



Monika Rennert

Co-Abhängigkeit

Was Sucht für die Familie bedeutet

3. Auflage

LAMBERTUS

Monika Rennert

Co-Abhängigkeit

Was Sucht für die Familie bedeutet

LAMBERTUS

Monika Rennert

Co-Abhängigkeit

Was Sucht für die Familie bedeutet

LAMBERTUS

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

3., aktualisierte Auflage 2012

Alle Rechte vorbehalten

© 2012, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-2089-8

eISBN 978-3-7841-2373-8

Inhalt

Vorbemerkung zur ersten Auflage	9
Einführung zur dritten Auflage – oder: Ein Überblick über das, was seit damals entstanden ist	11
1 Vorstellung der Betroffenen – Sucht aus systemischer Sicht	35
2 Die Herkunftsfamilien von Drogenabhängigen aus der Sicht der traditionellen empirischen Forschung	43
2.1 Widersprüchliches aus den USA	44
2.2 Auch die Forschungsergebnisse aus der Bundesrepublik und der Schweiz sind widersprüchlich	47
2.3 Die Gemeinsamkeiten betroffener Familien sind nicht suchtspezifisch	51
2.4 Resümee	57
3 Die Entwicklung zur Drogenabhängigkeit: Eine Darstellung am Modell der „feeling chart“ nach Johnson	59
4 Wechselbeziehungen in der Entwicklung zu Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit in den Familien von Suchtkranken ..	71
5 Das suchtfördernde Verhalten und die besondere Rolle der „enabler“	83
6 Charakteristische Rollen von Kindern suchtkranker Eltern und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Persönlichkeit	99
7 Geschwister von Drogenabhängigen	111

8	Co-Abhängigkeit aus der Sicht der „Alcoholics Anonymous“, der dominierenden Anschauung in der amerikanischen Suchtkrankenhilfe	119
8.1	Zu Entstehung des Begriffs	119
8.2	AA, Al-Anon und das Zwölf-Schritte-Programm	122
8.3	Zum Begriff der Spiritualität bei den AA	127
8.4	Zum Begriff der Kapitulation bei den AA und der Erklärungsansatz des Systemwechsels nach Bateson	130
8.5	Zum Begriff des „Loslassens“ bei den Al-Anon	132
8.6	Zum Verhältnis von Familientherapie, AA und Al-Anon-Gruppen	132
8.7	Das Zwölf-Schritte-Programm und die Bedeutung der Spiritualität im Rahmen der professionellen Suchtkrankenhilfe in den USA	134
9	Co-Abhängigkeit und Parallelen zum Trauerprozess nach Elisabeth Kübler-Ross	139
9.1	„Ist mein Kind denn wirklich drogenabhängig?“ Die Bedeutung der Trauer als Krisenverarbeitung bei Angehörigen von Suchtkranken	139
9.2	Fehlende Trauerarbeit kann die Entwicklung von Sucht und Co-Abhängigkeit begünstigen	142
9.3	Weiterentwicklung des Modells von Kübler-Ross als Hilfe zur Selbsthilfe von Betroffenen	144
10	Das Familienbehandlungsprogramm des Glenbeigh Adolescent Hospital: Eine Integration der dargestellten Aspekte von Co-Abhängigkeit in der Praxis einer amerikanischen Einrichtung	147
10.1	Das Glenbeigh Adolescent Hospital	147
10.2	Das Familienbehandlungsprogramm	149
10.2.1	Die erste Phase	151
10.2.2	Themen der Nachsorgephase	159
10.3	Persönliche Eindrücke im Glenbeigh Adolescent Hospital	163

11	Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung nach Timmen Cermak	169
11.1	Kriterien für die Co-Abhängigkeit als Persönlichkeitsstörung nach Cermak	170
11.2	Narzissus und Echo – ein klassischer Fall von Co-Abhängigkeit	187
11.3	Krankheit und Genesung in Cermaks Modell	190
11.4	Beispiele	192
12	Co-Abhängigkeit als Phänomen, das über drogen- und suchtbedingte Entwicklungen hinausgeht	195
12.1	Sharon Wegscheider-Cruse – Die Weiterentwicklung von Wegscheiders Ansatz der Alkoholikerfamilie	195
12.2	Co-Abhängigkeit und Familienregeln: Der Ansatz von Robert Subby	198
12.2.1	Familienregeln und persönliche Entwicklung	198
12.2.2	Familienregeln und ihre Bedeutung für die Einzelnen: Zwei Beispiele	202
12.3	„Wenn Frauen zu sehr lieben“: Der Ansatz von Robin Norwood	215
12.4	Co-Abhängigkeit und Gesellschaft: Der Ansatz von Anne Wilson-Schaeff	218
13	Resümee und Entwicklung eines Konzepts der Co-Abhängigkeit im engeren Sinne für die Arbeit mit den Angehörigen von Suchtkranken	223
14	„Den Frosch an die Wand werfen“: Eine Interpretation des Märchens vom Froschkönig für Co-Abhängige	237
	Literatur	243
	Literatur, Adressen und Webadressen für betroffene Kinder, Jugendliche, Erwachsene sowie Bezugspersonen, Selbsthilfegruppen und Fachkräfte	255
	Die Autorin	265

