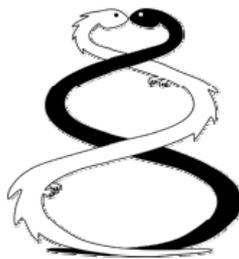


Kinder suchtmittelabhängiger Eltern

Konzept der Zusammenarbeit von Helfersystemen in einer ambulanten
Suchtberatungseinrichtung



Thesis

zur Erlangung des Grades

Master of Science (MSc)

am

Interuniversitären Kolleg für Gesundheit und Entwicklung
Graz / Schloss Seggau (college@inter-uni.net, www.inter-uni.net)

vorgelegt von

DSA Renate Christine Hutter

Graz, im Juni 2006

DSA Renate Christine Hutter

renate.hutter@inter-uni.net

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Arbeit selbstständig unter Nutzung keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel verfasst zu haben.

Graz, im Juni 2006

Thesis angenommen im Juni 2006

INHALT

1.1. KINDER SUCHTMITTELABHÄNGIGER ELTERN – KONZEPT DER ZUSAMMENARBEIT VON HELFERSYSTEMEN IN EINER AMBULANTEN BERATUNGSEINRICHTUNG	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
1.2. EINLEITUNG	1
1.2.1. Hintergrund und Stand des Wissens	<i>Fehler! Textmarke nicht definiert.</i>
1.2.2. Forschungsfrage(n)	2
1.3. METHODIK	3
1.3.1. Design	3
1.3.2. TeilnehmerInnen	3
1.3.3. Durchführung	3
1.4. ERGEBNISSE	3
1.4.1. Überblick	3
1.4.2. Besonderheiten	4
1.5. SCHLUSSFOLGERUNG	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
1.5.1. Folgerung auf die untersuchte Problematik und den Stand des Wissens	<i>Fehler! Textmarke nicht definiert.</i>
1.5.2. Eigenkritisches	<i>Fehler! Textmarke nicht definiert.</i>
1.5.3. Anregungen zu weiterführender Arbeit	4
1.6. VERFASSERIN/BETREUERIN	FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.
2. EINLEITUNG	1
3. THEORETISCHER HINTERGRUND UND METHODIK	8
3.1. KINDER UND JUGENDLICHE	8
3.1.1. Begriff Kindeswohl	8
3.1.2. Gefährdung des Kindeswohls	11
3.1.3. Gefährdung des Kindeswohls in Suchtfamilien	12
3.2. ELTERN	15
3.2.1. Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen	17
3.2.2. Rolle der KlientInnen in einer Beratungsreinrichtung	18
3.2.2.1. Freiwillige Klientenschaft	19
3.2.2.2. Pflicht- oder Zwangsklientenschaft	20
3.3. HELFERSYSTEME	21
3.3.1. Rolle von Beratungseinrichtungen	23
<i>Drogen- bzw. Suchtberatungseinrichtungen und hier vor allem § 15-Einrichtungen nach dem Suchtmittelgesetz haben unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen:</i>	23
3.3.2. Rolle von Jugendämtern	24
3.3.3. Weitere beteiligte Helfersysteme	25
4. ERGEBNISSE	27
4.1. KONZEPTION DER BETREUUNG	27
4.1.1. Auftrag und Kontext	28
4.1.2. Handlungsleitfaden – Konzept für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern in Kooperation zwischen Suchtberatungseinrichtung und Jugendwohlfahrtsträger	30
4.2. BEHANDLUNGSSCHRITTE	31
4.3. BETREUUNGS- UND BERATUNGSANGEBOTE	33
4.3.1. Betreuung der Eltern	34
4.3.2. Betreuung der Kinder	35
4.3.3. Schulung und Coaching der HelferInnen	36
4.3.3.1 Schulung der HelferInnen vor dem Anlassfall	36
4.3.3.2. Coaching der HelferInnen im Betreuungsprozess	36
4.3.3.3. Helferkonferenzen im Beisein der Familie	37
5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE	38
5.1. ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSBEMERKUNGEN	38



www.inter-uni.net > Forschung

Kinder suchtmittelabhängiger Eltern – Konzept der Zusammenarbeit von Helfersystemen in einer ambulanten Beratungseinrichtung.

Zusammenfassung der Arbeit (redaktionell bearbeitet)

Renate Hutter, mit Paul Paß und P.C. Endler
Interuniversitäres Kolleg (college@inter-uni.net) 2006

Einleitung

Die gegenständliche Arbeit versucht Impulse zu geben, Jugendämter und Suchtberatungseinrichtungen so zu vernetzen, dass eine positive Entwicklung von Familiensystemen angeregt wird. Kinderschutzanliegen und Vorgaben der Jugendwohlfahrt werden ebenso berücksichtigt wie Persönlichkeitsentwicklung und Genesungsprozess der Eltern.

Kernpunkt der vorliegenden Arbeit ist ein Konzept für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern. Das zentrale Ziel dieses Konzepts liegt in der Transparenz für die betroffenen ProtagonistInnen – Familie und HelferInnen.

Die Abläufe der Betreuung sollen klar sein, und Eltern und Kinder sollen den Sinn des Betreuungsangebotes erkennen können. Vor allem sollen sie von Anfang an als PartnerInnen mit ins Boot geholt werden. Durch klare Zuweisungsmodalitäten und offene Formen der Kommunikation, die sich in Feedbackschleifen im Hinblick auf die Prozessevaluierung niederschlagen, sollen auch die Eltern verstärkt in ihre Elternrolle gebracht werden.

Erst wenn Menschen die positive Absicht hinter einer Maßnahme erkennen können und wenn die Betreuungsmodalitäten in einem vertrauenswürdigem Klima kommuniziert werden, kann Angst abgebaut werden, Motivation entstehen und Verantwortung übernommen werden.

Das Ziel des beschriebenen Konzepts liegt vor allem darin, dass HelferInnen sich der Problematik bewusst werden. Es soll einerseits zu einem tieferen Verständnis für die Fallen der Betreuungsarbeit beitragen. Andererseits soll es ein inneres Bild der HelferInnen, wie und in welcher Form die Arbeit erfolgreich verlaufen könnte, entstehen lassen.

Durch die Erfahrungen mit Zwangskontexten unterschiedlicher Art sind Suchtberatungseinrichtungen prädestiniert dafür, auch mit der Gruppe der Eltern, die zu Betreuungsbeginn sehr häufig eher wenig motiviert sind zu arbeiten. Widerstand und Verleugnung sind immer Themen in der Betreuungsarbeit mit Suchtkranken. Der Umgang mit den genannten Phänomenen ist andererseits aber auch die Stärke von Suchtberatungseinrichtungen.

Die gegenständliche Arbeit basiert auf Analysen zur Situation von Kindern in Familien mit psychisch kranken Eltern und deren Entwicklungsmöglichkeiten. Die im Mittelpunkt dieser Arbeit stehende Konzeption entstand durch Tagungen und Kongresse zu diesem Thema.

Suchtberatungseinrichtungen beschäftigen sich bisher hauptsächlich mit der Betreuung, Beratung und Therapie von suchtmittelabhängigen Menschen und erwachsenen Angehörigen. Kinder von suchtmittelabhängigen Eltern wurden jedoch bisher nicht als Klientel betrachtet. Vielmehr herrscht in Suchtberatungseinrichtungen häufig die Meinung vor, dass diese Kinder durch pädagogische und andere soziale Einrichtungen ohnedies betreut werden und keine Bedarf bestehe, die betroffenen Kinder in ein ambulantes Betreuungskonzept einer Suchtberatungseinrichtung einzubinden.

Die tägliche Praxis zeigt jedoch, dass Jugendämter, Schulen, Kindergärten und Horte, aber auch AllgemeinmedizinerInnen und KinderärztInnen häufig mit der Frage überfordert sind, wie mit suchtmittelabhängigen Eltern umzugehen wäre. Vielfach wissen sie auch nicht, dass sich diese in ambulanter Suchttherapie befinden. Wenn Sie von der Suchterkrankung der Eltern Kenntnis haben, sprechen sie diese häufig nicht an, da ihnen in letzter Konsequenz die tiefer gehende Kompetenz fehlt, das Thema zu kommunizieren und dann auch entsprechende Schritte zu setzen.

Suchterkrankungsimmanent ist die Situation des Verschweigens und Versteckens. Häufig stellt dies eine sehr große Belastung für die Kinder dar.

Kinder suchtmittelabhängiger Eltern nehmen die Problematik in der Familie meist sehr diffus wahr. Sie können kaum einschätzen, was die Erkrankung wirklich für sie bedeutet und haben gleichzeitig die Auflage durch die Familie, mit niemandem darüber zu sprechen. Ein schwieriger Kreislauf der Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse, der Angst und des Ungeschützt-Seins beginnt.

Aus den genannten Gründen wären Beratungsangebote und Strukturen günstig, die es Kindern suchtmittelabhängiger Eltern ermöglichen, gemeinsam mit ihren Eltern eine Suchtberatungseinrichtung aufzusuchen und dort kindgerechte Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Ein weiterer Punkt zur genannten Problemstellung ist, dass Jugendämter Bedingungen vorfinden sollen, wie sie Familien in Suchtberatungseinrichtungen zuweisen können, ohne in denselben gleich die Angst vor der Kindesabnahme auszulösen. Die betroffenen Eltern oder AlleinerzieherInnen sollten durch das Jugendamt auf Beratungsangebote aufmerksam gemacht werden. Bereits vor der Fremdunterbringung des Kindes sollten Maßnahmen angeboten werden, die einen Verbleib der Kinder in der Familie ermöglichen. Durch geeignete Hilfestellungen sollten Familien entlastet werden, um gleichzeitig an der Genesung der Eltern arbeiten zu können.

Weiters legt das im Mittelpunkt dieser Arbeit stehende Konzept großen Wert darauf, dass systemische Grundsätze wie Neutralität und lösungsorientierte Ansätze im Zentrum stehen. Die Frage des Kindeswohls im gegenständlichen Arbeitskontext soll näher beleuchtet werden, um HelferInnen auch für den Kinderschutzgedanken zu sensibilisieren.

Forschungsfrage(n)

Aus den vorhin genannten Überlegungen stellen sich nun zwei Hauptfragen:

- *Wie gestaltet eine exemplarische Suchtberatungseinrichtung einen Beratungsprozess für suchtmittelabhängige Eltern zusammen mit deren Kindern in Kooperation mit dem Jugendamt?*
- *Welche Schritte können HelferInnen zur Verbesserung des Kindeswohls setzen?*

Hauptsächlich geht es um die Auseinandersetzung mit dem Verlauf eines Beratungsprozesses der Eltern und mit Fragen der klaren und transparenten Zuweisung und Zusammenarbeit mit dem Jugendamt.

Methodik

Design

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die Beschreibung und Analyse eines kombinierten Handlungskonzepts, das sowohl psychotherapeutische Elemente aufweist als auch Elemente der psychosozialen Begleitung und der Sozialen Arbeit. Dieser methodenintegrative Ansatz ergibt sich aus dem Zuweisungskontext der Jugendwohlfahrt und der sozialen Situation der Eltern, die häufig auch Hilfestellung im Sinne von sozialarbeiterischer Intervention benötigen. Psychosoziale Interventionsformen und psychotherapeutische Angebote sollen sinnvoll aufeinander abgestimmt werden. In gewisser Weise besteht auch der Anspruch, dass das Konfliktpotential zwischen behördlicher Sozialarbeit und der zu Verschwiegenheit verpflichtenden Behandlungsmethode der Psychotherapie aufgezeigt werden. Durch Offenlegung der Kommunikation der Helfersysteme soll ein Weg beschrieben werden, wie unterschiedliche Institutionen mit unterschiedlichen Arbeitsaufträgen sinnvoll miteinander kooperieren können.

Das vorliegende Konzept wurde entwickelt durch Diskussion mit MitarbeiterInnen von Beratungseinrichtungen und MitarbeiterInnen des Jugendamtes, denen im Rahmen von Workshops und Fortbildungen die Angebote einer Suchtberatungseinrichtung nähergebracht wurden. Bedürfnisse der Institutionen und Praxiserfahrungen fließen auf diese Weise in das Konzept ein. Darüber hinaus wurde und wird die Konzeption durch den Besuch von themenrelevanten Fortbildungen und Literaturstudien vorangetrieben.

TeilnehmerInnen

TeilnehmerInnen der vorliegenden Arbeit sind MitarbeiterInnen der Institutionen Jugendamt der Stadt Graz und diverser steirischer Bezirkshauptmannschaften sowie MitarbeiterInnen der Drogenberatung des Landes Steiermark. Sie waren als ExpertInnen und DiskussionspartnerInnen an der Erarbeitung des Konzepts beteiligt.

Durchführung

Das erarbeitete Konzept und der erarbeitete Handlungsleitfaden werden auf Basis von Literatur und aus praktischer Erfahrung fachlich untermauert, beschrieben und analysiert.

Ergebnisse

Überblick

Das primäre Ergebnis der vorliegenden Arbeit liegt in dem beschriebenen Konzept. Dieses ermöglicht eine standardisierte Vorgangsweise, wenn Familien mit einem suchtspezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedarf zugewiesen werden. Ergebnis ist auch ein Handlungsleitfaden, der den zeitlichen Ablauf sowie notwendige Vernetzungen der Helfersysteme beschreibt.

Besonderheiten

Die vorliegende Arbeit soll vor allem für HelferInnen, die eine gewisse innere Distanz zur Gruppe der suchtmittelabhängigen Eltern aufweisen, Möglichkeiten eröffnen, sich mit einer innovativen Form der Hilfestellung für die beschriebenen Familien zu beschäftigen. Die Arbeit intendiert eine bessere Vernetzung zwischen den beschriebenen Institutionen. Im besten Fall kann eine neue Form der Betreuung für die genannte Gruppe entstehen. Das gegenständliche Konzept soll ähnlich wie Frühförderung, Erziehungshilfe und sozialpädagogische Familienbetreuung den Verbleib der Kinder suchtmittelabhängiger Eltern in ihren angestammten Systemen ermöglichen – bei gleichzeitiger Absicherung der Kinder.

Diskussion

Im Laufe der Arbeit stellte sich heraus, dass grundsätzlicher Forschungsbedarf hinsichtlich der Effizienz der angebotenen Behandlungsmethoden gegeben ist, gleichzeitig aber die Struktur und die Organisation von gängigen Beratungseinrichtungen keine diesbezüglichen Ressourcen aufweisen. Dies bedeutet, dass eine engere Kooperation mit Forschungseinrichtungen oder Forschungsaufträge vonnöten wären. Eine weitere logisch-schlüssige Folge der gegenständlichen Arbeit ist die Organisation einer Vernetzung zwischen Einrichtungen, die in eine ähnliche Richtung arbeiten – beispielsweise im Rahmen eines EU Projekts oder in Form Länder übergreifender Partnerschaften, etwa mit Institutionen in der Schweiz und in Deutschland.

Anregungen zu weiterführender Arbeit

Weiterführende Arbeiten könnten Interviews mit jenen Personen sein, die nach dem gegenständlichen Konzept betreut wurden. Hier wären sowohl Eltern und Kinder als auch die beteiligten HelferInnen interessante Zielgruppen.

Eine Evaluierung der Arbeit durch eine/n der nachkommenden TeilnehmerInnen des Lehrgangs „Integrated Child Development“ könnte dann stattfinden, wenn es schon mehrere diesbezügliche Betreuungsfälle gibt. Diese Evaluierung könnte beispielsweise die Form einer Kundenbefragung oder eines narrativen Interviews haben. Möglich wäre auch, die in der Arbeit genannte Gruppe der substituierten Eltern und deren Kinder näher zu beleuchten.

