über den Alkohol. Eine Darstellung der Wissenschaft vom Alkohol*. Berlin 1904
- Hovestadt, A.J./Anderson, W.T./Piercy, F.P./Cochran, S.W./Fine, M.: A family of origin scale. *Journal of Marital Family Therapy*, 11, 287-297. 1985
- Huber, W.: *Familie und Alkohol*. Freiburg 1990
- Hughes, J.M.: Adolescent children of alcoholic parents and the relationship of Alateen to these children. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 45/77
- Hughes, J.R./Gust, S.W./ Keenan, R.M./Fenwick, J.W.: Symptoms of tobacco withdrawal: A replication and extension. *Archives of General Psychiatry*, 48, 52-61. 1991
- Hull, C.L.: *Principles of Behavior*. Appleton-Century-Crofts Inc. New York 1943
- Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Sozialisation und Lebenslauf*. Reinbek 1975
- Hurrelmann, K./Nordlohne, E.: *Sozialisation*. In: *Wörterbuch der Soziologie*. Hrsg.: Endruweit, G./Trommsdorff, G. (2). Stuttgart 1989, S.604-611
- Hurrelmann, K./Ulich, D.: *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim 1980
- Hurrelmann, K./Ulich, D.: *Handbuch der Sozialisationsforschung*. Weinheim 1982
- Hurrelmann, K.: Die Schattenkinder. In: *Suchtreport* 2/93, S.48-55
- Hurrelmann, K.: *Einführung in die Sozialisationstheorie*. Weinheim 1990
- Hüsgen, H.A./Hüsgen, H.: *Prävention, Möglichkeiten und Grenzen bei Suchterkrankungen*. Hamm 1980
- Hüsgen, H.A.: Krise oder Wandel in der Suchtprävention? In: *Suchtprävention im Wandel*. Hrsg: Janssen, H.J. Hamm 1991
- Hutschenreuther, U.: Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut. In: *Alkoholismustherapie*. Hrsg.: Knischewski, E. Kassel 1981, S.61-68

- Imber-Black, E.: Familien und größere Systeme – Im Gestrüpp der Institutionen. Heidelberg 1994 und 1997
- Irwin, H.J.: Codependence, narcissism, and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 658-665. 1995
- Jackson in: Harsch 1980
- Jackson, D.N.: Jackson Personality Inventory Manual. Research Psychologists Press. New York 1976
- Jackson, J.G.: The personality characteristics of adult daughters of alcoholic fathers as compared with adult daughters of non-alcoholic fathers. PhD. Diss. United States International University. 1984
- Jackson, J.K.: The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 562-586. 1954
- Jacobi, J.R./Bastine, R.: Sozio-psychologische Erklärungsmodelle - Verhalten und Verhaltensstörungen. In: Funk-Kolleg. Beratung in der Erziehung, Bd.1. Frankfurt 1977, S.116
- Jakob, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 40, 49-55. 1991
- Janssen, H.J.: Suchtprävention im Wandel. Hamm 1991
- Jasinsky, M.: Alkoholkonsum Hamburger Schüler. Hamburg 1974
- Jellinek, E.M.: The Disease Concept of Alcoholism. Newhaven 1960
- Jessor, R./Jessor, S.: Ein sozialpsychologisches Modell des Drogenkonsums. In: Lettieri, Robert,A. (Hrsg.): Drogenabhängigkeit. Weinheim 1983
- Johnson, J.L./Rolf, J.E.: Cognitive functioning in children from alcoholic and nonalcoholic families. *British Journal of Addiction*, 83, 849-857. 1988
- Johnson/Medinnus in: Köppl/Reiners 1987
- Jones, D.C./Houts, R.: Parental drinking, parent-child communication and social skills in young adults. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 48-56. 1992.
- Junkers, R.: Studenten, Drogen und Prävention. Dortmund 1995

- Kaiser, P.: Familienerinnerungen. Zur Psychologie der Mehrfamiliengenerationen. Heidelberg 1989
- Kalant, H.: Comparative aspects of tolerance to, and dependence on alcohol, barbiturates and opiates. *Advanc. Ecp. Med. Biol.* 85 B, 169. 1977
- Kammeier, M.L.: Adolescents from families with and without alcohol problems. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 319-372. 1971
- Kanfer, F.H./Saslow, G.: Behavioral analysis. An alternative to diagnostic classification. *Archives General Psychiatry* 12, 529-538. 1965
- Kanfer, F.H./Saslow, G.: Implications of a self – regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In: Miller, W.R./Heather, N. (eds.): *Treating Addictive Behaviors. Processes of Change.* New York: Plenum, S.29-47. 1986
- Kanfer, F.H./Saslow, G.: Verhaltenstheoretische Diagnostik. In: Schulte, D. (Hrsg.): *Fortschritte der Klinischen Psychologie. T. Diagnostik in der Verhaltenstherapie.* S.24-59. München 1974
- Karsten, M.E./Otto, H.U.: *Die sozialpädagogische Ordnung der Familie. Beiträge zum Wandel familialer Lebensweisen und sozialpädagogischer Interventionen.* Weinheim 1996
- Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle e.V. (Hrsg.): *Sucht und Familie.* Hamm 1990
- Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalene.V.: *Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit.* Münster 1993
- Katz, F.: *Ambulante Therapie für Alkoholranke.* Wuppertal 1981
- Kaufmann, E./Kaufmann, P.: *Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit.* Freiburg 1983
- Kegan, R.: *Die Entwicklungsstufen des Selbst.* München 1986
- Keup, W.: Die Psychopathologie jugendlicher Drogenabhängiger/Ansätze zur Therapie. In: *Drogen und Rauschmittelmissbrauch.* Hamm 1972
- Keup, W.: Jahresstatistik 1983 der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke. In: Ziegler, H. (Hrsg.): *Jahrbuch zur Frage der Suchtgefahren.* S.116-130. Geesthacht 1985
- Keup, W.: Umweltverursachung und Therapie der Drogenabhängigen. *Mkurse ärztl. Fortbildung* 23, 326. 1973