Vorbemerkung

„Machen Sie sich bitte nicht verrückt, wenn Professionelle von ‚dysfunktionalen Familien‘ sprechen! Hat nicht in der ersten Familie, von der uns die Bibel berichtet, Kain seinen Bruder Abel erschlagen?“: Mit diesen Worten eröffnete Neil Taylor, betroffene Mutter, Familientherapeutin und Leiterin des Familienprogramms im amerikanischen Glenbeigh Adolescent Hospital, vor einigen Jahren einen Informationsabend für Angehörige von drogenabhängigen Jugendlichen. Abgesehen von der eigenwilligen Inanspruchnahme des Alten Testaments, traf ihre Provokation ein Unbehagen, das ich bei meiner Arbeit in der Bundesrepublik schon seit längerem verspürt hatte. So wird in der Suchtkrankenhilfe bei uns auf der einen Seite geradezu demonstrativ erklärt, „Suchtkranke kommen aus ganz normalen Familien“, aber andererseits wird immer wieder von Drogenabhängigen als „Symptomträgern dysfunktionaler Familien“ gesprochen sowie von machthungrigen Müttern und Ehefrauen, die ihrerseits anscheinend einen suchtkranken Menschen brauchen, – und ihn vielleicht sogar in die Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Drogen getrieben haben ...

Die im Folgenden vorgestellten Sichtweisen von „Co-Abhängigkeit“ der Angehörigen von Suchtkranken, die ich zuerst in den USA kennengelernt habe, haben meine praktische Arbeit neu orientiert und dazu beigetragen, die Kluft zwischen den „Professionellen in der Suchtkrankenhilfe“ und den Betroffenen zu überbrücken.

An dieser Stelle möchte ich zunächst den Müttern, Vätern, „Kindern“ aller Altersstufen, Geschwistern und Lebenspartnerinnen der Suchtkranken danken, von denen ich in der gemeinsamen Arbeit gelernt habe. Für lange Diskussionen und hilfreiche Kritik danke ich Christa Appel, Elvira Eyrich und Berthold Kilian, für ihre Geduld, ihre moralische Unterstützung, sowie insbesondere für die Hilfe beim „Kampf um die Kontrolle“ der technischen Probleme Ulla Heling und Bernhard Schulte.

Im Hinblick darauf, dass sich die meisten vorliegenden Untersuchungen und Beschreibungen von Suchtkrankheit auf männliche Alkoholbeziehungsweise Drogenabhängige beziehen, übernehme ich für die allgemeine Darstellung auch den vorherrschenden Sprachgebrauch und rede von „dem Suchtkranken“. Die dargestellte Dynamik von Sucht- und

Co-Abhängigkeit kann sich in ihren wesentlichen Zügen auch dann entwickeln, wenn die suchtkranke Person weiblichen Geschlechts ist. Damit soll auf keinen Fall der Eindruck erweckt werden, dass es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Verhalten von Süchtigen und Co-Abhängigen gäbe – ich denke dabei vor allem an sexuellen Missbrauch sowie an Gewalttätigkeiten, die vorwiegend gegen Mädchen und Frauen gerichtet sind.

Sämtliche nicht anders gekennzeichneten Übersetzungen amerikanischer Texte stammen von mir. Zitate, die nicht eigens belegt sind, sind Äußerungen von Betroffenen im Rahmen meiner praktischen Arbeit – im Elternkreis, in Einzel- oder Familiengesprächen. Bei der Darstellung der Lebenssituation der Klientinnen habe ich Daten, die zu einer Identifizierung beitragen könnten, weggelassen oder geändert.