Weiters wäre auch eine Auseinandersetzung mit den Hilfeangeboten im Hinblick auf Effizienz und Kundenfreundlichkeit ein Thema, sowie eine Untersuchung im Bereich Sozialmanagement im Zusammenhang mit einer Kosten-Nutzen-Evaluierung der diversen Hilfen, die allen Familienmitgliedern angeboten werden.

2. EINLEITUNG

Wie kam es zu dieser Arbeit?

Im Rahmen meiner Ausbildung im Lehrgang „Integrated Child Development“ wollte ich auf jeden Fall eine Thematik bearbeiten, die praxisrelevant und den Zielen meines Arbeitsfeldes dienlich ist. Darüber hinaus war mir ein Anliegen, für Kinder und Jugendliche einen Beitrag zur positiven Entwicklung zu leisten – treu gemäß dem Lehrgangsnamen „Integrated Child Development“.

Suchtberatungseinrichtungen beschäftigen sich intensiv mit Beratung und Therapie von Suchtmittel abhängigen Menschen. Sie beraten und betreuen auch Angehörige wie Ehe- und LebenspartnerInnen und erwachsene Kinder. Sie schulen und coachen MultiplikatorInnen. Kinder und Jugendliche, die als Angehörige von Suchtmittel abhängigen Eltern betroffen sind, oder Geschwister, die unter der Sucht und möglicherweise einer umfassenden Problematik ihrer suchtmittelabhängigen Schwestern oder Brüder leiden, zählen tendenziell zur vernachlässigten Gruppe.

In der Beratungseinrichtung, in der ich seit vielen Jahren tätig bin (Drogenberatung des Landes Steiermark), hat sich immer stärker das Bedürfnis herauskristallisiert, dass die Jugendwohlfahrtsbehörde verlässliche KooperationspartnerInnen benötigt. Nur so kann eine verbindliche Struktur geschaffen und eine Zusammenarbeit im Sinne des Kindeswohls gewährleistet werden. Vor allem junge Eltern, die in einer Substitutionsbehandlung sind, aber auch häufig ältere Väter und Mütter mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit sind schwer zu motivieren, sich in Behandlung zu begeben.

Die MitarbeiterInnen der Jugendämter haben jedoch das betroffene Kind und den/die Jugendliche/n in seinen/ihren Entwicklungsbedürfnissen, aber auch in seiner/ihrer Not zu beachten und zu betreuen. DiplomsozialarbeiterInnen müssen Maßnahmen setzen, die diese Entwicklung stabilisieren, verbessern und fördern können. Dazu gehört auch das intensive Bemühen, das Kindeswohl abzusichern.

Der Anspruch der Arbeit liegt vor allem darin, dass die jeweiligen Aufgaben von Suchtberatungseinrichtungen und Jugendämtern thematisiert werden. Diese weisen KlientInnen zu, die sich vorderhand nicht freiwillig in eine Beratung und Betreuung begeben.

In den Kapiteln 3.1. und 3.2. gehe ich auf den Begriff des Kindeswohls ein und beleuchte die damit verbundenen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen näher. Zur Sprache kommt auch das Risikopotential von Kindern in Suchtfamilien und die Situation der Eltern.

Kapitel 3.3. befasst sich mit der Beschreibung der ProtagonistInnen des Hilfeprozesses und deren Aufgabenstellung. Konkret werden der Zuweisungskontext in Suchtberatungseinrichtungen und die damit verbundenen entsprechenden gesetzlichen und therapeutischen Aufgaben beleuchtet. Es geht auch um die Aufgabenstellung der Jugendämter. Interessenskonflikte sollen thematisiert werden, um den betroffenen Hilfeempfängern eine klare und transparente Aufgabenstellung zu kommunizieren.

Die „Pferdefüße“ in der Zusammenarbeit der Institutionen Suchtberatung und Jugendamt mit unterschiedlichen Arbeitsaufträgen sollen herausgearbeitet werden, um vor allem die Kommunikation und Information für die TeilnehmerInnen des Hilfeprozesses zu erleichtern.

Kapitel 4.1. befasst sich mit dem im Zentrum der vorliegenden Arbeit stehenden Konzept. Dieses „Betreuungsmodell“ ist diagnose- und lösungsorientiert. Entwicklungsmöglichkeiten und Risikominimierung für alle betroffenen Mitglieder eines Familiensystems werden angestrebt.

Das Ziel, das im gegenständlichen Konzept verfolgt wird, ist vor allem, Verständnis für die Situation der Kinder und Jugendlichen zu wecken, die in Suchtsystemen aufwachsen. Ein wesentlicher Beitrag hiezu ist, sie aus dem Verdrängungs- und Tabubereich zu holen und ihre Lebenssituation bewusst zu machen.

Klare Kommunikationsstrukturen sollen dazu beitragen, dass den Beteiligten Orientierung ermöglicht wird. Modelle sollen entwickelt werden, die den Verbleib von Kindern und Jugendlichen in deren Herkunftssystemen ermöglichen. Dennoch sollen Maßnahmen gesetzt werden, die das Kindeswohl absichern helfen.

Unter Miteinbeziehung der Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien sollen die LeserInnen dazu angeregt werden, vom „Schwarz-Weiß-Denken“ wegzukommen, wonach nur der Verbleib im System oder die Kindesabnahme Varianten zur Absicherung des Kindeswohls wären.

HelferInnen sollen ermutigt werden, kreative Lösungen im Sinne der Eltern und Kinder zu finden. Vor allem aber soll das Modell auch möglichst klar die Miteinbeziehung und Verantwortung der betroffenen Eltern verdeutlichen. Diese sollen möglichst früh zur Mitarbeit motiviert werden.

Co-abhängige Tendenzen in den Helfersystemen sollen zugunsten von Eigenverantwortung der betroffenen Erwachsenen und zum Wohle der Kinder in die Familiensysteme implementiert werden.

Durch meine langjährige berufliche Tätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus und durch die immer wieder Frucht bringenden Fragen meiner StudentInnen in den diversen Praxisseminaren war die Situation der Kinder oft Thema. Die Arbeiten im Zusammenhang mit Kindern von psychisch kranken Eltern, deren Lebenswelten häufig denen von Kindern suchtmittelabhängiger Eltern ähneln, und die intensiven Auseinandersetzungen mit meinen KollegInnen in der Drogenberatung Landes Steiermark haben den Anstoß für diese Arbeit gegeben. Ihre kritischen Beiträge und Anregungen waren mir sehr wichtig. Vor allem die sehr lebhaften Diskussionen mit meiner kritischen und temperamentvollen Kollegin Monika Meier, die mit mir gemeinsam den Ablauf für das gegenständliche Betreuungsmodell und Konzept entwickelt hat und viele Ressourcen aus ihrer Kinderschutzarbeit eingebracht hat, gaben mir sehr wertvolle Anregungen und Hilfen im Hinblick auf folgende Frage: Ist es Aufgabe einer Suchtberatungseinrichtung, auch die Kinder von KlientInnen zu betreuen?

Auch KollegInnen in den steirischen Jugendämtern waren für die vorliegende Arbeit sehr wichtig. Sie gaben viele wertvolle Hinweise zu Möglichkeiten und Unmöglichkeiten der Kooperation.

An dieser Stelle möchte ich auch betonen, dass das Land Steiermark, mein Dienstgeber, und vor allem mein Vorgesetzter, Hofrat Dr. Odo Feenstra, das gegenständliche Anliegen sehr unterstützt haben und eine Weiterentwicklung der landeseigenen Beratungseinrichtungen immer sehr fördern und forcieren – auch mit dieser Ausbildung.

Als systemische Familientherapeutin habe ich vor allem immer wieder den Satz im Ohr „Kindeswohl ist Elternwohl“! Die Untrennbarkeit dieser beiden Aspekte haben mich dazu motiviert, Ansätze für Lösungen zu suchen, die alle Mitglieder eines Systems berücksichtigen.

Meine Grundprofession als Sozialarbeiterin, meine psychotherapeutische Sozialisation als Familientherapeutin und der damit verbundene entwicklungsorientierte Ansatz der Schule von Virginia Satir sowie die Inhalte des Lehrgangs „Integrated Child Development“ schlagen sich in dieser Arbeit nieder. Der Anspruch des Lehrgangs, angestammte Kompetenz und Lehrgangsinhalte zu vernetzen, waren für mich während dieser Arbeit sehr spannend.

Vor allem hat mich der faszinierende Ansatz des „therapeutischen Sandspiels“ immer wieder dazu ermutigt, Kinder und Jugendliche mehr und mehr als Klientel von Suchtberatungseinrichtungen zu betrachten. Sie haben das Recht, dass ihnen Raum in unseren Konzepten und Überlegungen gegeben wird. Das Fachwissen, das sich Suchtberatungseinrichtungen im Laufe von Jahren über die Psychodynamik ihrer Eltern und Bezugspersonen angeeignet haben, soll auch Kindern zugute kommen.

3. THEORETISCHER HINTERGRUND UND METHODIK

3.1. Kinder und Jugendliche

Bei der beschriebenen Gruppe der Kinder und Jugendlichen handelt es sich um Personen, die davon betroffen sind, dass ein Elternteil oder sogar beide Elternteile an einer Suchterkrankung leiden. Es ist wenig von Bedeutung, welche Substanzen eingenommen werden. Vielmehr ist der Grad der körperlichen, psychologischen und sozialen Gefährdung der erkrankten Eltern maßgebend für das Risiko ihrer Kinder. In den nachstehenden Ausführungen geht es um den Begriff Kindeswohl an sich: Was versteht man darunter? Und vor allem: Wie manifestieren sich Gefährdungen des Kindeswohls?

3.1.1. Begriff Kindeswohl

Explizit soll an dieser Stelle betont werden, dass die Jugendwohlfahrt nur in jenen Fällen Hilfe und Unterstützung gewährt, aber auch Auflagen erteilt und Maßnahme gegen den Willen der Betroffenen einleiten soll, in denen Eltern aus ihrer eigenen Kraft und Fähigkeit die Entwicklung und Versorgung ihrer Kinder nicht gewährleisten können. Dies bedeutet, dass die Jugendwohlfahrtsbehörde zu handeln beginnt, wenn das Kindeswohl gefährdet ist.

Der Qualitätssicherungskatalog der Stadt Graz gibt hierzu nachstehende Stellungnahme ab:

„Die öffentliche Jugendwohlfahrt hat nach dem § 2 Abs. 1 JWG und § 1 Abs. 2 StJWG ganz allgemein die Aufgabe, die Familie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben in der Pflege und Erziehung Minderjähriger zu beraten und zu unterstützen. Beiden Gesetzen sind keine weiteren ausdrücklichen Bestimmungen zu entnehmen, die etwas über die Gestaltung des Zuganges zur Hilfe aussagen.“ (Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie 2000, S.1.2)

Weiters heißt es im genannten Qualitätskatalog, „dass die möglichst effektive Gestaltung des Zugangs zu diesen Hilfen geradezu geboten ist und somit eine der Jugendwohlfahrt immanente gesetzliche Aufgabe darstellt“ (Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie 2000, S.1.2).

Der Begriff Kindeswohl stammt primär aus dem rechtlichen Bereich und nicht – wie man eventuell vermuten würde – aus der Pädagogik, Psychologie oder Medizin.

„Der Begriff des Kindeswohls hat in der Fachliteratur bisher einen widersprüchlichen Niederschlag gefunden: Würde man zunächst vermuten, dass er ursprünglich in der Pädagogik, Psychologie oder Medizin beheimatet ist (im Sinne des „Wohl-Seins oder Wohl-Fühlens“; vgl. dazu die Gesundheitsdefinition der WHO), stellt sich bei Sichtung der einschlägigen Publikationen rasch heraus, dass dieser Terminus vor allem in der Jurisprudenz (Kindschafts- und Familienrecht, Jugendwohlfahrt) verankert ist.“ (Leixnering 1999, S. 7)

Gesetze schaffen Regeln und Normen. Sie sollen Standards schaffen und schreiben Sollzustände fest. Kindererziehung ist in unserer Gesellschaft ein „Elternrecht“ und soll nur im Notfall angetastet werden.

Defizite sollen festgestellt werden und durch so genannte „Maßnahmen“ wie Betreuung, Beratung, Therapie und Internats- oder Fremdunterbringung kompensiert werden (vgl. Leixnering 1999, S 7).

Der Grundgedanke des Jugendwohlfahrtsrechts definiert in Österreich, wie in vielen anderen EU Ländern auch, das Kindeswohl meist auf folgenden vier Ebenen, auf welchen es auch zu sichern ist (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung – Abt. 6, Hauptreferat Sozialwesen 1999, S. 5):

- a) Körper (Pflege- und Ernährungszustand, Wohnverhältnisse u.a.)
- b) Verstand (kognitive Förderung, Bildungsmöglichkeiten u.a.)
- c) Gefühle
- d) sozial (soziale Einbettung, Sozialverhalten des Kindes)

Kindeswohl ist im Laufe der Geschichte und der Änderung der gesellschaftlichen Bedingungen einem dauernden Wandel unterworfen. Es befindet sich in einer Art prozesshaften Anpassung an die jeweiligen sozialen Bedingungen. Beispiele hierfür wären das Züchtigungsverbot, das Recht der Kinder auf gemeinsame Obsorge u.v.m.

Der Begriff „Kindeswohl“ ist dehnbar und meist auch schwer exakt zu definieren. Noch schwieriger ist es, die Gefährdung des Kindeswohls exakt festzumachen.

Im Folgenden kommen Definitionen des Begriffs „Kindeswohl“ zur Sprache. Sie sollen u.a. dazu beitragen, Gefährdung des Kindeswohls zu unterscheiden und näher zu beleuchten.

Jutta Hochstrasser legt in ihrer Definition vor allem Wert auf die Ganzheitlichkeit des Begriffs Kindeswohl:

„Der Begriff Kindeswohl versucht das Kind in seiner Ganzheitlichkeit zu beschreiben und der Wechselwirkung von genetischen, familiären, sozialen, emotionalen und kulturellen Faktoren gerecht zu werden. Kindeswohl umfasst den Schutz und die Sicherheit des Kindes hinsichtlich der psychosozialen, der körperlichen und der intellektuellen Gesundheit. Im Sinne des Kindeswohls zu handeln bedeutet, dass man jedes Kind mit seinen individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten wahrnimmt, anerkennt und wertschätzt. Es bedarf neben sicheren, stabilen Bezugspersonen, die dem Kind mit Liebe und Zuneigung begegnen, es respektieren, akzeptieren und achten auch einer entwicklungsgerechten Förderung, um eine autonome und selbstständige Lebensführung zu erlangen und sich erfolgreich in das gesellschaftliche Leben integrieren zu können.“ (Hochstrasser 2003, S. 4)

Die Psychotherapeutin und langjährige Mitarbeiterin im steirischen Kinderschutzbereich, Friederike Fink umschreibt den Begriff wie folgt:

Der Begriff ‚Kindeswohl‘ ist ein wenig klar definierter Rechtsbegriff, der z.B. nach § 178a ABGB so definiert ist: Kindeswohl umfasst die Beurteilungskriterien Persönlichkeit und Bedürfnisse, Anlagen, Fähigkeiten, Neigungen und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes sowie die Lebensverhältnisse der Eltern. Sicherung des Kindeswohls ist der primäre gesetzliche Auftrag in der Jugendwohlfahrt. Das Recht der freien Entfaltung der Persönlichkeit beinhaltet Lebensbedingungen, die dem Kind die Entwicklung seinen Anlagen gemäß ermöglichen. Zudem braucht es Ernährung, gesundheitliche Betreuung und Fürsorge der Erwachsenen, je jünger und hilfloser das Kind ist.