- Kielholz, P./Ladewig, D.: Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. Freiburg 1983
- Kiphart, E.: Leibesübungen als Therapie. Gütersloh 1975
- Klafki, W.: Funk-Kolleg Erziehungswissenschaft. Frankfurt/Main 1970
- Klafki, W.: Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Weinheim 1967
- Klaus, G./Liebscher, H.: Systeme, Informationen, Strategien. Berlin 1974
- Klein, E./Römisch, K.: Familienaktivierungsmanagement FAM 1997. In: Unsere Jugend 49 (4) 148-155. 1997
- Kleve, H.: Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie Sozialer Arbeit. Freiburg 2000
- Knischewski, E. (Hrsg.): Alkoholismustherapie. Kassel 1981
- Kohli, M.: Lebenslauftheoretische Ansätze in der Sozialisationsforschung. Berlin 1980
- Kohnstamm, R.: Praktische Kinderpsychologie. Stuttgart 1984
- Kohut, H.: Narzissmus. Frankfurt 1973
- Kollehn, K./Weber, N. (Hrsg.): Alkohol und Erziehung. Berlin 1988
- König, H.G./Goegrge L.K./Meador, K.G./Blazer, D.G./Ford, S.M.: Religious practices and alcoholism in a southern adult population. Hosp. & Community Psychiat. 45, 225-237. 1994
- Köppl, B./Reiners, W.: Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern. Freiburg 1987
- Kossolapow in: Hartung 1977
- Kossolapow, L.: Musische Erziehung zwischen Kunst und Kreativität. Bodenheim 1974
- Köster, H. et.al.: Endbericht des Forschungsprojektes Alkoholismus als Karriere. Düren 1978
- Krämer, H.: Helft mir, meine Eltern trinken. Hamburg 1980
- Kreppner in: Edelstein 1996
- Kriz, J.: Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim 1994
- Kröger, F.: Familiäre Interaktion bei Suchtkranken. Frankfurt 1994
- Kron, F.W.: Grundwissen Didaktik. München 1993
- Kron, F.W.: Grundwissen Pädagogik. München 1988
- Kron-Klees, F.: Familien begleiten. Freiburg 2001

- Krüger, A.: Inhalte und Zielsetzungen von Suchtprävention. In: Materialmappe Suchtprävention. Hrsg.: Aktion Jugenschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. Kap. A 2, S. 1-5. München 1990
- Kruse, G./Körkel, J./Schmals, U.: Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn 2000
- Küfner, H.: Bindung und Autonomie als Grundmotivation des Erlebens und Verhaltens. Forum Psychoanalyse 5. S.3-16. 1989
- Küfner, H.: Die Zeit danach. Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnungsbehandlung und Selbsthilfegruppe. Baltmannsweiler 1997
- Küfner, H.: Zur Persönlichkeit von Alkoholabhängigen. In: Knischewski, E. (Hrsg.): Alkoholismustherapie. S. 23-40. Kassel 1981
- Kunze, H./Kaltenbach, L.: Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. Stuttgart 1994
- Kutsch, T./Wiswede, G.: Drogenkonsum. Einstieg, Abhängigkeit, Sucht. Bodenheim 1987
- Kuypers, U. (Hrsg.): Familienbehandlung bei Suchtkranken. Freiburg 1980
- Kuypers, U.: Therapie suchtkranker Familien. In: Sucht und Familie. Hrsg.: DHS. Hamm 1984
- Ladewig, D./ Hobi, V./ Kleiner, D./ Dubacher, H./ Faust, V.: Drogen unter uns. Medizinische, soziale und juristische Aspekte des Drogenproblems unter Berücksichtigung des Alkohol- und Tabakkonsums. Basel, München, Paris, London, New York, Tokyo, Sydney 1981
- Lambrou, U.: Familienkrankheit Alkoholismus. Reinbek 1994
- Landesstelle gegen Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Stuttgart 1992
- Lask, K.: Suchtfördernde Sozialisationsschäden und ihre Aufarbeitung in der therapeutischen Gemeinschaft. Kassel 1974
- Lazarus, H.: Objektive und subjektive Familienstrukturen von Drogenkonsumenten. In: Kutsch, T./Wiswede, G. (Hrsg.): Drogenkonsum – Einstieg/Abhängigkeit/Sucht. Hain 1980