Einführung zur dritten Auflage – oder: Ein Überblick über das, was seit damals entstanden ist

Liebe Leserin, lieber Leser,

als ich Ende 2011 die Nachricht erhielt, der Lambertus Verlag möchte dieses Buch auch weiterhin auflegen, habe ich mich zunächst einmal sehr gefreut. Es ist die erste Monografie im deutschsprachigen Raum zum Thema Co-Abhängigkeit und somit eine Art zeitgeschichtliches Dokument – inzwischen schon 23 Jahre alt. Daher sollte es nun mit einem neuen Vorwort versehen werden. Ohne zu ahnen, auf was ich mich einlassen würde, hatte ich die Idee, dabei einen „kleinen Überblick“ zur Entwicklung in der Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken und der Sichtweise von Co-Abhängigkeit zu schreiben. Allerdings habe ich schon seit längerer Zeit überwiegend andere Arbeitsschwerpunkte, sodass ich für einen aktuellen Informationsstand erst noch Forschung betreiben wollte und etliche Professionelle in der Suchtkrankenhilfe sowie Menschen in Selbsthilfeorganisationen hierzu befragt sowie nach Literatur gesucht habe.

In meinen Gesprächen erlebte ich in etlichen Fällen: Wir sprachen nicht vom Selben, wenn das Stichwort „Co-Abhängigkeit“ gefallen war, und manchmal hatte ich das dringende Bedürfnis, meine Sichtweise sofort vorzustellen, weil ich mich „dem falschen Lager“ zugeordnet fühlte. Anders war es, wenn es neutral um die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken ging.

Seit der Bucherstellung in den 1980er Jahren haben sich die Möglichkeiten der Literatursuche drastisch verändert. Zu meinem Glück habe ich spontan auch im Hinblick auf Literatur zuerst Menschen befragt – die Suchmaschinen hätten mich sonst vielleicht von meinem Vorhaben abhalten können: Anfang 2012 waren bei Google vier Millionen (!) Einträge allein beim deutschen Stichwort Co-Abhängigkeit registriert, beim Buch-Suchdienst www.amazon.de waren es 415 Angebote. Auch mit sorgfältig ausgewählter Literatur kam es mir irgendwann so vor, als hätte ich mich zu früh gefreut, denn da saß ich nun mit einer Fülle von Material,

das mir wie ein chaotischer bunter Haufen von Puzzleteilchen erschien – Teilchen von ganz verschiedenen Bildern, die nicht so recht zusammenpassen wollten. Manchmal gab es Gemeinsamkeiten, Parallelen, manchmal extreme Unverträglichkeiten. Dies alles zu diskutieren, würde den Rahmen eines solchen Kapitels sprengen und ein völlig neues Buch erfordern. So ist schließlich eine Art Materialskizze dabei herausgekommen: zur Arbeit mit Partnerinnen oder Partnern, Eltern oder Kindern von Suchtkranken, sei sie in professionellem Rahmen oder in der Selbsthilfe geleistet. Dabei führe ich auch wissenschaftliche Arbeiten im deutschsprachigen Raum an, die immer wieder zitiert werden, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Ein wichtiges Anliegen dieses Buches ist nach wie vor, die Mit-Betroffenheit von Angehörigen Suchtkranker zu thematisieren und für diejenigen, die ihrerseits Hilfe benötigen, entsprechende Angebote zu fordern und praktische Erfahrungen vorzustellen. Es geht mir um das Verständnis für die wechselseitigen Prozesse in den von Sucht betroffenen Beziehungen, auf keinen Fall um Schuldzuschreibung an die eine oder andere Seite, und ich sehe Angehörige auch nicht grundsätzlich als Kranke. Ich schreibe dies an dieser Stelle, weil ich bei meinem Forschungsprojekt eben entdecken musste, dass es in der Literatur und in der Praxis auch heute noch all diese Sichtweisen gibt.

Im Folgenden umreiße ich also Tendenzen und benenne Beispiele, wie sich die praktische Arbeit mit Angehörigen inzwischen entwickelt hat – unabhängig davon, ob der Begriff Co-Abhängigkeit dabei eine Rolle spielt – und welche Tendenzen es in der Auseinandersetzung in der fachlichen Literatur zur Co-Abhängigkeit gibt. Da ich es wichtig finde, konkrete Hinweise insbesondere für Angehörige anzubieten, sind am Ende des Buches Informationen und Webadressen für betroffene Kinder und Erwachsene sowie Fachkräfte, die mit diesen arbeiten, aufgeführt. In der neuen Literaturliste, die ebenfalls lediglich eine Auswahl darstellen kann und auch Titel enthält, die in diesem Text nicht aufgeführt sind, sind neben Material mit mehr oder weniger ausgeprägt theoretischem beziehungsweise wissenschaftlichem Anspruch populärwissenschaftliche Bücher aufgeführt, die im Selbsthilfebereich sehr verbreitet sind. Dazu gehören auch die deutschen Übersetzungen von amerikanischen Büchern, die in der ursprünglichen Literaturliste noch im Original aufgeführt sind. Ich freue mich besonders darüber, einige Bücher für Kinder aufführen zu können.