Die inhaltliche Bestimmung und Interpretation des Begriffs hängt von den unterschiedlichen theoretischen Ansätzen und von kulturellen, gesellschaftlichen und persönlichen Werthaltungen ab und muss individuell bezogen auf das jeweilige Kind überprüft werden. (vgl.Fink, 2003, S. 1)

Laut Franz Stimmer versteht man unter Kindeswohl einen am Kind orientierten Rechtsbegriff, der *zentrale* Bedeutung für das Jugendwohlfahrtsrecht hat. Er ist entscheidungsleitend für Interventionen und Maßnahmen und legitimiert diese auch. Durch das Recht des Kindes auf Kindeswohl wird das verfassungsrechtlich geschützte Elternrecht begrenzt (vgl. Stimmer 1996, S. 283). Dieser Ansatz scheint in der weiteren Folge für die Arbeit mit den betroffenen Familien und Kindern zentral zu sein.

Um den Ansatz des gegenständlichen Konzepts für die weitere therapeutische Arbeit zu erfassen, soll nun auf die gesetzlichen Grundlagen eingegangen werden, welche das Jugendwohlfahrtsgesetz in der Steiermark vorgibt. Hier sei erwähnt, dass es zwar ein bundesweites Jugendwohlfahrtsgesetz gibt, die Länder aber jeweils ihre eigenen Landesgesetze erlassen, die sich jedoch nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Vor allem die hier behandelten Begriffe wie „Kindeswohl“ und „Aufgaben der Jugendwohlfahrt“ sind grundsätzlich gleich.

Das Steiermärkische Jugendwohlfahrtsgesetz definiert die Aufgaben zur Sicherung des Kindeswohls wie folgt:

„§ 1 Aufgabe der öffentlichen Jugendwohlfahrt

(1) Die Mutterschafts-, Säuglings- und Jugendfürsorge (öffentliche Jugendwohlfahrt) hat

1. für die Betreuung der Mütter, der werdenden Mütter und ihrer Leibesfrucht, der (werdenden) Eltern sowie von Säuglingen und deren Eltern vorzusorgen (Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge),
2. die Entwicklung Minderjähriger durch Angebot von Hilfen zur Pflege und Erziehung zu fördern und durch Gewährung von Erziehungsmaßnahmen zu sichern (Jugendfürsorge).

(2) Der öffentlichen Jugendwohlfahrt kommt die allgemeine Aufgabe zu, die Familie bei der Erfüllung ihrer Aufgaben in der Pflege und Erziehung Minderjähriger zu beraten und zu unterstützen.“
(Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 1991 - StJWG 1991)

Aus dem vorhin genannten Gesetzestext ist zu ersehen, dass die zuständigen MitarbeiterInnen aus dem Jugendwohlfahrtsbereich im Hinblick auf minderjährige Kinder die wichtigsten VernetzungspartnerInnen einer Suchtberatungseinrichtung sind. Wie schon oben beschrieben soll das gegenständliche Konzept helfen, das Kindeswohl durch eine verbesserte Kooperation zwischen Jugendwohlfahrt und Beratungseinrichtung abzusichern.

Kurz und prägnant sollen an dieser Stelle sieben Grundbedürfnisse von Kindern zusammengefasst werden. Diese sieben Grundbedürfnisse geben einen Hinweis darauf, was Kinder benötigen, um ein kindgerechtes Leben führen zu können (vgl. Brazelton/Greenspan 2002, S. 12ff):

1. Das Bedürfnis nach Existenzsicherung
2. Das Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen
3. Das Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation
4. Das Bedürfnis nach Erfahrungen
5. Das Bedürfnis, die Welt zu erforschen, zu entdecken und zu begreifen
6. Das Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen
7. Das Bedürfnis nach stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und nach kultureller Kontinuität

3.1.2. Gefährdung des Kindeswohls

Nachdem der Begriff „Kindeswohl“ näher beleuchtet wurde, geht es im Folgenden um den Begriff „Kindeswohlgefährdung“.

Den Begriff „Gefährdung“ findet sich als Terminus technicus in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit, wie Franz Stimmer ausführt:

„Einerseits stellt Gefährdung einen wegen seiner Relativität als problematisch eingestuften unbestimmten Rechtsbegriff dar, der erstmals 1922 im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz verankert wurde. Andererseits ist Gefährdung ein Grundbegriff der Sozialen Arbeit, der einen ihrer wesentlichen Handlungsimpulse seit ihren Anfängen beschreibt.“ (Stimmer 1996, S. 196)

Eine Gefährdung des Kindeswohls ist dann gegeben, wenn Eltern nicht in der Lage sind, den oben angeführten Bedürfnissen ihrer Kinder gerecht zu werden. Wesentlich bei der Gefährdung ist, dass die zu geringe Fähigkeit der Eltern, für ihre Kinder zu sorgen, nicht moralisch bewertet wird. Die Feststellung der Kindeswohlgefährdung hat primär die Aufgabe, herauszufinden, woran es dem Kind mangelt und worunter es leidet. Dies soll in erster Linie als diagnostisches Kriterium gesehen werden und erst in zweiter Linie rechtliche Möglichkeiten und Schritte nach sich ziehen.

Eine Gefährdung des Kindeswohl ist auf den folgenden vier Ebenen festzumachen: Verstand, Körper, Gefühle und Sozialverhalten (vgl. Amt der Burgenländischen Landesregierung – Abt. 6, Hauptreferat Sozialwesen 1999, S.18ff):

Ebene Verstand

Das Kind ist gefährdet, wenn es orientierungslos und ohne Perspektiven ist, das Lebens als sinnlos betrachtet, schwere Konzentrationsstörungen hat, keinen Selbstwert entwickeln kann, nicht regelmäßig in die Schule geht und seine Meinung und Wünsche nicht frei äußern kann.

Ebene Körper

Gefährdung liegt beispielsweise vor, wenn das Kind verwahrlost ist, körperliche Misshandlungen hat, ständig krank ist oder Essstörungen aufweist.

Ebene Gefühle

Das Kind ist gefährdet bei massiver seelischer Traumatisierung, fehlender Meinung, Introvertiertheit, Sprachdefiziten und Suiziddrohungen.

Ebene Sozialverhalten

Gefährdungshinweise liegen beispielsweise vor, wenn das Kind mit anderen Kindern nicht umgehen kann, extrem ängstlich oder aggressiv ist, zu schnell gereizt und schreckhaft wirkt, wenn es immer lügt oder stiehlt.

Die zuvor beschriebenen Störungen auf allen vier genannten Ebenen finden sich häufig bei Kindern aus Suchtfamilien. Die Ursachen liegen im psychosozialen Stress, dem die Kinder unterworfen sind, gepaart mit der Tabuisierung und sehr häufig auch mit der sozialen Isolation der Familien. Scham und Schuldgefühle sowie Verheimlichen und Manipulation sind häufige Verhaltensweisen in Suchtsystemen. Sie tragen nicht unwesentlich zur Bildung der genannten Gefährdungssymptomatik bei.

Von Gefährdung kann man dann sprechen, wenn die Beeinträchtigung des Kindes einen relativ hohen Schweregrad erreicht, d.h. das Wohlbefinden des Minderjährigen gravierend herabgesetzt ist bzw. die Lebensbedingungen als besonders schlecht anzusehen sind. Kindeswohl ist auch dann gefährdet, wenn es an der Förderung der Entwicklung zur eigenverantwortlichen gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit mangelt und/oder wenn Kinder und Jugendliche an der Ausübung von Grundrechten nach dem Grundgesetz gehindert werden. Ein wichtiger Faktor ist hier auch die Zeit, d.h. diese schädliche Situation muss über einen längeren Zeitraum bestehen, dass man von Gefährdung sprechen kann. Außerdem muss berücksichtigt werden, inwieweit die zukünftige Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen spürbar bedroht ist. (vgl. Fink 2003, S.2)

3.1.3. Gefährdung des Kindeswohls in Suchtfamilien

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sich die Gefährdung des Kindeswohls in Suchtfamilien im Hinblick auf die Gefahr der Vernachlässigung und Misshandlung bzw. auch des Missbrauchs nicht wesentlich von der Gefährdung in anderen Risikofamilien unterscheidet.

Durch das Tabuisieren der Problematik – und Tabus sind in Suchtsystemen immanent – kommen Hilfeangebote oft zu spät oder gar nicht an die Kinder heran. Die Kinder befinden sich in einem Spannungsverhältnis zwischen innerfamiliärer und außerfamiliärer Welt. Sie sind mit unterschiedlichen Werten und Normen konfrontiert und entwickeln das innere Bild, mit ihnen sei etwas nicht in Ordnung. In ihren Familien ist etwas anderes als in anderen Familien.

Kinder psychisch kranker Eltern sind, was die Bereiche Scham und Verleugnung betrifft, in einer ähnlich angespannten Situation. Ihre Entwicklung wird ebenso gehemmt – durch die Tatsache, dass sie psychosozialen Stress erleben. Die Ereignisse in ihren Familien können oft gar nicht gedeutet oder nur falsch gedeutet werden.

So hat eine Studie der Universität Zürich an Kindern psychisch kranker Eltern nachstehende Ergebnisse gebracht, die sich auch in vielerlei Hinsicht auf die genannte Zielgruppe der Kinder aus Suchtfamilien übertragen lässt und das Verständnis für die Lage der Kinder vergrößern soll.

Küchenhoff beschreibt in einer Studie der Universität Zürich nachstehende Merkmale der Situation der Kinder psychisch kranker Eltern (vgl. Küchenhoff 2001, S. 103ff):

1. Es bedarf Anstrengungen, die Kinder zu erreichen und ihnen Hilfe und Unterstützung anzubieten.
2. Die Belastung der Kinder, ihre Beunruhigung und Verunsicherung ist bedingt durch die Erkrankung des Elternteils. Deshalb ist eine altersgerechte Aufklärung notwendig. Es ist falsch, anzunehmen, erst das Gespräch über die Erkrankung sei eine Belastung für die Kinder.
3. Den Kindern sollten Gesprächs- und Unterstützungsangebote immer dort gemacht werden, so sich Hinweise auf Probleme ergeben (z.B. Schule, Kindergarten).
4. Mögliche Hilfestellungen im Alltag (Haushalt, Schule, Freizeit) dürfen nicht vernachlässigt werden.

5. Die Familie insgesamt bedarf häufig einer Unterstützung. Nicht selten besteht keine vollständige Familie mehr, sodass auch der getrennt lebende Elternteil einbezogen werden sollte, damit bestehende Spannungen zwischen den Eltern nicht zusätzlich belasten. Bei nicht getrennt lebenden Eltern ist die Hilfe für den gesunden Elternteil entscheidend für das Wohl des Kindes.

Vor allem zum letzten oben angeführten Aspekt ist aus der Sicht der Suchtberatungseinrichtung anzumerken, dass Familien und Teilfamilien, die in diese Einrichtungen kommen, häufig von zwei Merkmalen gekennzeichnet sind:

- a) Sie haben einen hohen Grad an sozialer Mobilität: Sie übersiedeln sehr oft und haben häufig Lebenssituationen, wo der Aufenthalt der Kinder nicht näher bekannt ist. Vor allem Vorschulkinder benötigen in diesem Fall besondere Aufmerksamkeit, da sie häufig nicht in Kindergärten integriert sind und immer wieder da oder dort „deponiert“ werden. Ein Kindergartenkind und vor allem ein schulpflichtiges Kind hat durch eine eingebundene Institutionen schon eine erhöhte Aufmerksamkeit und dadurch auch besseren Schutz.
- b) Die „gesunden“ Bezugspersonen von Kindern suchtmittelabhängiger Eltern finden sich häufig in Form von Verwandten wie Großeltern und gesunden Geschwistern der Mütter – hier hauptsächlich Tanten.

Vor allem die Arbeiten von Mattejat und Lisofsky bieten eine gute Grundlage für die Entwicklung diesbezüglicher Betreuungsansätze. Sie wurden auch für die gegenständliche Konzeption herangezogen.

Eine Verbesserung der Situation der Kinder ließe sich erreichen, indem ein Hauptaugenmerk auf die Prävention und konkrete Hilfestellung für die Kinder gelegt wird und zwar in folgenden Bereichen (vgl. Mattejat/Lisofsky 2001, S. 74):

1. Kindbezogene Information und Beratung
2. Entwicklungsförderung der Kinder
3. Praktische Hilfen für die Familien und Beratung der Eltern

Im Kapitel 4.2. wird näher auf Behandlungs- und Betreuungsangebote für Kinder eingegangen.

Was macht nur die konkrete Gefährdung der Kinder aus? Ein Gefährdungspotential für Kinder in Suchtfamilien ist vor allem gegeben durch folgende Aspekte:

- Probleme durch Vernachlässigung der Aufsichtspflicht
- Überforderung der Kinder durch zu frühes Zumuten einer erwachsenen Rolle
- Kinder werden zu Co-Abhängigen
- Gefahr von Unfällen oder Vergiftungen (z.B. in Haushalt, Verkehr, Freizeit)
- Gesundheitliche Gefährdung durch Vernachlässigung im Bereich Pflege und Ernährung mit allen Folgen (Mangelernährung, körperliche Erkrankungen durch mangelnde Hygiene, Nicht-Behandeln von körperlichen Erkrankungen – z. B. Infektionskrankheiten, Darmerkrankungen oder Fieberschüben und damit verbundene schwere gesundheitliche Schädigungen)

- Störungen der psychischen und sozialen Entwicklung durch Stressfaktoren in den Familien
- Missbrauchs- und Misshandlungsgefährdung in allen nur denkbaren Ausformungen

Ergänzend zu den vorhin genannten Gefährdungsmomenten seien hier die Ergebnisse einer umfangreichen Studie von über das Risiko von Kindern alkoholkranker Eltern zusammengefasst. Diese Ergebnisse lassen sich auch bei Kindern von drogen- oder medikamentenabhängigen Eltern finden.

Barnow, Lucht, Fischer und Freyberger weisen für Kinder alkoholkranker Eltern im Vergleich zur Kontrollgruppe auf folgende Risikofaktoren hin (vgl. Barnow u.a. 2001: 2, S. 139f):

- Die Kinder sind generell höher belastet mit Delinquenz, negativen Erziehungsverhalten und Aufmerksamkeitsstörungen.
- Das höhere Ausmaß an delinquenten Verhaltensweisen wird mit häufigerem Auftreten von negativem Erziehungsverhalten wie Ablehnung, Inkonsistenz und geringer emotionaler Wärme und erhöhter Impulsivität in Verbindung gebracht.
- Ablehnendes und wenig emotional stützendes Erziehungsverhalten hat wechselseitige Verhaltensprobleme und erhöhte Anfälligkeit für Substanzmissbrauch im Jugendalter zur Folge, der auch im Sinne von Selbstmedikation zu sehen wäre.
- Kinder alkoholkranker Eltern erhalten geringes verlässliches positives Feedback durch die Eltern.

Die Ergebnisse der Studie wurden auch durch Befunde anderer Studien unterstützt. Sie weisen deutlich auf die Notwendigkeit von Unterstützungsmaßnahmen für die genannte Gruppe hin. Neuere Ansätze geben Anlass zu der Annahme, dass sich Training und Modifikation der Eltern im Erziehungsverhalten positiv auf die Verhaltenskontrolle, die soziale Kompetenz und den Substanzmissbrauch der Kinder im Jugendalter auswirken.