- Lelbach, W.K.: Epidemiologie des Alkoholismus. In: Seitz, H.K./Simanowski, U.A./Lieber, D.S. (Hrsg.): Handbuch Alkohol, Alkoholismus, Alkoholbedingte Organschäden. S.21-72. Leipzig 1995
- Lévi-Strauss, C.: Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft. Frankfurt 1981
- Lieb, H.: Verhaltenstheorie – Systemtheorie und die Kontrolle menschlichen Verhaltens. Regensburg 1995
- Liegle, L.: Kulturvergleichende Ansätze in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K./Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. S.197-225. Weinheim 1980
- Lindemann, F./Flügel, A.: Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Geesthacht 1999
- Lindner, P./Reiners-Kröncke, W.: Sozialisationsstörungen als Suchtursache und Möglichkeiten der Prävention. St. Augustin 1993
- Liptow, W.: Hilfe für Kinder aus Alkoholikerfamilien, als ein Motiv der Alkoholpolitik. In: Alkohol-Erziehung-Verkehr 1/75, S.1-7. 1975
- LSSH (Hrsg.): Kinder suchtkranker Eltern. Kiel 1990
- LSSH (Hrsg.): Missbrauchte Kinder – Opfer der Sucht? Kiel 1995
- Lürssen, E.: Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. In: Suchtgefahren 20/74, S.145
- Lüscher, K./Fisch, R.: Das Sozialisationswissen junger Eltern. Projektgruppe Familiäre Sozialisation an der Universität Konstanz. Arbeitsbericht 1. Konstanz 1977
- Lüssi, P.: Systemische Sozialarbeit – Praktisches Lehrbuch der Sozialberatung. Bern, Stuttgart, Wien 2001
- MacNicholl, T.A.: A study of the effects of alcohol on school children. The quarterly Journal of Inebriety, 27, 113-117. 1905
- Mader, P.: Gestörtes Essverhalten. Adipositas. Bulimia nervosa. Anorexia nervosa. Latente Adipositas. Geesthacht 1993
- Mages, D.: Suchtprävention im Kindergarten – Chance für alle, die mit Kindern arbeiten. In: Pro-Jugend 2/91, S.10-11. 1991

- Marlatt, G.A.: Alcohol, stress and cognitiv control. In: Sarason, I.G./ Spielberer, C.D. (eds.): Stress and Anxiety. Hemisphere, S.271-296. Washington 1976
- Marlatt, G.A.: Rückfallprävention. Modell, Ziel und Stadien der Verhaltensänderung. In: Watzl, H./Cohen, R. (Hrsg.): Rückfall und Rückfallprophylaxe, S.16-28. Berlin 1989
- Matussek, P.: Süchtige Fehlhaltungen. In: Frankl, V.E./Gebattel, E.v./Schulz, J.H. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München 1959
- Mc Celland, J.D./Rumelhardt, D.E. and the PDP Research Group: Parallel distributed Processing: Explorations in the microstructure of cognition. Vol 2, MIT-Press. Cambridge 1986
- Mc Clelland, D.C./Dacis, W.N./Kalin, R./Wanner, E.: The Drinking Man. Free Press. New York 1972
- Mead, G.H.: Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt 1968
- Meinhold, M.: Hilfsangebote für Klienten der Familienfürsorge. In: Karsten, M.E./Otto, H.U.: Die sozialpädagogische Ordnung der Familie. Weinheim 1996
- Melbeck in: Brakhoff-Losch 1990
- Mellody, P.: Verstrickt in die Probleme anderer. München 1993
- Memmert, W.: Didaktik in Grafiken und Tabellen. Bad Heilbrunn 1977
- Miller, T.: Systemtheorie und Soziale Arbeit. Stuttgart 1999
- Minuchin, S.: Familien und Familientherapie. Freiburg 1977
- Minuchin, S.: Families of the slums. An exploration of their structure and treatment. New York 1967
- Moles, A.: Vers un modele systematique du passage du l'abus dans la consommation de l'alcool considere comme un psychotrope. Humankybernetik 27, 33-43. 1986
- Molter, H./Osterhold, G.: Systematische Suchttherapie. Kröning 1992
- Moos, R./Billings, A.: Children of alcoholics during the recovery process. In: Addictive Behaviors 7/82
- Moss, H.B./Vanyukov, M./Majumder, P.P./Kirisci, L./Tarter, R.E.: Prepubertal sons of sustance abusers. Influence of parental and familial substance abuse on behavioral disposition, IQ and school achievement. Addictive Behaviors, 20, 345-358. 1995

- Mrochen, S. et.al.: Standortbestimmung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Methoden. Weinheim 1998
- Mühlbauer, K.: Sozialisation. München 1980
- Müller, K.D./Jährling, R./Gehrmann, G.: Familien im Mittelpunkt. Ein Hilfeprogramm für Familien in Krisen 1997. In: Jugendhilfe 35 (5) 289-295. 1997
- Müller, N.: Ein alkoholkranker Patient in der Familie. (Diss.). Erlangen-Nürnberg 1991
- Nagoshi, C.T./Wilson, J.R.: Influence of family alcoholism history on alcohol metabolism, sensitivity and tolerance. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 11, 392-298. 1987
- Nave-Herz, R.: Familiensoziologie. In: Endruweit, G./ Trommsdorff, G.: Wörterbuch der Soziologie. S.192-201. Stuttgart 1989
- Nelson, C.E.: The styles of Enabling Behavior. In: Smith, D.E./Wesson, D.R. (eds.): Treating the Cocian Abuser. S.49-71. Center City 1985
- Neumann, J.v./Morgenstern, O.: Theory of games and economic behavior. New York 1944
- Nielsen, H./Nielsen, K./Müller, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe. Probleme, Prozesse und Langzeitwirkungen. Weinheim 1986
- NLS (Hrsg.): Kinder stark machen. Hannover 1995
- Norwood, R.: Wenn Frauen zu sehr lieben. Reinbek 1986
- O'Brien, P.E./Gaborit, M.: Codependency. A disorder separate from chemical dependency. Journal of Clinical Psychology, 48, 129-136. 1992
- Oakland, J./Morris, P.: Qualitätsmanagement. Regensburg 1998
- Oakland, J.: Total Quality Management. Heidelberg 1990
- Odermatt, H.: Alkohol heute. Lausanne o.J.
- Oerter, R./Montada, L.: Entwicklungspsychologie. Weinheim 1982
- Oerter, R.: Entwicklung und Sozialisation. Kindheit, Jugend, Alter. Donauwörth 1978
- Orff, G.: Die Orff-Musiktherapie. München 1974

- Ostbomk-Fischer, E. (1): Alkoholprävention im Kindesalter. In: Jugendwohl 10/93, S.460-466. 1993
- Ostbomk-Fischer, E. (2): Chancen der Gruppenarbeit. In: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit. S.12-19. Münster 1993
- Osterhold, G.: Systematische Suchttherapie. Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. Heidelberg 1992
- Oswald, G./Müllensiefen, D.: Psycho-soziale Familienberatung. Freiburg 1986
- Ozkaragoz, T./Satz, P./Nobel, E.: Neuropsychological functioning in sons of active alcoholic, recovering alcoholic, and social drinking fathers. Alcohol, 14, 31-37. 1997
- Parnitzke, K.H./Prüssing, O.: Kinder alkoholsüchtiger Eltern. In: Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie 1/66
- Parsons, T.: Sozialstruktur und Persönlichkeit. Frankfurt 1981
- Perls, F.: Gestalttherapie in Aktion. Stuttgart 1974
- Peterson, J.B./Finn, P.R./Pihl, R.O.: Alcohol-related problems, marital disruption and depressive symptoms among adult children of alcohol misuser in the United States. Journal of Studies on Alcohol, 49, 306-313. 1992
- Peterßen, W.H.: Lehrbuch allgemeine Didaktik. München 1983
- Pfeiffer-Schaupp, H.U.: Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit. Freiburg 1997
- Piaget, J.: Psychologie der Intelligenz. Olten 1972
- Pierce, J.: Alcoholism. A family disease. Alcoholism and recovery within the naval service. Manuskript 1976
- Ploog, D.: Comments on instinctive behavior, neutral systems and reinforcement mechanism. In: Psychic Dependence. Bayer-Symposium IV, S.51. Berlin 1973
- Pohorecky, L.A.: Stress and alcohol interaction. An update of human research. Alcohol. Clin. Exp. Res. 15, 438-459. 1991
- Popper, K.R.: Alles Leben ist Problemlösen. München 1996

- Priebe, B.: Sucht – und Drogenvorbeugung mit Kindern und Jugendlichen in Elternhaus und Schule. Stuttgart 1994
- Prigogine, I.: *Ordre par fluctuations et le système social*. Opladen 1976
- Pringle, M.: *Was Kinder brauchen*. Stuttgart 1979
- Puttler, L.I./Zucker, R.A./Fitzgerald, H.E./Bingham, C.R.: Behavioral outcomes among children of alcoholics during the early and middle childhood years. Familial subtype variations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1962-1972. 1998
- Reiners, W./Köppl, B.: *Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern*. Freiburg 1987
- Rennert, M.: *Co-Abhängigkeit*. Freiburg 1990
- Rennert, M.: Rollenverteilung in belasteten Familien und die Entdeckung von Co-Abhängigen in Familien von Suchtkranken. In: *Sucht und Familie*. Hrsg.: DHS(2). S.27-35. Freiburg 1993
- Richter, H.E.: *Eltern, Kind, Neurose*. Hamburg 1971
- Richter, H.E.: *Patient Familie*. Reinbek 1975 und 1994
- Rieth, E.: *Alkoholkrank?* Wuppertal 1973
- Ritsert, J.: *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik*. Frankfurt.1972
- Rödel, U.: *Autonome Gesellschaft und libertäre Demokratie*. Frankfurt/Main 1990
- Rogers, C.R.: *Encounter-Gruppen*. München 1974
- Röhrig, S./Reiners-Kröncke, W.: *Burnout in der Sozialen Arbeit*. Augsburg, 2003
- Römis, K./Leinen, J./Schütz, A.: Das FAM – Familienaktivierungsprogramm oder Families First Program. Deutschland im Kontext einer Ressourcen- und lebensweltorientierten Jugendhilfeplanung 1999. In: *Sozialmagazin* 24 (2) 38-45. 1999
- Rommelspacher, H.: Das mesolimbische dopaminerge System als Schaltstelle der Entwicklung auf Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. In: *Sucht* 28, 91-92. 1992
- Rommelspacher, H.: Welche neurobiologischen Mechanismen erklären Aspekte süchtigen Verhaltens?. In: Mann, K./Buchkremer, G. (Hrsg.): *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. S.41-52. Stuttgart 1996
- Rophol in: Böse 1989
- Rost, W.D.: *Psychoanalyse des Alkoholismus*. S.275. Stuttgart 1987