Auf Unterstützungsmaßnahmen wird in Kapitel 4.2. näher eingegangen. Dabei geht es darum, konkrete Hilfeangebote zu definieren.

Anlässlich der Fachtagung „Familiengeheimnisse – wenn Eltern suchtmittelabhängig sind und Kinder leiden“ gab die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren im Jahr 2003 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien heraus.

Folgende zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtblasteten Familien kommuniziert die Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren 2003, S. 1):

1. Kinder aus suchtblasteten Familien haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen oder nicht.
2. Kindern aus suchtblasteten Familien muss vermittelt werden, dass sie keine Schuld an der Suchterkrankung ihrer Eltern tragen. Sie brauchen altersgemäße Aufklärung über die Erkrankung ihrer Eltern und über bestehende Hilfeangebote.
3. Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten, muss optimiert werden. Um wirkungsvolle Interventionen zu erreichen, muss in diesem Arbeitsfeld übergreifend kooperiert werden. LehrerInnen, ErzieherInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen,

PsychologInnen und PädagogInnen müssen verbindlich und verlässlich zusammenarbeiten. Ziel der Zusammenarbeit ist, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und ihnen angemessene Unterstützung anzubieten.

4. Die Öffentlichkeit muss über die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familien informiert werden. Eine sensibilisierte Öffentlichkeit erleichtert es Eltern, ihre Sucht als Krankheit anzunehmen. So wird den Kindern der Weg geebnet, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.
5. Das Schweigen über Suchterkrankungen muss beendet werden. Es muss ein Klima geschaffen werden, in dem betroffene Eltern und Kinder Scham- und Schuldgefühle leichter überwinden und Hilfe annehmen können. Kinder leiden unter Familiengeheimnissen, wie sie bei Familien mit suchtmittelabhängigen Eltern sehr häufig vorkommen.
6. Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Suchtmittelabhängige Eltern brauchen Ermutigung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung. Das Wohl der Kinder muss bei diesen Bemühungen im Mittelpunkt stehen.
7. Ziel ist eine familienorientierte Sichtweise. Die familienorientierte Sichtweise erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten HelferInnen. Sie muss Grundlage aller Angebote und Interventionen sein.
8. Bei Kindern, deren Familien sich gegen Hilfeangebote verschließen, kann zum Schutz der Kinder im Einzelfall auch eine Intervention gegen den Willen ihrer Eltern erforderlich werden.
9. Schule, Kindergarten und Kindertagesstätte sind zentrale Lebensräume für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Problematische familiäre Situationen müssen dort mit der erforderlichen Aufmerksamkeit frühzeitig erkannt werden. Gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfeangebote vermittelt werden.
10. Das Wissen über die Entstehung von Suchterkrankungen sowie die Auswirkungen auf Kinder und Familien muss verpflichtend in die Ausbildung der pädagogischen, psychologischen und Berufsgruppen aufgenommen werden. So wird das Bewusstsein der Problematik in den verwandten Disziplinen frühzeitig gefordert und langfristig eine gesellschaftliche Einstellungsveränderung gefördert.

Diese oben angeführten Punkte stellen einen wesentlichen Anknüpfungspunkt für die weiteren Ausführungen dar. Vor allem auf die Punkte 6, 7 und 8 sind für das vorliegende Thema relevant.

3.2. Eltern

„Fast alle Eltern, die süchtig sind und Kinder bekommen, sind sehr froh über die Schwangerschaft. Sie haben immer gedacht: Für mich gibt es kein normales Leben. (...) Viele Eltern sehen dieses Ereignis als einen Punkt, um ein anderes Leben anzufangen und zu entziehen.“ (Bertenghi 1997, S. 99)

Mit diesem Zitat soll verdeutlicht werden, dass viele Eltern gerade in der ihnen anvertrauten Elternrolle wachsen und sich entwickeln können. Viele von ihnen benötigen dazu jedoch Klarheit und Konfrontation, Hilfe und Unterstützung.

Suchtabhängige Eltern leiden vielfach an einer schweren chronischen Erkrankung mit schlechter Prognose, aber mit der Chance auf Genesung. Diese Chance zur Genesung scheint aus fachlich-therapeutischer Sicht eine der größten Ressourcen von Menschen mit Suchterkrankungen darzustellen. Sie wird jedoch von HelferInnen häufig nicht in dem Maße beachtet, wie es für die Betreuung der KlientInnen günstig wäre.

Im Vergleich zu anderen lebensbedrohenden Erkrankungen wie Krebs oder schweren Herz-Kreislauf-Erkrankungen besteht bei einer Suchterkrankung durch das Erlangen von Abstinenz eine erhebliche Chance zur Veränderung. Das Mittel der ersten Wahl sollte daher das Erreichen einer abstinenten Lebensführung sein.

Eine derzeit sehr problematische Entwicklung in diesem Zusammenhang ist die zunehmende Verschreibung von Substitutionsmitteln, die der vorangeführten Genesung diametral entgegenwirkt, da sie in den meisten Fällen lediglich eine Suchtverschiebung darstellt. Verschreibung von Substitutionsmitteln trägt zwar manchmal zur Stabilisierung der Systeme bei, führt jedoch nur selten in Richtung eines Ausstiegsszenarios. Die zukünftige Entwicklung von Betreuungsansätzen in der Suchtkrankenhilfe sollte diese Tatsache berücksichtigen und ihr besonderes Augenmerk schenken.

Die Altersstruktur der KlientInnen (KlientInnen sind heute tendenziell jünger als früher) und die Zugehörigkeit zur illegalen Szene wird in der Zukunft eine beträchtlich höhere Zahl von substituierten Elternteilen in den Beratungseinrichtungen mit sich bringen. Dadurch wird auch eine immer größer werdende Gruppe von Kindern betroffen sein.

Da anzunehmen ist, dass die derzeitige Entwicklung der Substitution nicht mehr umzukehren ist, sollte auch diese Gruppe in kommende Überlegungen mit einbezogen werden.

Suchtmittelabhängige Eltern lassen sich daher in drei große Gruppen unterscheiden:

- a) Eltern, die völlige Genesung und Abstinenz anstreben und auch erreichen
- b) Eltern, die weiter „verordnete“ Suchtmittel – Substitutionspräparate – konsumieren und deren Elternschaft abgesichert und verbessert werden sollte
- c) Eltern, bei denen sich im Laufe der Betreuung herausstellen wird, dass sie ihren Konsum nicht so einschränken können, dass die Kinder bei ihnen verbleiben können

Im Folgenden sollen die Begriffe „Sucht“ und „Abhängigkeit“ näher erläutert werden, wobei an dieser Stelle dezidiert nicht auf bestimmte Substanzen eingegangen wird. Die Art der Substanz spielt in der Gefährdung der beteiligten Menschen zwar eine gewisse Rolle, für die Kinder ist die psychosoziale Dynamik jedoch von viel größerer Bedeutung. Es würde auch wenig Sinn machen, die Situation der Eltern vorwiegend nach dem Substanzmissbrauch zu betrachten, da sich auch die Arbeit mit den Eltern primär um Genesung, soziale Stabilisierung und Entlastung ranken sollte (siehe Kapitel 3.2.1.). Die in Abbildung 1 beschriebenen Kriterien dienen der Standortbestimmung und dem Realitätszuwachs in der Einschätzung der Situation der Eltern. Sie sollen Hilfestellung zur Selbstwahrnehmung und für den therapeutischen Dialog sein.

3.2.1. Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen

„Unter Sucht versteht man ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Dieses Verlangen kann sich entweder auf verschiedene Drogen (z.B. Alkohol, Medikamente, Heroin) oder aber auf bestimmte Verhaltensweisen (z.B. Spielen, Arbeiten, Fernsehen) beziehen.“ (Stimmer 2000, S. 581)

Eine kurze, klare Übersicht über die diagnostische Dimension von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen gibt eine Arbeitsunterlage der Drogenberatung des Landes Steiermark (Drogenberatung des Landes Steiermark 2003):

Missbrauch (mindestens 1 Kriterium erfüllt)	Abhängigkeit (mindestens 3 Kriterien erfüllt)
1. Erhebliche Probleme in Haushalt, Schule oder Familie wegen Substanzgebrauch	1. Toleranzentwicklung
2. Substanzgebrauch in gefährlichen Situationen	2. Entzugssymptome
3. Probleme mit dem Gesetz wegen Substanzgebrauch	3. Längerer oder stärkerer Konsum als beabsichtigt
4. Soziale und zwischenmenschliche Probleme wegen Substanzgebrauch	4. Erfolgreiche Kontrollversuche
	5. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung, Gebrauch, Erholung
	6. Einschränkungen von Aktivitäten
	7. Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen

Abb. 1: Definition von Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV (APA 1994). Arbeitsunterlage der Drogenberatung des Landes Steiermark: Graz 2003.

Claudia Bertenghi beschreibt in ihrem Buch „Kinder drogenabhängiger Eltern“, dass die Beziehungen von Eltern und Kindern oft belastet und belastend sind (vgl. Bertenghi 1997, S 57).

Die Eltern ihrerseits haben durch ihre Erkrankung häufig sowohl auf körperlicher und psychischer als auch auf sozialer Ebene große Risikofaktoren angesiedelt, die ihnen sehr viel Stress bereiten. Dies kann beispielsweise Verheimlichen oder Beschaffungskriminalität oder eine insgesamt körperlich bzw. psychosozial belastende Situation durch Schulden oder Arbeitslosigkeit sein.

Suchtmittelabhängige Eltern haben häufig zusätzlich noch psychiatrische Diagnosen. Ein hoher Prozentsatz süchtiger Menschen weist Doppeldiagnosen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und andere seelische Erkrankungen auf.

Weitere Risiken ergeben sich durch die häufig eingeschränkte Verkehrssicherheit der Eltern im Rauschzustand und durch die verminderte Fähigkeit zur kindgerechten Beaufsichtigung. Dies wiederum erhöht das Unfallrisiko der Kinder (z. B. Vergiftungen, da die Kinder an Drogen und Medikamente herankommen, Infektionsgefahr durch Spritzen, Haushaltsunfälle oder Verletzungen beim Spielen).

Suchtmittelabhängige Eltern stammen häufig selbst aus Suchtsystemen und haben durch ihre eigene Sozialisation das Verdrängen und Vermeiden ebenso erlernen müssen wie die Verleugnung von

Belastungen. Aus diesen Gründen können sie ihre Krankheit schon um ihrer selbst willen nicht objektiv und neutral betrachten. Sie haben Schuldgefühle, eigene belastende Erinnerungen aus ihrer Vorgeschichte und den starken Drang, ihre seelische Situation zu stabilisieren. Dies geschieht häufig durch die Schaffung von Pseudorealitäten, die ihnen zumindest über eine bestimmte Zeit die Selbstachtung erhalten kann. Die Substanz an sich trägt das ihre dazu bei und hilft über eine lange Zeit nicht unerheblich bei der Bewältigung von Stress.

Wichtig an dieser Stelle ist jedoch zu betonen, dass die vorhin genannten Verhaltensweisen zur Psychodynamik einer Suchterkrankung gehören und nicht „schuldhaft“ und vorsätzlich verursacht werden.

Gleichzeitig ist auch das Faktum anzusprechen, dass suchtmittelabhängige Eltern auf Grund ihrer Erkrankung den Bedürfnissen ihrer Kinder häufig nicht gerecht werden können. Die Kinder werden sogar sehr häufig in Rollen gedrängt, die sie absolut überfordern und durch die sie sekundär geschädigt werden. Zu frühe Übernahme von Verantwortung für sich und andere sowie das Einnehmen der Ersatzpartnerrolle sind häufige Muster in Suchtsystemen (siehe Kapitel 3.1.3.).

In diesem Zusammenhang sei auf die umfangreiche Literatur zum Thema Co-Abhängigkeit und deren Auswirkungen auf Kinder und PartnerInnen verwiesen. Darauf wird an dieser Stelle jedoch nicht näher eingegangen.

Neben der oben beschriebenen Problematik der Eltern gibt es jedoch Eltern, die grundsätzlich sehr wohl für ihre Kinder sorgen könnten, wenn eine dementsprechende therapeutische Begleitung und psychosoziale Unterstützung gegeben ist. Sie weisen viele gesunde Anteile auf, haben soziale Kompetenz, relativ gute sozioökonomische Bedingungen mit einem dementsprechenden sozialen Netz und eine relativ positive Motivationslage. Diese Motivationslage, das primäre soziale Netzwerk (Familie, FreundInnen) und die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion sind wahrscheinlich die zentralen Ressourcen der Zielgruppe für das beschriebene ambulante Betreuungsangebot.

Die Situation der Eltern zu erfassen, ohne sie gleichzeitig schuldig zu sprechen und vor allem einen *sehr individuellen* Hilfeplan auszuarbeiten, ist ein wichtiger therapeutischer Ansatz des in der vorliegenden Arbeit analysierten Konzepts.

Um zu erfassen, wie KlientInnengruppen in Beratungseinrichtungen kommen, sind die häufigsten Zuweisungskontexte in Suchtberatungseinrichtungen im Folgenden näher zu beleuchten. Durch Einbeziehen des Zuweisungskontextes in den therapeutischen Prozess kann eine vernünftige und für alle transparente Rollenklärung erfolgen. Das Motto lautet: Wer macht was und wie genau?

3.2.2. Rolle der KlientInnen in einer Beratungsrichtung

Bei Eltern von minderjährigen Kindern, die in Suchtberatungseinrichtungen Hilfe suchen oder in Anspruch nehmen müssen, finden sich die unterschiedlichsten Ausprägungen von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen – sowohl, was die körperlichen, sozialen und psychischen Folgen betrifft als auch die Art und Weise des Substanzmissbrauchs.

Es kommt daher sehr auf den Zuweisungskontext und die Zuweisungsmodalitäten an, in welcher Form KlientInnen und deren Kinder in die Beratung und Therapie eingebunden werden können. Ihr rechtlicher Status hat beträchtliche Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung.

„Mit der Veränderung der Blickrichtung von der Familie zum Problemsystem ergab sich ein neuer wichtiger Bereich des Hypothesisierens, nämlich über die Rolle der Person, die die Klienten in die Therapie oder Beratung geschickt hat. Auch wenn der Zuweisende kein Mitglied des Klientensystems, sondern beispielsweise ein Therapeut ist, kann er oder sie durchaus über die kommunikativen Handlungen am Problemsystem beteiligt sein.“ (Schlippe/Schweitzer 1996, S. 136)

Dies bedeutet, dass in der Erarbeitung des gegenständlichen Konzepts sehr großer Wert auf die Klärung des besagten Zuweisungskontexts gelegt wird, um manipulative Handlungen von KlientInnen und HelferInnen möglichst hintan zu halten. An ihre Stelle sollen Offenheit und Ehrlichkeit treten, die der Familie eine Weiterentwicklung ermöglichen. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil die Transparenz in Suchtsystemen nur in sehr geringem Maße gegeben ist. Das Erlernen anderer Kommunikationsformen – nämlich offene zugunsten von verdeckten – ist schon Teil des therapeutischen Prozesses.

Es gibt drei Zuweisungsmodalitäten in Suchtberatungseinrichtungen:

- a) Freiwillige Kontaktaufnahme
- b) Kontaktaufnahme unter persönlichem Druck durch Mitglieder des sozialen Netzes
- c) Kontaktaufnahme im Rahmen von Auflagen von Behörden oder gerichtlichen Weisungen

Bei allen drei Formen der Zuweisung ist der Zuweisungskontext zu klären und auch mit den KlientInnen abzustimmen.

Grundsätzlich sollten Beratungsstellen die Freiwilligkeit der KlientInnen anstreben und forcieren. Durch einen erfolgreichen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess kann es jedoch durchaus möglich sein, dass sich eine vorerst unfreiwillige Kontaktaufnahme hin zur Freiwilligkeit verändert. Die Arbeit mit dem Widerstand der KlientInnen sollte als Herausforderung betrachtet werden und kann sich als sehr ergiebig für den Therapieprozess erweisen.

3.2.2.1. Freiwillige Klientschaft

Die Arbeitsgrundsätze von Suchtberatungseinrichtungen beruhen auf folgenden Eckpfeilern:

- Freiwilligkeit
- Anonymität
- Kostenlosigkeit (bzw. in manchen Fällen sozial verträgliche Beiträge zur Psychotherapie und Behandlung)

Diese Art der Klientschaft impliziert das Recht auf Anonymität im Rahmen von Beratung, Begleitung und Therapie. Gleichzeitig ist die Möglichkeit des jederzeitigen Therapieabbruchs ohne Angabe von

Gründen gegeben. Vor allem das Psychotherapiegesetz verpflichtet TherapeutInnen zur Verschwiegenheit und zum Schutz der klientenbezogenen Daten.

Die freiwillig-anonymen KlientInnen sind somit eine Personengruppe, bei der die Kooperation mit den Jugendwohlfahrtsbehörden an sich nicht stattfindet, es sei denn, ein Elternteil oder ein Kind, das KlientIn der Jugendwohlfahrt ist, würde selbst die/der zuständige/n SozialarbeiterIn über diese Tatsache in Kenntnis setzen.

3.2.2.2. Pflicht- oder Zwangsklientschaft

Zwangsklientschaft kennzeichnet sich durch eine Auflage oder Weisung anderer Einrichtungen z. B. Gerichte, Staatsanwaltschaft, aber auch Jugendwohlfahrtsbehörden. Die KlientInnen müssen – unter Androhung von eventuellen Rechtsfolgen oder Maßnahmen – Beratung, Betreuung oder Psychotherapie in einer Suchtberatungseinrichtung in Anspruch zu nehmen. Beispiele hierfür sind § 13 und § 39 Suchtmittelgesetz. Genau diese Klientengruppe wird in dem in dieser Arbeit analysierten Handlungsleitfaden beschrieben.

Bei Zwangsklientschaft sind die Anforderungen an BeraterInnen und TherapeutInnen meist höher als bei freiwilliger Klientschaft. Dies gilt besonders hinsichtlich der Motivation der KlientInnen zur Mitarbeit.

Viele Suchterkrankungen gehen mit Selbst- und Fremdgefährdung einher und kennzeichnen sich durch eine fremdbestimmte Motivationssituation zu Beginn der Beratung. Dadurch dauert ein positiver Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess meist länger. Guter Kontakt und Compliance sind oft schwerer aufrechtzuerhalten.

Die Situation der Eltern spiegelt sich auch in der Betreuung der Kinder wider. Kommen die Eltern nicht freiwillig, so sind auch die Kinder misstrauisch und müssen besonders vorsichtig behandelt werden, damit sie nicht in einen Loyalitätskonflikt geraten. Diese Tatsache ist ein wesentlicher Grund dafür, dass viele SuchttherapeutInnen ein systemisches Konzept präferieren.

Auf der Ebene der Helfersysteme spiegelt sich die Zwangsklientschaft selbstverständlich ebenfalls wider. Die KlientInnen sind misstrauisch, was zur Folge hat, dass HelferInnen wesentlich mehr Energie in diese KlientInnengruppe investieren müssen.

HelferInnen im Jugendamt und in Beratungseinrichtungen müssen sich daher über ihre innere Haltung klar sein: Wie stehen sie zur so genannten „Zwangsklientschaft“ und warum? Möchten sie den Kontrollauftrag annehmen?

Argumente dafür liegen im Bereich des Kinderschutzes und in der positiven Entwicklungsmöglichkeit des gesamten Systems. Für die Eltern liegt der Vorteil vor allem darin, dass sie ihre Selbstachtung als Eltern verstärken und wieder erlangen können, wenn es ihnen gelingt, die Beziehung zu ihren Kindern auf eine neue Basis zu stellen.

Um suchtmittelabhängige Eltern zu motivieren, sollen in der nachstehenden Auseinandersetzung Anhaltspunkte geschaffen werden, die mit den Beteiligten kommuniziert werden. Gerade suchtmittelabhängige Eltern wollen auch „gute Eltern“ sein. Eine familien- und entwicklungsorientierte Sichtweise soll Grundlage aller Angebote und Interventionen sein.

MitarbeiterInnen von Suchtberatungseinrichtungen müssen grundsätzlich in der Lage sein, mit der Zuweisungssituation eines Zwangskontextes umzugehen. Widerstand, einen Veränderungsprozess einzuleiten, gehört genauso zur Psychodynamik der Klientengruppe wie Rückfall, Verleugnung und Verdrängung. Deshalb ist die Fähigkeit der HelferInnen, diese Klientengruppe zu motivieren und den Benefit einer Behandlung zu kommunizieren, eine zentrale Qualität in der Betreuung.

KlientInnen, deren Zuweisung unter Druck von außen passiert sind auch Menschen, deren Selbstheilungskräfte und innere Struktur häufig nicht ausgeprägt genug sind, um einen Heilungsprozess in Angriff zu nehmen. Es ist wichtig, in der Arbeit mit dieser Gruppe einen Paradigmenwechsel zu vollziehen, sodass sie die unfreiwillige Zuweisung als Chance betrachten können und nicht ausschließlich ablehnen müssen.

In diesem Zusammenhang soll auf den in der Suchtkrankenhilfe noch immer propagierten Ansatz verwiesen werden, wonach Betroffene erst dann therapiewillig wären, wenn sie „völlig am Ende“ sind. Dieser Haltung soll an dieser Stelle energisch widersprochen werden. Eine derartige Haltung ist sowohl im Sinne der Eltern als auch im Sinne der Minderjährigen beinahe als menschenverachtend zu bezeichnen.

Um das Misstrauen und die Ängste in den betroffenen Personen abzubauen, muss die Transparenz des Informationsflusses zwischen den Helfersystemen kommuniziert und gewährleistet werden.

Das im Folgenden beschriebene Kapitel thematisiert mögliche Interessens- und Zielkonflikte zwischen den Helfersystemen der Jugendwohlfahrt und der Suchtberatungseinrichtungen.

3.3. Helfersysteme

VertreterInnen der systemischen Familientherapie erfragen zu Beginn einer therapeutischen Arbeit den so genannten Zuweisungskontext, und sie explorieren auch die beteiligten Helfersysteme.

Unter Helfersystemen versteht man meist Institutionen, die an einem Hilfeprozess beteiligt sind. Sie haben die Aufgabe, den Hilfe suchenden Systemen wie Familien, Paaren, Kindergruppen etc. Hilfen zur Verfügung zu stellen.

Es handelt sich dabei meist um professionelle Beratungs- und Behandlungsformen. Aber auch karitative Vereine, in Österreich beispielsweise das Rote Kreuz oder die Caritas, sowie ehrenamtliche und freiwillige HelferInnen können als Helfersysteme bezeichnet werden.

Die Bedeutung der Helfersysteme und deren Kooperation wird in der einschlägigen Literatur immer wieder betont. So schreibt Evan Imber-Black in ihrem Buch „Familie und größere Systeme“ über die Verbindung zwischen Familien und Helfern:

„Eine solche Verbindung läuft häufig auf zwei Geleisen, die Entwicklungen innerhalb der Familie verhindern und bei den Helfern Zynismus und Burn-out Symptome fördern. Den Mustern, die sich zwischen Familien und größeren Systemen entwickeln, wird allzu selten genügend Aufmerksamkeit

geschenkt, so dass sich dieselben unbefriedigenden Beziehungen auf verschiedenen Ebenen wiederholen und verdinglichen.“ (Imber-Black 1990, S. 18)

Interventionen mit Familien und größeren Systemen verlangen laut Imber-Black den Scharfsinn und die Kreativität des/der TherapeutIn bzw. des/der BeraterIn. Interventionen müssen geplant und auf allen Ebenen gründlich eingeschätzt werden. Sie sind dann eher erfolgreich, wenn sie von Respekt getragen sind und von der Überzeugung, dass alle Beteiligten eines Makrosystems miteinander in Verbindung stehen und voneinander abhängig sind (vgl. Imber-Black 1990, S. 218).

Für die Zusammenarbeit der beiden beschriebenen Helfersysteme bedeutet dies vor allem, dass sie den Auftrag im Beisein der Familie gründlich besprechen und transparent machen und die Familie nicht noch zusätzlich psychosozialen Stress aussetzen.

Dazu ist auch eine Auftragsklärung in den Helfersystemen erforderlich, und die Erwartungen der Familie an die jeweiligen Helfersysteme muss kommuniziert werden.

Um diese Beauftragung zu klären, kann die nachstehenden Kategorisierungen von Kurt Ludewig hilfreich sein. Er unterscheidet zwischen vier klinischen Hilfesystemen (vgl. Ludewig 1996, S. 114):

1. Anleitung
Typ: „Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu erweitern!“
2. Beratung
Typ: „Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu nutzen!“
3. Begleitung
Typ: „Hilf uns, unsere Lage zu ertragen!“
4. Therapie
Typ: „Hilf uns, unser Leiden zu beenden!“

Die Autoren Schlippe und Schweizer fügen Ludewigs Systematik der vier klinischen Hilfesysteme in ihrem „Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung“ folgenden fünften Typ hinzu (vgl. Schlippe/Schweizer 1996, S.114):

5. Selbstentdeckung
Typ: „Hilf mir, mich besser kennenzulernen!“

Die beschriebenen Typologien können hilfreich dabei sein, um die Rolle der Helfersysteme gegenüber den Hilfe Suchenden zu reflektieren und dann mit denselben zu kommunizieren. Sie helfen auch, die jeweiligen Leistungen zu definieren, welche die Systeme in Anspruch nehmen werden und auch die Rollen der HelferInnen festzumachen.

Stimmer bezeichnet als Rolle oder soziale Rolle “das Insgesamt der gesellschaftlichen Erwartungen an das Verhalten des Inhabers einer sozialen Position. Die Erwartungen bestimmen als Verhaltensnormen die Handlungen des Rollenträgers“ (Stimmer 1996, S. 451).

Aus dieser Definition geht hervor, dass es für die beteiligten Helfersysteme besondere Bedeutung hat, dass sie Rollensicherheit erlangen und ihre Rollen nicht vermischt werden.

3.3.1. Rolle von Beratungseinrichtungen

Drogen- bzw. Suchtberatungseinrichtungen und hier vor allem § 15-Einrichtungen nach dem Suchtmittelgesetz haben unterschiedliche Aufgaben zu erfüllen:

- a) Suchtberatungseinrichtungen bieten Beratung, Begleitung und Psychotherapie für die betroffene Klientengruppe an.
- b) Suchtberatungseinrichtungen sind anerkannte Einrichtungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und haben somit die Aufgabe, auch dieses Gesetz zu vollziehen, indem sie Hilfen nach diesem anbieten, die speziell in diesem Gesetz definiert sind. (Hier wären exemplarisch vor allem §§ 13, 35 und 39 SMG zu nennen.)
- c) Suchtberatungseinrichtungen leisten einschlägige Bildungsarbeit für MultiplikatorInnen, welche die Zielgruppe betreuen – wie LehrerInnen, KindergärtnerInnen, SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen u.v.m.
- d) Suchtberatungseinrichtungen bieten Coachings- und Supervisionen für andere HelferInnengruppen an.

Arbeitsgrundsätze von Suchtberatungseinrichtungen sind Vertraulichkeit und Anonymität. Hinzu kommt die spezielle Rolle bei den so genannten GerichtsklientInnen, bei denen die Vertraulichkeit hinsichtlich des Erscheinens der KlientInnen in der Beratungseinrichtung, aber auch im Hinblick auf Beginn und Beendigung der Therapie aufgehoben wird.

Vor allem das Bundesgesetz zur Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz 1990) ist für die MitarbeiterInnen bindend:

„§ 15. Der Psychotherapeut sowie seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“

Dieser Aspekt stellt einen möglichen Konfliktpunkt zwischen den Helfersystemen dar: MitarbeiterInnen des Jugendamtes wären oft dankbar für inhaltliche Informationen aus den Therapiegesprächen mit Suchtkranken. Wie oben erwähnt, verbietet das Psychotherapiegesetz jedoch.

MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrtseinrichtungen erwarten vielfach „Meldungen“ bezüglich der Gefährdung des Kindeswohls, die aber PsychotherapeutInnen nicht erbringen können. Um diesen möglichen Interessenskonflikt zwischen Suchtberatung und Jugendwohlfahrt abzumildern, wurden in die Struktur des in der vorliegenden Arbeit analysierten Konzepts (Kapitel 4.1) im Hilfeprozess gemeinsame Gespräche eingebaut. Durch Gespräche sollen die Rollen der jeweiligen HelferInnen im Beisein der KlientInnen geklärt werden.

Den Rahmen für diese Klärung der oben angesprochenen Konfliktpunkte schafften in Graz vor allem angebotene Schulungsmaßnahmen (siehe auch Kapitel 4.2.3.1), die eine Konkretisierung und Evaluierung der Abläufe ermöglichten, noch bevor es zu konkreten Kooperationen der beiden genannten Helfersystemen gekommen war.

3.3.2. Rolle von Jugendämtern

Leixnering stellt in der Broschüre des Amtes der Burgenländischen Landesregierung „Leitlinien zum Kindeswohl“ folgende Überlegung an:

„Wenn Kindeswohl zum „interdisziplinären“ Begriff wird, dann muss er auch interdisziplinär gelebt und verwirklicht werden.“ (Leixnering 1999., S. 8)

Der Handlungsansatz der vorliegenden Arbeit verfolgt genau dieses Ziel: die Kooperation der Helfersysteme zum Wohle der Kinder und der dazu gehörenden Erwachsenen im System zu ermöglichen und zu erhöhen.

Die Rolle des Jugendamtes definiert sich hauptsächlich durch das schon im Kapitel 3.1.1. beschriebene Jugendwohlfahrtsgesetz mit dem zentralen Begriff des Kindeswohls. Die MitarbeiterInnen der Jugendämter oder „Ämter für Jugend und Familie“ haben bei Magistraten oder Bezirksverwaltungsbehörden dieses Gesetz zu exekutieren. Das heißt, sie sind MitarbeiterInnen der öffentlichen Verwaltung und stehen als solche in einem Spannungsfeld zwischen den Wünschen der KlientInnen und ihrem gesetzlichen Auftrag, der Sicherung des Kindeswohls.

Für den/die nicht sozialarbeiterisch vorgebildete/n LeserIn sollen an dieser Stelle noch einige Bemerkungen aus dem Qualitätskatalog der Grazer Jugendwohlfahrt zusammengefasst werden, der die Aufgaben und Rolle der Jugendwohlfahrt näher beleuchtet. Laut Qualitätskatalog der Grazer Jugendwohlfahrt hat die Jugendwohlfahrt folgende Rolle (vgl. Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie 2000, S. 1.1):

- Die Jugendwohlfahrt soll den Zugang zu Hilfen für die Bevölkerung schaffen – unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es schwierig ist, von staatlichen Institutionen Hilfe anzunehmen.
- Annehmen von Hilfen ist oft verbunden mit Ambivalenz. Diese soll von den Hilfe Suchenden angenommen und verstanden werden. Im zweiten Schritt erst soll durch die Fachkräfte Hilfe überlegt angebahnt, markiert und gestaltet werden.
- Ein gelungener Zugang ist der Schlüssel zur gelungenen Hilfe.