- Ruthe, R./Glöckl, P.: Alkohol in Ehe und Familie. Wuppertal 1995
- Salloch-Vogel, R.R.: Erwachsene Kinder suchtkranker Eltern: Was wird aus diesen Kindern? In: Sucht und Familie. Hrsg.: Katholisch Sozialethische Arbeitsstelle e.V. Hamm 1990
- Salomon, A.: Leitfaden der Wohlfahrtspflege. Berlin 1928
- Salomon, A.: Soziale Diagnose. Berlin 1926
- Salzmann-Kaupp, I./Körkel, J.: Co-Abhängigkeit und dependente/vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung. Eigenständige oder verwandte Konstrukte? Poster vorgestellt auf dem 41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 27.9-1.10.1998. Dresden 1998
- Satir, V./Baldwin, M.: Familientherapie in Aktion. Die Konzepte der Virginia Satir in Theorie und Praxis. Paderborn 1988
- Satir, V./Schneider, K.: Die Grenze der Gegenwärtigkeit. Ein Gespräch. In: Schneider, K. (Hrsg.): Familientherapie in der Sicht der psychotherapeutischen Schulen. Paderborn 1983
- Satir, V.: The development of theory and practice in social casework. Springfield 1964
- Schadewaldt, H.: Alkohol und Alkoholismus. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. Köln 1985
- Schäfer, M.: Musiktherapie als Heilpädagogik bei verhaltensauffälligen Kindern. Frankfurt 1979
- Schenk-Danzinger, L.: Entwicklung, Sozialisation, Erziehung. Stuttgart 1985
- Schermer, J.F.: Lernen und Gedächtnis. Grundriss der Psychologie. Band 10. Stuttgart, Berlin, Köln 1991
- Schlippe, A.v./Schweitzer J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2000
- Schlippe, A.v.: Familientherapie im Überblick. Basiskonzepte, Formen, Anwendungsmöglichkeiten. Paderborn 1991
- Schlippe, A.v.: Familientherapie im Überblick. Paderborn 1993
- Schlüter-Dupont, L.: Alkoholismus-Therapie. Stuttgart 1990
- Schmidt, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart 1986

- Schmidtchen, S./Erb, A.: Analyse des Kinderspiels. Köln 1979
- Schmidtbreich, A.: Systemische Familientherapie in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. Freiburg 1992
- Schmieder, A.: Alkohol und Co. Stuttgart 1992
- Schneewind, K.: Eltern und Kinder. Stuttgart 1983
- Schneewind, K.: Familienpsychologie. Stuttgart 1991
- Schneider, W.: Die betroffenen Familien ... zwischen Alkohol, Sucht und Gewalt. In: Familien-Sucht-Gewalt. Hrsg.:LSSH (2). S.45-55. Kiel 1995
- Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 2000
- Schulenburg, C.: Persönlichkeitsstörungen bei Kindern alkoholabhängiger Väter. Köln 1982
- Schulsinger, F./Knop, J./Goodwin, D.W./Teasdale, T.W/Mikkelsen, U.: A Prospective study of young men at high risk for alcoholism. Archives of General Psychiatry, 43, 755-760. 1986
- Schuster, E.M.: Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH). Aspekte eines mehrdimensionalen Handlungsansatzes für Multiproblemfamilien. Frankfurt 1997
- Schütze, Y.: Psychoanalytische Theorien in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K./Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. S.123-146. Weinheim 1980
- Schwarz, J.: Therapeutenvariable. In: Knischewski, E. (Hrsg.): Alkoholismustherapie. Kassel 1981
- Schweitzer, J./Schlippe, A.v.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen 2003
- Schweitzer, J.: Systemische Ansätze in Beratungsdiensten. In: Hahn, K./Müller, F.W. (Hrsg.):Systemische Erziehungs- und Familienberatung. 1993
- Schwoon, D.: Die Kinder von Abhängigen. In: Aktion Jugenschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (Hrsg.): Kinder aus suchtkranken Familien. Sonderdruck Jugenschutz Heute. O.O. 1988
- Searles, J.S.: Verhaltensgenetische Forschungen zum Risikofaktor Alkoholismus bei Kindern von Alkoholabhängigen. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg 1994