Darüber hinaus heißt es von Seiten der Grazer Jugendwohlfahrt, dass das „traditionelle und veraltete Image der Jugendwohlfahrtsbehörde gegenwärtig noch immer weiter wirkt (...), besonders bei Schichten, die auf Grund ihrer Randlage die Hilfeangebote selten freiwillig suchen und nutzen.“ (vgl. Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie 2000, S. 1.2).

Vor allem die Gruppe der suchtmittelabhängigen Eltern befindet sich in diesem Zusammenhang sehr häufig in einem beträchtlichen Interessenskonflikt, wie schon in den vorangegangenen Kapiteln immer wieder beschrieben. Suchtmittelabhängige Eltern haben häufig tatsächlich ihre Kinder vernachlässigt oder misshandelt. Manche befürchten durch die Annahme von Hilfe strafrechtliche Konsequenzen oder die Kindesabnahme gegen ihren Willen.

Darüber hinaus ortet der Qualitätskatalog der Grazer Jugendwohlfahrt methodische Defizite, was die Transparenz im Hinblick auf den Zugang zur Hilfe betrifft:

„Eine offene Kontaktaufnahme mit den Hilfebedürftigen wird auch gefährdet durch mangelnde Zusammenarbeit und durch Konkurrenz der Professionellen sowie durch Machtkämpfe im gesamten

Hilfesystem. Dann kommt es zu Fehlinformationen, Kompetenzschwierigkeiten und Zuständigkeitsstreitigkeiten, nicht zuletzt zu gegenseitigen Entwertungen der Fachkräfte und zu Unklarheiten über die eigene Rolle und Aufgabe im Hilfeprozess. Dadurch wird die Hilfe bereits im Vorfeld irritiert.“ (Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie 2000, S. 1.3)

Sollten derartige Konflikte innerhalb der Helfersysteme entstehen, würde dies der Erreichung des Therapiezieles diametral gegenüber stehen. Die HelferInnen würden durch ihr Verhalten die KlientInnen in ihnen schon bekannter Weise triangulieren. Derartige Fehler wären im therapeutischen Prozess als Kunstfehler zu bezeichnen.

Diese vorangegangenen beschriebenen Konflikte sollen durch gemeinsame Reflexionsgespräche ausgeräumt und durch Helfercoachings, wie in Kapitel 4.2.3.2. beschrieben, vermieden werden.

Ganz klar sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die MitarbeiterInnen der Jugendwohlfahrt die Aufgabe haben, das Kindeswohl sicherzustellen und den Hilfeprozess für Kinder und Jugendliche zu steuern.

MitarbeiterInnen von Suchtberatungseinrichtungen dürfen nicht in die Rolle der/des Jugendwohlfahrtsmitarbeiters/in geraten. Sie müssen in ihrer Rolle als SuchtberaterInnen bleiben.

3.3.3. Weitere beteiligte Helfersysteme

Sollten im gegenständlichen Betreuungsprozess außer Suchtberatungseinrichtungen und Einrichtungen der Jugendwohlfahrt noch andere Helfersysteme involviert sein, so wären diese in der ihnen gemäßen Form einzubeziehen. Auch hier ist auf die Transparenz des Zuweisungskontexts, der Abläufe und der Rollen zu achten.

Exemplarisch seien hier einige Berufsgruppen aufgezählt, die auch für die eventuelle Teilnahme an Helferkonferenzen in Frage kämen, wobei nicht der Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird:

- PädagogInnen, im speziellen FrühförderInnen
- ErziehungshelferInnen
- SozialbetreuerInnen
- FamilienhelferInnen und sozialpädagogische FamilienbetreuerInnen (SFB) – vor allem MitarbeiterInnen von Institutionen, die im Rahmen des Jugendwohlfahrtsgesetzes als Hilfen in Familien eingesetzt werden
- MitarbeiterInnen der Bewährungshilfe
- Behandelnde ÄrztInnen im Bedarfsfall
- MitarbeiterInnen von Gewaltschutz- und Kinderschutzeinrichtungen
- MitarbeiterInnen von Einrichtungen, wenn die Kinder vorübergehend fremd untergebracht sind und wieder in die Familie rückintegriert werden

Im Folgenden sollen an dieser Stelle Inhalte und Ziele von Helferkonferenzen umrissen werden. Helferkonferenzen sind eine Interventionsform (vgl. Drogenberatung des Landes Steiermark 2004: 1, S. 1):

- Helferkonferenzen sind wichtige Interventionsmöglichkeiten innerhalb einer fachlich qualifizierten Arbeit.
- Helferkonferenzen bieten die Möglichkeit, die unterschiedlichen Erwartungen und Interessen aller Beteiligten offen anzusprechen und eine Abstimmung der verschiedenen Hilfeangebote sowie deren Abläufe möglichst gut zu koordinieren.
- Helferkonferenzen unterstützen alle an einer Fallgeschichte Beteiligten in der erfolgreichen Kooperation miteinander.

Ziele von Helferkonferenzen sind unter anderem (vgl. Drogenberatung des Landes Steiermark 2004: 1, S. 1):

- Klärung der verschiedenen Kompetenzen, der Aufgaben und des Informationsflusses zwischen allen Beteiligten
- Überlegungen bezüglich eines sinnvollen nächsten Schrittes
- Austausch von Informationen
- Entscheidungsfindung bezüglich Hilfeangeboten und Maßnahmen
- Reflexion des gemeinsamen Kooperationsprozesses als Unterstützung für eine konstruktive und konfliktfreie Weiterarbeit

Nachdem nun an dieser Stelle nochmals die Bedeutung der Zusammenarbeit der Helfersysteme und der Bedeutung von Helferkonferenzen beschrieben wurde, geht es im anschließenden Kapitel um die Definition und Analyse des gegenständlichen Konzepts und des Handlungsleitfadens.

4. ERGEBNISSE

4.1. Konzeption der Betreuung

Das gegenständliche Konzept soll die Möglichkeit bieten, in einer nachvollziehbaren und standardisierten Form suchtmittelabhängiger Eltern von minderjährigen Kindern in Beratungseinrichtungen zuzuweisen und gezielt zu betreuen.

Im Rahmen der ambulanten Beratung und Therapie sollen nachstehende Ziele, die als hierarchisch zu verstehen sind, erreicht werden:

1. Klärung, ob eine ambulante Beratung möglich und sinnvoll ist
2. Herstellen von Verbindlichkeit (Beratungsprozess soll den Klienten verständlich sein)
3. Bearbeitung des Suchtverhaltens der Eltern
4. Förderung und Entlastung der Kinder
5. Planung von zusätzlichen Hilfen und Entlastungen für das gesamte System – auch vorübergehende Fremdunterbringung der Kinder bzw. dauernde Fremdunterbringung der Kinder, wenn es keine anderen Möglichkeiten gibt, mit dem Ziel, den Kontakt mit den Eltern so positiv wie möglich zu gestalten und aufrechtzuerhalten – (Stichwort: keine traumatischen Trennungen)
6. Verbesserung der Lebensqualität der Mitglieder des gesamten Systems
7. Rückfallprävention und sozialmedizinische Begleitung
8. Genesung der Eltern
9. Entwicklungsförderung der Kinder
10. Therapeutische Maßnahmen zur Gesundung der Kinder, falls diese schon Schädigungen psychosomatischer oder entwicklungsverzögerter Art aufweisen

In Zusammenarbeit mit den SozialarbeiterInnen der Jugendwohlfahrtsbehörden und der Familie soll von Seiten der Suchtberatungseinrichtung durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen sowohl dem Risiko der Fremdunterbringung als auch der problematischen Entwicklung der Kinder entgegengewirkt werden.

Die Leistungen „ambulante Beratung“ und „Therapie“ stellen eine Ergänzung zur unmittelbaren Sicherstellung des Kindeswohls dar. Die Angebote für suchtmittelabhängige Eltern müssen im Kontext gesundheitsbezogener Maßnahmen (entsprechend dem Suchtmittelgesetz) und einer Heilbehandlung (entsprechend dem Psychotherapiegesetz) gesehen werden.

Das Kindeswohl wird durch zwei Aspekte indirekt beeinflusst: Erstens bieten Suchtberatungseinrichtungen Eltern Hilfe und Unterstützung bei deren Problemen an. Zweitens vollziehen sich innerhalb der Therapie bei problematischen Inhalten konfrontative Prozesse zu dieser Thematik.

Der Konfliktpunkt, der sich möglicherweise daraus ergibt, kann wie folgt charakterisiert werden: Die Suchtberatung muss ihre Prinzipien im Hinblick auf Verschwiegenheit einhalten, damit die Arbeitsfähigkeit zwischen den KlientInnen und der Beratungsstelle aufrecht bleibt.

Daraus ergibt sich, dass das Jugendamt weiterhin in der Verantwortung nach dem Jugendwohlfahrtsgesetz bleibt, was die Sicherstellung des Kindeswohls im täglichen Leben der Familie betrifft.

In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die amerikanische Familientherapeutin Evan Imber-Black verwiesen werden, die auf die Schwierigkeiten von Familien im Kontakt zu größeren Systemen – in diesem Fall mit dem System der Suchtberatungseinrichtung und dem jeweiligen Jugendamt – hinweist. Laut Imber-Black sollen in der Herangehensweise an suchtmittelabhängige Eltern und ihre Kindern besonders folgende Aspekte beachtet werden (vgl. Imber-Black 1990, S 220ff):

- Größere Systeme teilen einander selten ausreichend Informationen mit.
- Beurteilungen und Maßnahmen erfolgen oft auf Grund unvollständiger Informationen.
- Dem/der Hilfe Suchenden sind oft die Arbeitsweisen der größeren Systeme nicht hinreichend bekannt, aber es wird erwartet, dass er/sie diese kennt.
- Stress verunmöglicht trotz Erklärung das Erfassen der Situation, da häufig auch die Trennung eines Mitglieds des Familiensystems im Raum steht.
- Sowohl Hilfe Suchende als auch HelferInnen neigen dazu, Lücken in der Information durch Phantasien zu füllen, deren Folge Missverständnisse sind.
- Die Grenzen der Hilfe Suchenden verschieben sich derart, dass Privatsphäre und Öffentlichkeit sich ändern. Grund ist die Beteiligung von Mitgliedern der Helfersysteme an Prozessen innerhalb des Systems der Hilfe Suchenden.

Die oben genannten Faktoren sollen zu Beginn des Hilfeprozesses berücksichtigt werden. Daher wird im nächsten Kapitel den Fragen „Auftrag“ und „Kontext“ besonderer Raum gewidmet.

4.1.1. Auftrag und Kontext

Die Annahme eines Auftrages ist eine bewusste Entscheidung einer Person für die Inanspruchnahme einer bestimmten Dienstleistung – in diesem Fall einer Leistung des öffentlichen Sozial- und Gesundheitssystems.

Voraussetzung für eine Auftragserteilung ist somit das Wissen, welche Leistungen in dem jeweiligen Auftrag enthalten sind und was auf die handelnde Person zukommt.

Da wie zuvor beschrieben gerade Hilfe Suchende, die mit größeren Systemen in Kontakt kommen, oft nur eine partielle Informationsverarbeitung aufweisen, ist der Kommunikation im Hinblick auf Auftrag und Therapiekontrakt im Hilfeprozess genügend Zeit zu widmen.

Um diesen Widersprüchlichkeiten begegnen zu können, wurde bei der Planung des Hilfeprozesses im vorliegenden Konzept (siehe Kapitel 4.1.2.) der Schritt 3 – Überprüfung der Motivation – eingebaut. Erst der Schritt danach ist der Kontrakt selbst. Diese Zwischenstufe soll eine bewusste Entscheidung der Hilfe Suchenden fördern.

Damit ein Auftrag für die Einleitung eines Hilfeprozesses im ambulanten Kontext zustande kommen kann, bedarf es nachstehender Klärung von Kriterien, wann eine Suchtberatungseinrichtung eine/n

KlientIn übernimmt, wann nicht. Beispielfhaft werden hier die Kriterien der Drogenberatung des Landes Steiermark angeführt (vgl. Drogenberatung des Landes Steiermark 2004: 2, S. 2).

Bereitschaft der Familie zur Mitarbeit

Können sich die Hilfe Suchenden eine regelmäßige Beratung und Therapie überhaupt vorstellen? Was verbinden sie mit der Arbeit einer Suchtberatungseinrichtung?

Stabile Wohnversorgung und Arbeitsfähigkeit

Bestehen ausreichende Ressourcen im System, um die ambulante Form der Hilfe erfolgreich gestalten zu können? Vor allem Wohnungslosigkeit stellt einen beträchtlichen Risikofaktor dar.

Nüchterne Bezugspersonen für das Kind im unmittelbaren Umfeld

Gibt es nüchterne Bezugspersonen für die beteiligten Kinder und Jugendlichen? Wer sind diese? Können sie vorübergehend und in Notfällen für die Betreuung in Anspruch genommen werden? Mit anderen Worten: Hat das Kind eine Rückzugsmöglichkeit, und haben die Eltern die Möglichkeit, ihre Kinder bei Gefährdung unterzubringen?

Soziales Netz für die Familie

Welche Hilfe können zur Stressreduktion eingesetzt werden? Gibt es ein primäres und sekundäres Netzwerk?

Klare Zielformulierungen für die Beratung und Therapie

Sind die Eltern in der Lage, klare Ziele zu formulieren? Sind diese Ziele mit der geplanten ambulanten Betreuungsform auch erreichbar? Beispielfhaft sei hier erwähnt, dass geklärt werden muss, ob vor dem Beginn der ambulanten Betreuung eine Entzugsbehandlung von Nöten ist oder andere gesundheitliche Risikofaktoren ausgeschaltet werden müssen.

Wissen um die Konsequenzen bei Abbruch

Haben die Eltern den vollen Umfang der Konsequenzen bei Abbruch erfasst? Wissen MitarbeiterInnen von Suchtberatungseinrichtungen, dass an dieser Stelle nichts verheimlicht oder beschönigt werden darf, nur um die KlientInnen für die ambulante Betreuungsarbeit zu motivieren?