- Sher, K.J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. Chicago 1991
- Sieber, M.: Drogenkonsum. Einstieg und Konsequenzen. Bern 1993
- Siebert, H.: Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Neuwied 2003
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. München 1988
- Silbereisen, R./Montada, L.: Entwicklungspsychologie. München 1983
- Simon, F.B./Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie. Stuttgart 1984
- Singer, M.V.: Pankreas und Alkohol. Schweiz. Med. Wschr. 115/85. S.973
- Skinner in: Schermer 1991
- Skinner, B.F.: Contingencies of reinforcement. A theoretical analysis. New York 1969
- Skinner, B.F.: Denken und lernen. Beiträge der Lernforschung zur Methodik des Unterrichts. 2.Aufl. Braunschweig 1969
- Skinner, B.F.: Denken und lernen. Beiträge der Lernforschung zur Methodik des Unterrichts. 3.Aufl. Braunschweig 1976
- Skinner, B.F.: The behavior of organisms: an experimental analysis. New York 1966
- Skinner, B.F.: Science and human behavior. New York 1966
- Soer, J.v.: Jugendalkoholismus. Weinheim 1980
- Sonntag, J.: Arbeit mit Kindern in einer Beratungsstelle. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. S.23-24. Stuttgart 1992
- Soskin, R.A.: Personality and attitude change after two alcoholism treatment programs. In: QJSA 31/1970. S.920-931
- Sozia Verlag GmbH (Hrsg.): Handreichung für Lehrkräfte an Fachschulen für Sozialpädagogik zum Thema Suchtprophylaxe im Kindesalter. Freiburg 1996
- Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Bocholt: Sozialpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen suchtkranker Elternteile. Bocholt 1989
- Sperlich, C.: Für mich eine große Freude. In: Suchtreport 2/96. S.8-13. 1996
- Spitz, R.: die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. O.O. 1957
- Sprey, T.: Randgruppenberatung. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Beraterlexikon. München 1977

- Stadler, T.: Ansätze für eine Suchtprävention im Kindergarten. In: Aktion Jugendschutz Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (Hrsg.): Materialmappe Suchtprävention. Kap. D2, S.1-5. München 1990
- Staub-Bernasconi, S.: Soziale Probleme – soziale Berufe – soziale Praxis. In: Heiner, M./Meinhold, M./von Spiegel, H./ Staub-Bernasconi, S.: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Freiburg 1994
- Staub-Bernasconi, S.: Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international – oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern, Stuttgart, Wien 1995
- Stefan, C.: Co-Abhängigkeit. Ein Teufelskreis ohne Lösung oder eine Chance zur Veränderung? In: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.). Dokumentation. München 1996
- Stein, A.: Die Anwendung des Sozialtherapeutischen Rollenspiels bei Kindern aus Familien mit Suchtkranken. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken. Freiburg 1987
- Steinert, E./Thiele, G.: Sozialisationsforschung für Studium und Praxis. Troisdorf 2000
- Steinglass, P.: Familientherapie mit Alkoholabhängigen. In: Kaufmann, E./Kaufmann, P. (Hrsg.): Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. S.165-199. Freiburg 1983
- Steinhausen, H.C./Nester, V./Huth, H.: Psychopathology and mental functions in the offspring of alcoholic and epileptic mothers. *Journal of the Academy of Child Psychiatry*, 21, 268-273. 1982
- Steinkamp, G.: Arbeitsplatzzerfahrung und familiäre Sozialisation. Ergebnisse und Probleme einer empirischen Untersuchung an Eltern und Kindern. In: Umweltbedingungen familiärer Sozialisation. S.120-142. Stuttgart 1982
- Steinkamp, G.: Sammelbesprechung: Auf der Suche nach einer Theorie komplexer Sozialisationsmilieus. In: *Soziologische Revue*. H.3, Jg.5, S.281-296. 1982
- Stierlin, H./Simon, F.B.: Familientherapie. In: Kisker, K.P. (Hrsg.): *Psychiatrie der gegenwart*. Bd. 1: Neurosen, psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Berlin, Heidelberg 1986