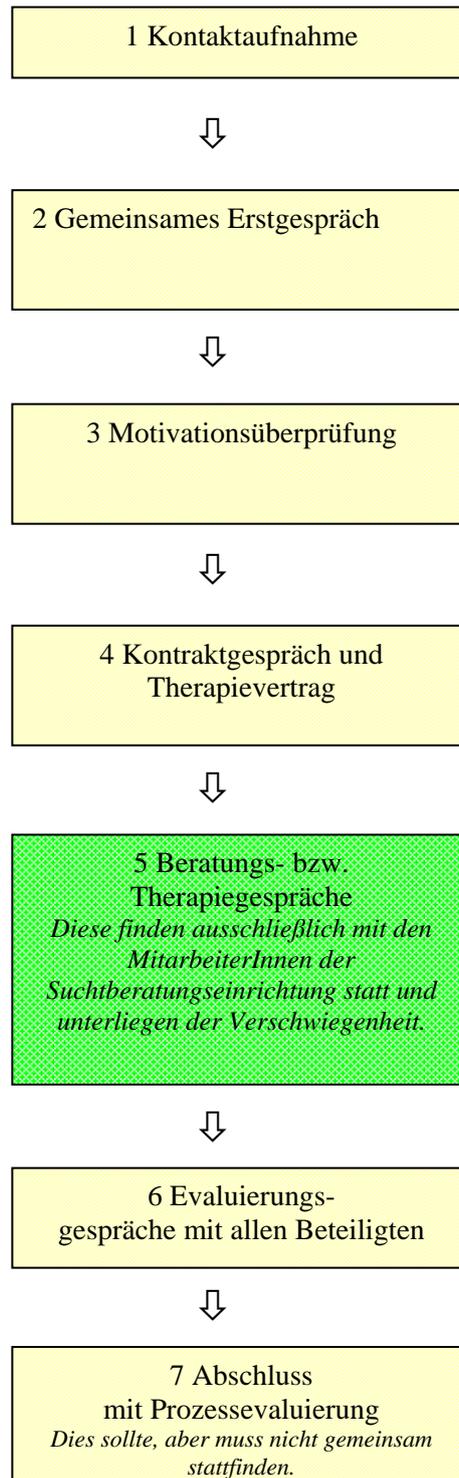
Darüber hinaus muss den Eltern auf jeden Fall klar sein, dass ein Abbruch der Betreuung an das Jugendamt weitergegeben wird, jedoch nicht die Inhalte der Beratung und Psychotherapie. Auch die mögliche Fremdunterbringung der Kinder muss kommuniziert werden.

Im Folgenden steht nun der eigentliche strukturierte Handlungsleitfaden für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern im Mittelpunkt, welcher im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht. Es handelt sich dabei ausdrücklich um ein Konzept, das eine Zusammenarbeit zwischen Suchtberatungseinrichtungen und Einrichtungen der Jugendwohlfahrt fordert und fördert.

4.1.2. Handlungsleitfaden – Konzept für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern in Kooperation zwischen Suchtberatungseinrichtung und Jugendwohlfahrtsträger

Folgenden Handlungsleitfaden entwickelte die Drogenberatung des Landes Steiermark für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern. Er steht exemplarisch für andere Suchtberatungseinrichtungen.

Handlungsleitfaden



4.2. Behandlungsschritte

Der nachstehende Ablauf analysiert die einzelnen Behandlungsschritte des „Konzept für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern in Kooperation zwischen Suchtberatungseinrichtung und Jugendwohlfahrtsträger“ genauer.

Behandlungsschritt 1: Kontaktaufnahme

Die Kontaktaufnahme mit der kooperierenden Suchtberatungseinrichtung erfolgt durch die zuständige Diplomsozialarbeiterin des Jugendamtes, welche Fakten benennt, ob die Familie eine Suchtproblematik aufweist. Wenn notwendig, werden der/die AmtspsychologIn oder das Teams innerhalb des Jugendamtes beigezogen.

Behandlungsschritt 2: Gemeinsames Erstgespräch

Das gemeinsame Erstgespräch findet zwischen der/dem sprengelzuständigen DiplomsozialarbeiterIn des Jugendamtes, KlientInnen/Familie und MitarbeiterInnen der Suchtberatungseinrichtung statt. Es handelt sich dabei explizit noch nicht um einen Beratungs- oder Therapievertrag. Im Mittelpunkt des Erstgesprächs stehen:

- Abklärung des Bedarfs und des Angebots
- Abstecken möglicher erreichbarer Ziele
- Transparenz über Informationsabläufe

Behandlungsschritt 3: Motivationsüberprüfung

Die Phase der Motivationsüberprüfung wurde in das vorliegende Konzept eingebaut, um allen Beteiligten die Möglichkeit zu geben, ihre Motivation für eine Therapie oder eine Beratung zu überprüfen. Es geht auch bereits darum, konkrete Ziele zu formulieren.

Behandlungsschritt 4: Kontraktgespräch und Therapievertrag

Im Mittelpunkt des Überweisungs- und Kontraktgesprächs stehen:

- Gemeinsame Klärung, Abstimmung und Festlegung der Therapieziele unter Berücksichtigung der jeweiligen Ziel-Hierarchien
- Festlegung der Schritte, die bei Verstößen gegen die Zielvereinbarung bzw. bei Abbruch erfolgen
- Festlegung des Zeitrahmens
- Transparenz über die Art und Weise der Informationsflüsse zwischen Beratungsstelle, KlientInnen und Jugendamt

Der Therapie- und Betreuungsvertrag wird schriftlich zwischen Jugendamt und KlientInnen mit der Festlegung der Angebote und der Ziele abgeschlossen. Er beinhaltet in der Drogenberatung des Landes Steiermark folgende Punkte (vgl. Drogenberatung des Landes Steiermark 2004: 3, S. 1):

- Die Suchtberatungseinrichtung erklärt sich bereit, die Betreuung mit den klaren Zielvereinbarungen bis auf Widerruf zu übernehmen.
- KlientInnen müssen selbst die Bestätigungen über die in Anspruch genommenen Beratungen den SozialarbeiterInnen im Jugendamt vorlegen.
- Die Inhalte der Beratung werden nur im Beisein der KlientInnen mit deren Einverständnis bei den Evaluierungsgesprächen weitergegeben und reflektiert.

Beratungs- bzw. Therapiegespräche finden zu Beginn der Beratung wöchentlich und später auch in größeren Abständen, je nach Entwicklungsstand der Betroffenen statt.

Behandlungsschritt 5: Beratungs- und Therapiegespräche

Beratungs- und Therapiegespräche werden individuell festgelegt. Die Angebote richten sich nach den Bedürfnissen der jeweiligen Familie und sind im Kapitel 4.3. ausführlich beschrieben.

Behandlungsschritt 6: Evaluierungsgespräche mit allen Beteiligten

Evaluierungsgespräche mit allen Beteiligten finden nach dem ersten, dritten und sechsten Monat statt. Nach dem ersten Monat (Probemonat) wird überprüft, ob der ambulante Kontext im Sinne der Ziele ausreicht. Im sechsten Monat und danach finden weitere Vereinbarungen statt. Hier wird festgelegt, ob die Vereinbarungen aufrechterhalten oder aus bestimmten Gründen verändert werden bzw. ob eine Fortführung der Betreuung für alle Beteiligten sinnvoll erscheint und neue mittel- und langfristige Ziele werden festgelegt.

Im Idealfall ändert sich der Zuweisungskontext von der Zwangszuweisung zur Freiwilligkeit.

Behandlungsschritt 7: Abschluss mit Prozessevaluierung

Die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern kann unterschiedliche Formen des Abschlusses finden.

- Abschluss nach Ablauf des festgelegten Zeitrahmens
Durch ein Reflexionsgespräch gibt es im Beisein aller Beteiligten die Möglichkeit, Rückmeldung zu geben.
- Abbruch durch die KlientInnen
In diesem Fall findet eine Mitteilung durch die Betroffenen oder die Suchtberatungseinrichtung an das Jugendamt statt, dass die Familie das Angebot der Beratung nicht mehr wahrnimmt.
- Abbruch durch das Jugendamt
Dies ist dann der Fall, wenn sich im Rahmen der Arbeit mit der Familie herausstellt, dass eine Weiterführung der Therapie für die Kinder nicht Ziel führend ist – beispielsweise auf Grund von Gefahr im Verzug, Fremdunterbringung, gemeinsame stationäre Aufnahme von Eltern und Kindern.
- Abbruch durch die Suchtberatungseinrichtung
Die Suchtberatungseinrichtung bricht eine Betreuung dann ab, wenn offensichtlich keine Bereitschaft besteht, an den vereinbarten Zielen zu arbeiten und die KlientInnen sich der Betreuung vehement entziehen. Fallweise Widerstandsphänomene während der Betreuung sollten jedoch nicht überbewertet werden.

Ein Abschlussgespräch ist in jedem Fall und jeder Form des Abschlusses wünschenswert. Dies gilt besonders dann, wenn die Behandlung – durch welche Seite auch immer – abgebrochen wird. KlientInnen sollen in diesem Falle die Erfahrung machen, dass sie auf jeden Fall in einem anderen Stadium ihrer Entwicklung wiederkommen können und sollen. Vor allem soll die Möglichkeit der Rückführung der Kinder nach einer Fremdunterbringung besprochen werden. Sowohl die Eltern als auch die Kinder sollen die Möglichkeit erhalten, weiter Beratung in Anspruch zu nehmen.

In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass die betroffenen Eltern auch eine Beratung und Therapie in Anspruch nehmen sollen und können, wenn die Kinder fremd untergebracht sind.

Auch wenn die Betreuung suchtmittelabhängiger Eltern abgebrochen wird, soll für ihre Kinder die Möglichkeit des weiteren Kontakts mit der Beratungsstelle aufrecht bleiben. Gerade im Falle einer anderen Unterbringung entstehen für Kinder viele Fragen. Eine Fortführung der Betreuung ist sinnvoll, da die/der TherapeutIn die Eltern kennt und so die Möglichkeit besteht, Beziehungen aufrecht zu halten und dem Kind beim Verständnis für die Erkrankung der Eltern und die Verarbeitung der eigenen Lebensgeschichte behilflich zu sein. Im weitesten Sinn geht es hier um integrative Prozesse, die nicht unterbrochen werden sollten.

Ein schriftlicher Bericht in Hinblick auf die Ziele kann den Betroffenen zur Vorlage beim Jugendwohlfahrtsträger ausgehändigt werden.

Die Angebote können auch mehrfach erfolgen (z.B. Müttergruppe/Kindergruppe und eventuell Paartherapie, wenn ein intensiver Paarkonflikt vorhanden ist). Angebote können auch von verschiedenen MitarbeiterInnen in der Beratungsstelle durchgeführt werden. Dabei sollte jedoch darauf geachtet werden, dass ein/e MitarbeiterIn „BezugstherapeutIn“ bzw. CasemanagerIn ist. Die Festlegung, wer die Beratung bzw. Therapie bei welchen KlientInnen übernimmt obliegt ausschließlich der jeweiligen Beratungsstelle selbst und wird explizit intern geregelt.

Handelt es sich bei der Suchterkrankung der Eltern um eine Drogenabhängigkeit, so können bei Bedarf regelmäßige Harnkontrollen und ärztliche Begleitung unterschiedlicher Art (auch ev. internistische und psychiatrische Unterstützung für die Eltern) durch die Beratungsstelle vereinbart und koordiniert werden.

Auch bei Krisen- oder Fremdunterbringung der Kinder kann im Rahmen einer Besuchsregelung oder Rückführung in die Familie dieses Beratungs- und Therapieangebot der Suchtberatungseinrichtung mit verändertem Ablauf und individuellen Zielsetzungen in Anspruch genommen werden. Die geänderten Therapievorgaben und -ziele können für die Familie sinnvoll und Ziel führend sein.

4.3. Betreuungs- und Beratungsangebote

Bei der Planung der jeweiligen Betreuungsvarianten ist der individuelle Bedarf und die bestehenden Ressourcen der Hilfe Suchenden zu berücksichtigen.

„Soviel Hilfe und Therapie wie nötig und so wenig Hilfe wie möglich“ sollte der Leitsatz sein. Dieser Leitsatz gilt vor allem deshalb, weil durch Überangebot oder – wenn auch gut gemeinte – Überbetreuung die Selbstheilungs- und Selbstorganisationskräfte der jeweiligen Personen geschwächt werden.

Die Wahrnehmung der eigenen Person als schwach und hilfsbedürftig fördert das innere Bild des „Opfer-Seins“. Es muss vermieden werden, Hilflosigkeit zu erlernen.

Da sich die Psychodynamik von Suchtkranken in sehr intensiver Weise um das Täter-Opfer-Spiel rankt, ist gerade in diesem Bereich sehr sparsam mit der Hilfe umzugehen – frei nach dem Spruch der Anonymen Alkoholiker „Die beste Hilfe ist keine (unnötige) Hilfe“.

4.3.1. Betreuung der Eltern

Neben der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation im Rahmen von Beratung und Psychotherapie liegt ein weiterer Schwerpunkt von Betreuungs- und Beratungsangeboten in der Reflexion der Elternrolle und der Beziehung zu den Kindern. Themenschwerpunkte hierbei können sein:

- Entwicklungsförderung für alle Beteiligten im System, auch bei Zwangskontexten
- Kindheit – Erleben der eigenen Kindheit
- Elternschaft – Wie möchte ich als Vater oder Mutter von meinem Kind erlebt werden?
- Gute Mutter/schlechte Mutter oder guter Vater/schlechter Vater: Schuldgefühle und Wiedergutmachen
- Stützen und Hilfsbedürftigkeit in der Elternrolle – Wer soll mich stützen und welche Hilfen erwarten sich Väter und Mütter? Welche Hilfen hindern mich aber auch in diese Rolle hineinwachsen zu können?
- Worst-Case-Szenarien bei Rückfällen oder anderen Gefahren für die Kinder. Die Auseinandersetzung der Eltern in der Therapie für den Fall der Fälle ist ein wichtiger Aspekt des Kinderschutzes und der Prävention von den in Kapitel 3.2. beschriebenen Aspekten.

Probleme bei der Kontaktaufnahme der Eltern mit der Beratungseinrichtung können vor allem Schuldgefühle, Scham und Peinlichkeit, Angst vor Anklage, Stigmatisierung und vor allem Angst vor dem Entzug der Obsorge sein.

Die therapeutischen Angebote für suchtmittelabhängige Eltern sollen sein:

- Einzeltherapie
- Systemische Familientherapie und Paartherapie
 - Die Paarebene hat in vielen Fällen sehr gelitten hat und ist geprägt von Misstrauen und Manipulation des erkrankten Elternteils. Auch sexuelle Probleme treten häufig auf.
- Gruppentherapie
 - Hier ist vor allem der Bereich Elternschulung und Verbesserung der Erziehungsfähigkeit der Eltern zu nennen. Auch Skill Trainings können hier gut eingesetzt werden. Als Methoden für die Gruppenarbeit wären hier beispielsweise die Themenzentrierte Interaktion (TZI) nach Ruth Cohn oder das Modell der Gruppenarbeit zur gegenseitigen Hilfe und Unterstützung zu nennen, die sich für derartige Gruppen gut eignen.

4.3.2. *Betreuung der Kinder*

Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass Kinder Suchtkranker nicht unbedingt behandlungsbedürftig sein müssen. Darüber hinaus ist darauf zu achten, welche Ressourcen sie haben. Probleme bei der Kontaktaufnahme der Kinder mit der/dem Therapeuten/in können sein, dass die Kinder vor allem Loyalitätskonflikte haben und Ängste davor, dass sie von ihren Eltern getrennt werden könnten. Auch hier ist es von größter Bedeutung, dass dem Kind altergerecht der Zuweisungskontext erklärt wird und die Vereinbarungen der Erwachsenen kommuniziert werden. Trennungsängste treten vor allem dann auf, wenn die Eltern das Verheimlichen der Suchterkrankung den Kinder gegenüber so begründen, dass sie ihnen eine Trennung als etwas beschreiben, was passieren wird, wenn die Kinder über die Krankheit der Eltern sprechen – nach dem Motto “Wenn du etwas sagst, dann bringen sie dich weg ...“.

Bei der Planung des Behandlungsangebots ist besonders zu berücksichtigen, dass die Kinder Copingstrategien erlernen sollen, die sie emotional entlasten. Sie müssen durch Erwachsene darin gestärkt werden, dass sie nicht die Verantwortung für ihre Eltern übernehmen können und vor allem, dass sie nicht Schuld an der Erkrankung der Eltern haben können.