- Stierlin, H.: Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen. Frankfurt/Main 1976
- Stierlin, H.: Eltern und Kind. Frankfurt/Main 1980
- Stierlin, H.: Eltern und Kinder. Das Drama von Trennung und Versöhnung im Jugendalter. Frankfurt/Main 1976
- Stierlin, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie. Stuttgart 1980
- Stimmer, F./Müller-Teusler, S.: Jugend und Alkohol. Wuppertal 1999
- Stimmer, F.: Familiensoziologische Aspekte der Alkoholismusgenese bei Jugendlichen. In: Stimmer, F. (Hrsg.): Alkoholabhängigkeiten. Soziologenkorrespondenz, Bd. VI Sozialforschungsinstitut München. München 1979
- Stimmer, F.: Jugenalkoholismus. Berlin 1978
- Stoesberg, K.: Normorientiertheit Süchtiger. Ein sozialisationstheoretischer Ansatz. In: Kuypers, U.: Werte und Normen in der Hilfe für Suchtkranke. Freiburg 1984
- Stosberg, K.: Sozialisation und Drogen. Frankfurt 1993
- Subby, R.: Lost in the Shuffel. Pompano Beach 1997
- Sullivan, E.: Das Kindesalter. München 1974
- Süssmuth, R.: Familie. In: Schiefele, H./Krapp, A. (Hrsg.): Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie. München 1981
- Tarter, R.E./Edwards, K.L.: Vulnerability to alcohol and drug abuse. A behavior – genetic view. J. Drug Issues 17, 67-81. 1987
- Tauscher, M./Simon, R./Helas, I./Hüllinghorst, B./Schmidtobreck, B./Bühringer, G.: Erweiterte Jahresstatistik 1994 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Berichte 1995. Hamm 1995
- Teske, K.: Wie erleben Kinder die Alkoholabhängigkeit in der Familie. Eschborn 1994
- Textor, M.R.: Hilfe für Familien. Eine Einführung in psychosoziale Berufe. Weinheim 1998
- Thewalt, B.: Mehr als nur ein Elternabend: Wie kann die Schule mit Eltern zusammenarbeiten? In: Carlhoff, H.W./Wittmann, P, Aktion jugenschutz (Ajs), Landesarbeitsstelle, Baden-Württemberg (Hrsg.): Drogenbekämpfung und Suchtprävention. Stuttgart 1991

- Thiersch, H.: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim 1986
- Thiersch, H.: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim 1992
- Thurn, H.P.: Dekulturation. Begriffe, Probleme, Differenzierungen. Opladen 1985
- Tillmann, K.J.: Sozialisations-theorien. Eine Einführung in den Zusammenhang von Gesellschaft, Institution und Subjektwerdung. Reinbek 1989
- Tölle, R.: Zur Familienkonstellation von Alkoholkranken. In: Suchtgefahren 4/83, S.350-355
- Tolman, E.C.: Purposive behavior in animals and men. New York 1932
- Tolzmann, R.: Suchtvorbeugung schon im Kindergarten?. In: Thema Jugend 1-2/95, S.4-6. 1995
- Toman, W.: Familienkonstellationen. Ihr Einfluss auf den menschen und sein soziales Verhalten. München 1980
- Tretter, F.: Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch –Umwelt – Droge. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998
- Tretter, F.: Skizze einer „Ökologie der Person“ als Denkraumen der Psychiatrie. Forum für interdisziplinäre Forschung. 10:21-47. 1993a
- Tretter, F.: Systemwissenschaft in der Medizin. Begriffe, Methoden, Modelle, System Familie. 1:199-201. 1988a
- Tretter, F.: Systemwissenschaft in der Medizin: Deutsches Ärzteblatt 43, 3198-3209. 1989a
- Truöl, L.: Teamarbeit und Therapeutenvariablen. In: Knischewski, E. (Hrsg.): Alkoholistherapie. Kassel 1981
- Ulich, D.: Lern- und Verhaltenstheorien in der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann, K./Ulich, D. (Hrsg.): Handbuch der Sozialisationsforschung. S.71-100. Weinheim 1980
- Ullrich, R./Ullrich, R.: Das Assertiveness-Training-Programm ATP. München 1980

- Urwyler, S.: Gibt es biochemische Verknüpfungen zwischen der Wirkung von Alkohol und Opiaten? In: KeuP, W. (Hrsg.): Biologie der Sucht. S.151-167. Berlin 1985
- Vaillant, G.E.: The natural history of alcoholism. Harvard Univ. Press. Cambridge/Mass 1983
- Viebahn, I.v.: Seelische Entwicklung und ihre Störungen. Göttingen 1972
- Villiez, T.v.: Sucht und Familie. Berlin 1986
- Vollmoeller, W.: Familientherapeutische Grundkonzepte im Überblick. In: Praxis der Psychotherapie und der Psychosomatik 1/89
- Vorsorge-Initiative (Hrsg.): Was tun gegen Sucht? Frankfurt 1994
- Walcker-Mayer, C.: Leben aus zweiter Hand – weibliche Existenz durch männliche Abhängigkeit. In: Merfert-Diete, C./Soltau, R. (Hrsg.): Frauen und Sucht. S.80-83. Reinbek 1984
- Wallner, E./Pohle-Funke, M.: Soziologie der Familie. Heidelberg 1977)
- Wanke, K.: Leitsätze zum Thema: Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer umfassenden Familientherapie. In: DHS (Hrsg.): Familie und Suchterkrankung. S.182-183. Hamm 1977
- Wanke, K.: Zur Psychologie der Sucht. In: Kisker, K./Leuter, H./Meqer, J.E/Müller, C./Strömgren, E. (Hrsg.): Abhängigkeit und Sucht. Psychiatrie der Gegenwart. S.19-52. Berlin 1985
- Wanner, W.: Signale aus der Tiefe. Gießen 1975
- Ward, Y.: Ein Fläschchen in Ehren. Hamburg 1994
- Watzlawick, P./Beavin, J.H./Jackson, D.D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Pradoxien. Stuttgart 1982
- Watzlawick, P./Weakland, J.H./Fisch, R.: Lösungen. Bern 1974
- Way, W.L./Herz, A.: Biochemie des Morphins und morphinähnliche Substanzen. In: Steinbrecher, H./Solms, H. (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. Stuttgart 1975
- Weakland in: Schneewind 1991

- Weber-Hagedorn, B./Siller, G.: Sucht. Die Diktatur des Zuviel. Mit Übung und Spielen für Berater, Betroffene und Angehörige. Offenbach 1988
- Wegscheider, S.: Another Chance. Hope und health for the alcoholic family. Palo Alto 1981
- Wegscheider, S.: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie. Wildberg 1988
- Wegscheider-Cruse, S.: Choicemaking. Pompano Beach 1985
- Weins, W.: Problemfamilien im Gemeindekontext. Stuttgart 1983
- Weisz, S.: Prävention mit Kindern und Jugendlichen in der offenen Kinder- und Jugendarbeit. In: Katholische Landesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz Nordrhein-Westfalen e.V. (Hrsg.): Suchtvorbeugung in der Kinder- und Jugendarbeit. S.4-8. Münster 1993
- Welter-Enderlin in: Osterhold 1992
- Wendt, W.R.: Casemanagement in Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg 1997
- Wendt, W.R.: Ökosozial denken und handeln. Grundlagen und Anwendungen in der Sozialarbeit. Freiburg 1990
- Wesseley, P./Pernhaupt, G.: Der Alkoholismus bei Frauen im Vergleich zu einer männlichen Kontrollgruppe. Wien. Med. Wschr. 123. S.473-478. 1973
- Whipple, S.C./Parker, E.S./Nobel, E.P.: An atypical neurocognitive profile in alcoholic fathers and their sons. Journal of Studies on Alcohol, 49, 240-244. 1988
- Wienberg, G.: Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn 1992
- Wiener in: Kaufmann/Kaufmann 1983
- Wiener, N.: Cybernetics or control and communication in the animal and the machine. New York 1948
- Wieser, S.: Das Trinkverhalten der Deutschen. Herfort 1973
- Wild, C.: Überlebe erst und heile Dich später. In: Partner 2-3/90. S.12-17. 1990
- Wille, R.: Alkohol-Embryo-foetopathie. In: LSSH (Hrsg.): Kinder suchtkranker Eltern. S.16-23. Kiel 1990

- Williams, C.N.: Präventive Maßnahmen und Behandlungsansätze für die Arbeit mit Kindern von Alkoholabhängigen. In: Appel, C. (Hrsg.): Kinder alkoholabhängiger Eltern. S.85-127. Freiburg 1994
- Willnes in: Schäfer 1979
- Wilsnack, S.C.: The effects of social drinking on womans fantasy. J. Personality 42/74. S.43
- Wilson-Schaef, A.: Co-Abhängigkeit. Die Sucht hinter der Sucht. München 1986
- Wilson-Schaef, A.: Co-Abhängigkeit. Nicht erkannt und falsch behandelt. Wildberg 1986
- Wilson-Schaef, A.: Im Zeitalter der Sucht. Hanburg 1989
- Witter, H./Reiners-Kröncke, W.: So kanns nicht weitergehen. Suchtstoffpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. St. Augustin 1997
- Wöbcke, M.: Suchtgefährdete Schüler. Ursachen und Vorbeugemaßnahmen. Freiburg 1975
- Woititz, J.: Um die Kindheit betrogen. München 1990
- Wolffgramm, J./ Heyne, A.: Kontrollierte Substanzeinnahme versus Abhängigkeit: Die Entwicklung einer Sucht im Tiermodell. Sucht 38 1992
- Wolffgramm, J.: Die Bedeutung der Grundlagenforschung für die Behandlung von Abhängigen. In: Mann, K./ Buchkremer, G. (Hrsg.): Sucht, Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart 1996
- Wright, D.M./Heppner, P.P.: Examining the well-being of nonclinical college students. Is knowledge of the presence of parental alcoholism useful? Journal of counseling Psychology, 40, 324-334. 1993
- Wulfers, W.: Schulsozialarbeit. Ein Beitrag zur Öffnung, Humanisierung und Demokratisierung der Schule. Hamburg 1991
- Wurzbacher, G.: Sozialisation und Personalisation. Stuttgart 1974
- Wurzbacher, G.: Soziologie für Erzieher. München 1980
- Wüthrich, P.: Zur Soziogenese des chronischen Alkoholismus. In: Ritzel, G. (Hrsg.): Sozialmedizinische und pädagogische Jugendkunde. Basel 1974

- Zerbin-Rüdin, E.: Allgemeine humangenetische Gesichtspunkte der Sucht. In: Keup, E. (Hrsg.): Biologie der Sucht. Heidelberg 1985
- Zeugin, P.: Soziologie. Stuttgart 1979
- Zimmermann, K.: Mißbrauchte Kinder – Opfer der Sucht? In: LSSH(1) (Hrsg.): Mißbrauchte Kinder – Opfer der Sucht? S.10-16. Kiel 1995
- Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen 2000
- Zulliger in: Atzesberger 1980
- Zulliger in: Schmidtchen/Erb 1976