Es ist auch sehr wichtig, dass die Kinder so genannte „Auszeiten“ haben sollen, wo sie durch positive Erlebnisse wie Spiel und Sport, Theatergruppen oder Ferienlager emotional entlastet werden.

Mögliche Angebote für die Betreuung von Kindern suchtmittelabhängiger Eltern könnten sein:

- Einzeltherapie
 - Systemische Therapie
 - Therapeutisches Sandspiel
 - Spieltherapie
- Systemische Familientherapie
 - Systemische Familientherapie eignet sich dazu, die Kommunikation in einer Familie zu verbessern, Konflikte zu bearbeiten und Tabus zu besprechen. Weiters soll die Familientherapie in einem geschützten Rahmen eine Möglichkeit schaffen, um Familie als Ganzes und positiv erleben zu können und Transferleistungen für den Alltag einzuleiten.
- Gruppentherapie
 - Bei Kindergruppen sollte das therapeutische Ziel vor allem in der Förderung der Resilienzfaktoren und Schutzfaktoren der Kinder liegen. Als methodische Beispiele wären hier sogenannte „Regenbogengruppen“ zu nennen. Diese sind aus der Arbeit mit Scheidungskindern bekannt. Auch das Konzept der „Zukunftswerkstätten“ ist ein Beispiel für Gruppentherapie. „Zukunftswerkstätten“ beschäftigen sich mit der Bewusstwerdung von Problemsituation und dem Erarbeiten von Lösungsstrategien für die jeweiligen Kinder und Jugendlichen. Die Umsetzung erfolgt in Form von Mal- und Gestaltungsmöglichkeiten, aber beispielsweise auch in Form von angeleiteten Phantasiereisen (vgl. Jungk/Müllert 1994, S. 17ff).
- Erlebnispädagogische Projekte
 - Erlebnispädagogische Projekte können beispielsweise Klettern, Wanderungen mit Ritualen oder Theatergruppen sein.

4.3.3. Schulung und Coaching der HelferInnen

In den nachstehenden Ausführungen werden die Kooperationsflächen mit HelferInnen beschrieben. Es wird auch benannt, weshalb unterschiedliche Angebote für die HelferInnen sinnvoll und unterstützend sein können.

4.3.3.1 Schulung der HelferInnen vor dem Anlassfall

Dem Aspekt, dass vor dem Anlassfall Schulungen, Workshops und Seminare angeboten werden sollen, kommt aus fachlich-therapeutischer Sicht große Bedeutung zu.

Einerseits gibt es von den MitarbeiterInnen des Jugendamtes offene Fragen, die sich mit den Strukturen und Arbeitsansätzen von Suchtberatungseinrichtungen auseinandersetzen. Auftrags- und Kontextklärungsfragen gehören dazu ebenso wie Kosten für Behandlung, Zuweisungskriterien und die Information über Therapieangebote für die betroffene Klientengruppe an sich. Die HelferInnen beider Institutionen sollen auf den Stand der Entwicklung im Bereich der Population der suchtmittelabhängigen Menschen gebracht werden. Es werden Fragen der aktuellen Problematik innerhalb der illegalen Drogenszene besprochen. Zur Sprache kommen auch Nachweismethoden von Substanzen, Folgen von bestimmten sozialplanerischen Veränderungen oder medizinischen Behandlungsansätzen, wie von Substitutionsmitteln. Fakten und Daten zur Thematik werden in brauchbarer Form den MitarbeiterInnen des Jugendamtes zu Verfügung gestellt, die in der täglichen Berufspraxis nicht immer auf dem letzten Stand sein können.

Das Schulungssetting gibt andererseits auch die Möglichkeit der Annäherung und beruflichen Kooperation, wenn die KlientInnen noch nicht betreut werden. Das bedeutet, dass der Stress auf der Helferebene – beispielsweise durch Gefährdung des Kindeswohls oder kriminelle Delikte der KlientInnen – noch nicht gegeben ist.

Erwartungen können abgeklärt werden. Befürchtungen sollen geäußert werden, und Vertrauen kann entstehen. Der gezielten Vorbereitung der Kooperation wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Schulungen der HelferInnen vor dem Anlassfall sind eine sinnvolle Investition in die Zukunft. In diesen Workshops wird der gegenständliche Handlungsleitfaden besprochen und fachlich diskutiert sowie die Möglichkeit eines eventuellen Coachings für HelferInnen im Einzelfall angesprochen.

4.3.3.2. Coaching der HelferInnen im Betreuungsprozess

Zwei Formen des Helfercoachings können angeboten werden:

- Einzelsupervision und Coaching
 - Einzelsupervision und Coaching sind für jene HelferInnen sinnvoll, die KlientInnen in Betreuung geben möchten und diesbezügliche Begleitung benötigen und für jene, die ihre Fallbetreuungen reflektieren möchten. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass nur jene MitarbeiterInnen der Suchtberatungseinrichtung Coaching und Supervision anbieten, die *nicht* in die Fallbetreuung eingebunden sind. Es würde ansonsten zu

Interessenskonflikten kommen können, die sich auf die Betreuungsqualität negativ auswirken.

- Kompetenzgruppen
 - Bei Kompetenzgruppen handelt es sich um Supervisionsgruppen, die in regelmäßigen Abständen stattfinden und die einen Kompetenzzuwachs in der Arbeit von suchtmittelabhängigen Personen zum Ziel haben. In Form von Fallsupervisionen, die in der Gruppe stattfinden, werden die in der gegenständlichen Arbeit beschriebenen Kernthemen besprochen. So wird das Handlungsrepertoire der HelferInnen erweitert. Kompetenzgruppen haben den großen Vorteil der Vernetzung der HelferInnen untereinander. Sie arbeiten nach dem Konzept der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung.

4.3.3.3. Helferkonferenzen im Beisein der Familie

Bei Bedarf sollen Helferkonferenzen im Beisein der Familie angeboten werden. Diese dienen, wie schon im Kapitel 3.3. beschrieben, der Transparenz und der offenen Form der Kommunikation zwischen Familie und HelferInnen. Sie sollen die KlientInnen einbinden und die Strategien der HelferInnen verstehbar und durchschaubar machen.

Helferkonferenzen sollen sparsam eingesetzt werden, um nicht die Selbstheilungskräfte der Systeme zu schwächen. Die Wahrnehmung, dass viele HelferInnen eingesetzt sind, verstärkt das innere Bild der Schwäche und Hilfebedürftigkeit. Dies kann nicht im Sinne eines partizipativen Konzepts liegen. Das Ziel und die Sinnhaftigkeit von Helferkonferenzen wurde im Kapitel 3.3. bereits beschrieben.

5. DISKUSSION DER ERGEBNISSE

5.1. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen

Die Theorie zur vorliegenden Thematik ist unterschiedlich gut erforscht: Einzelne Aspekte sind ausreichend, andere erst sehr spärlich theoretisch festgehalten. So werden beispielsweise sowohl in der Theorie als auch in der Praxis Kinder suchtmittelabhängiger Eltern bisher häufig noch gar nicht als hilfebedürftig und damit als KlientInnen in Betracht gezogen. Sehrwohl gibt es jedoch ausreichend Literatur und Theorie zu den Bereichen Kindeswohl, Suchterkrankungen und systemische Aspekte zum Themenkreis Helfen und Vernetzung von HelferInnen.

Handlungsbedarf hingegen ist bei Theorie und Literatur zur folgenden Frage gegeben: Welche Hilfe könnten suchtmittelabhängige Eltern sowohl vom Jugendamt als auch von Suchtberatungseinrichtungen annehmen – im Hinblick auf ihre eigene Entwicklung und die ihrer Kinder?

Wie sich durch die vorliegende Arbeit herausgestellt hat, ist auch Forschungsbedarf hinsichtlich Evaluierungen von Behandlungs- und Therapieangeboten für suchtmittelabhängige Eltern und ihre Kinder gegeben. Beispiele hierfür wären Kundenbefragungen. Kundenbefragungen sind aus Sicht der Verfasserin wahrscheinlich auch aufgrund der Struktur und Organisation von Beratungseinrichtungen häufig nicht im Leistungskatalog dieser Einrichtungen verankert. Auch die Profession der MitarbeiterInnen von Jugendwohlfahrt und Beratungseinrichtungen (häufig ausgebildete SozialarbeiterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen) bedingt, dass systematische Evaluierungen bzw. Forschungen eher nicht stattfinden.

Auch Kriterien des richtigen, sinnvollen und Ziel führenden Einsatzes von Hilfen in den beschriebenen Familien stellen Frucht bringende zukünftige Forschungsfelder dar. Dies betrifft sowohl Jugendwohlfahrtsmaßnahmen als auch Maßnahmen der Suchtkrankenhilfe. Hier wäre im Besonderen zu erwähnen, dass Gesundheits- und Entwicklungsförderung von Menschen, die von Substitutionsmitteln abhängig sind, ein sozial- und gesundheitspolitisches Anliegen darstellen müsste und somit auch diesbezügliche Forschungen nötig sind.

Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sind nach Ansicht der Verfasserin – obwohl im Sozialbereich umstritten – Kosten-Nutzen-Rechnungen angesagt. Stichwort hierzu wäre Effizienzforschung: Was hilft wirklich? Was hilft wem und wie genau? Ein guter Nachweis von Ergebnissen und Ziel führendem Einsatz von Ressourcen ist auch der Finanzierung der Suchtkrankenhilfe von Seiten der öffentlichen Hand dienlich.

Auch auf Seiten der Praxis bringt die vorliegende Arbeit konkrete Anregungen: Viele Helfersysteme arbeiten nicht im ausreichenden Maß nach Konzepten – sowohl in der Jugendwohlfahrt als auch in der Suchtberatung. Arbeiten sie jedoch nach bestimmten Konzepten, so sind diese meist wenig vernetzt. Dies hat unter anderem zur Folge, dass in unterschiedlichen europäischen Ländern das Rad immer neu erfunden wird. Sinnvolle Synergieeffekte ließen sich eventuell mit einem länderübergreifenden und durch Forschungsaufträge begleiteten Vernetzungsprojekt erzielen.

Ansätze hierzu sind beispielsweise zwei in Deutschland entwickelte Konzepte zu Hilfsangeboten für Kinder suchtmittelabhängiger Eltern: Der Caritasverband Euskirchen entwickelte das Konzept der

„Regenbogengruppe“, das Projekt „Kolibri“ aus Nordrhein-Westfalen das Konzept „Ambulante Hilfe für Kinder von Suchtkranken“ (vgl. Landschaftsverband Rheinland 2003, S. 112ff).

Auch die vorliegende Arbeit legt mit dem „Konzept für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern in Kooperation mit den Jugendwohlfahrtsträgern“ einen Standard vor. Dieser Standard ist eine Möglichkeit zur Vernetzung und Vereinheitlichung der Vorgangsweise mit suchtmittelabhängigen Eltern und ihren minderjährigen Kindern.

Stärkere Kooperation der unterschiedlichen HelferInnen von Familien mit suchtmittelabhängigen Familienmitgliedern soll unter anderem dazu beitragen, dass HelferInnen ihre Arbeitssituation grundsätzlich befriedigender erleben. Durch Vernetzung kann auch der Isolation und eventueller Burnout-Symptomatik entgegenwirkt werden und HelferInnen können gegenseitig am Erfolg lernen.

Vor allem die Inhalte des Lehrgangs „Integrated Child Development“ mit den Schwerpunkten kindliche Entwicklungsförderung und therapeutische Angebote für Kinder sowie die Auseinandersetzung mit pädagogischen Konzepten haben dazu beigetragen, dass das „Konzept für die Betreuung von suchtmittelabhängigen Eltern mit minderjährigen Kindern in Kooperation mit den Jugendwohlfahrtsträgern“ sich weiterentwickeln konnte.

QUELLENVERZEICHNIS

Artikel, Broschüren, Arbeitsunterlagen

Barnow, Sven/Lucht, Michael/Fischer, Wolfgang/Freyberger, Harald-J.: Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). In: Suchttherapie. Stuttgart, New York: Thieme Verlag 2001: 2, S. 137-142.

Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hg.): Zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien. Vereinbarung auf der Fachtagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ am 4.-5. Dezember 2003 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Berlin. Berlin (Eigenverlag) 2003.

Drogenberatung des Landes Steiermark (Hg.): Definition von Missbrauch und Abhängigkeit nach DSM-IV (APA 1994), Arbeitsunterlage. Graz: Eigenverlag 2003.

Drogenberatung des Landes Steiermark (Hg.): Helferkonferenzen als Interventionsform, Arbeitsunterlage. Graz: Eigenverlag 2004: 1.

Drogenberatung des Landes Steiermark (Hg.): Kriterien zur Übernahme von KlientInnen in eine Suchtberatungseinrichtung, Arbeitsunterlage. Graz: Eigenverlag 2004: 2.

Drogenberatung des Landes Steiermark (Hg.): Betreuungs- und Therapievertrag, Arbeitsunterlage. Graz: Eigenverlag 2004: 3.

Fink, Friederike: Familie und Kinder . Skriptum zur gleichnamigen Vorlesung an der Fachhochschule Joanneum. Graz: Eigenverlag 2003.

Hochstrasser, Jutta: Kindeswohl, unveröffentlichtes Manuskript. Graz: Eigenverlag 2003.

Magistrat Graz, Amt für Jugend und Familie (Hg.): Qualitätskatalog der Grazer Jugendwohlfahrt. Graz: Eigenverlag 2000.

MSc Child Development (Hg.): Lernfeld 4, Lehrerinnen/Pädagogen der Zukunft, Wovon träume ich als dem Pädagogen/der Pädagogin der Zukunft? Seggau: Eigenverlag o.J.

Bücher

Brazelton Berry T./ Greenspan Stanly I. (2000): Die sieben Grundbedürfnisse von Kindern - Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein. Weinheim und Basel: Beltz 2002

Berthenghi, Claudia: Kinder drogenabhängiger Eltern. Zürich: Verlag pro juventute 1997.

Küchenhoff, Bernhard: Konsequenzen für die Lebens- und Familienplanung. In: Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg.): ..nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker, 3. Aufl. Bonn: Psychiatrie Verlag 2001, S. 103-106.

Ludewig, Kurt: Formen von Klinischen Systemen. In: Schlippe, Arist von/Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1996, S. 114-115.

Mattejat, Fritz/Lisofsky, Beate (Hg.): ..nicht von schlechten Eltern – Kinder psychisch Kranker, 3. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag 2001.

Remschmidt, Helmut/Mattejat, Fritz: Kinder psychotischer Eltern. Göttingen et al.: Hogrefe 1994.

Schlippe, Arist von/Schweitzer, Jochen: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1996.

Stimmer, Franz (Hg.): Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit. Unter Mitarbeit von Dr. Hilde von den Boogaart und Günter Rosenhagen, 2. Aufl. München et al.: Oldenbourg 1996.

Stimmer, Franz: (Hg.): Suchtlexikon. Unter Mitarbeit von Petra Andreas-Siller. München et al.: Oldenbourg 2000.

N.N.: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Deutsche Bearbeitung und Einleitung von Hennig Saß, Hans Ulrich Wittchen und Michael Zaudig, 3. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe 1994.

Gesetze

Bundesgesetz: Psychotherapiegesetz 1990 – BGBl.Nr. 361/1990 ST0151.

Steiermärkisches Jugendwohlfahrtsgesetz 1991 – StJWG 1991.

Suchtmittelgesetz. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Vorläuferstoffe (Suchtmittelgesetz SMG) 1997.