1 Entwicklungen in der Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken

Eine der wichtigsten Veränderungen ist die Einbeziehung von Angehörigen als fester Bestandteil der stationären und ambulanten Entwöhnungsbehandlung.

Die ersten stationären Behandlungen von Alkoholkranken wurden noch überwiegend in Fachkliniken möglichst weit vom Heimatort entfernt durchgeführt. Die Süchtigen wurden aus ihrer Familie, dem sozialen Umfeld und Arbeitsplatz herausgeholt, weil man sich damals so die besten Heilungschancen versprach. Angehörige wurden noch nicht oder selten einbezogen. Auch die Einrichtungen für Drogenabhängige, die später entstanden, waren oft „weit ab vom Schuss“ (wenn auch nicht immer im wahrsten Sinne des Wortes, denn irgendwann hieß es: „Wenn ein Ort eine Postleitzahl hat, gibt es dort auch Drogen“). Kontakte mit Eltern wurden hier eher als störend empfunden. In den 1980er Jahren entwickelte sich dagegen eine neue Sichtweise – weg vom isolierten Individuum hin zum System. So entstand geradezu ein Boom systemisch-familientherapeutischer Modelle und Theorien, die zunächst besonders in den Drogenberatungsstellen, zunehmend aber auch in den Fachkliniken für – überwiegend männliche – Alkoholranke konzeptionell aufgegriffen und integriert wurden. Viele Ansätze bezogen sich allerdings eher darauf, wie das Verhalten von Angehörigen dazu beiträgt, die Sucht aufrechtzuerhalten.

Bei dem Versuch, Störungen mit Hilfe einer systemischen Sichtweise zu verstehen, ist es schwierig, sich dauernd im Bewusstsein zu halten, dass alle Familienmitglieder aktive Mitspieler und Gestalter ihrer Wirklichkeit sind, und dass es keine Schuldigen und Verursacher gibt. Nicht vergessen sollte man auch, dass Familien immer Subsysteme der Gesellschaft sind, und dass wir eine Gesellschaft sind, in der die Suchtkrankheit ‚die am meisten verbreitete Volksseuche‘ ist. Wenn man den Schuldgedanken dann karikiert zu Ende denkt, könnte man zu der These gelangen, dass die Männer unserer Gesellschaft trinken, weil die Frauen sie darin (oder überhaupt?) unterstützen. (Borgmann 1994, 35)

Aufgrund der Erfahrung, dass die Behandlung von Alkoholkranken, aber auch von anderen Drogenabhängigen erfolgreicher ausfiel, wenn Angehörige intensiver einbezogen wurden, schreibt die Deutsche Rentenversicherung als Kostenträger inzwischen als Standard vor, dass die Therapie auch ein familienorientiertes Angebot umfassen muss. Somit gibt es in den entsprechenden Fachkliniken durchaus unterschiedliche Angebote im Rahmen eines Moduls „Paar- und Familientherapie“. Viele Einrichtungen beschränken sich jedoch auf die Kombination aus Angehörigenseminaren und Paar- beziehungsweise Familiengesprächen (wobei durchaus auch Ex-Partnerinnen oder andere nahestehende Personen dazugehören können). Vereinzelt werden hier auch Seminare für die Kinder angeboten (zum Beispiel Quinten 2004).

Die ein- bis zweitägigen Angehörigenseminare dienen auf jeden Fall der Information der Familienmitglieder über Alkoholabhängigkeit allgemein, über die aktuelle Behandlung und über weiterführende Hilfsmöglichkeiten – auch für die Angehörigen selbst. In etlichen Einrichtungen gibt es Psychoedukation über wechselseitige Entwicklungen im Verhalten von Süchtigen und ihrem nahen Umfeld, wie sie auch in diesem Buch vorgestellt wird.

Einen allgemeinen Überblick zu diesen Angeboten geben Meyer-Steinkamp und Stracke (2005). Informationen zum Konzept einer speziellen Einrichtung sind inzwischen im Internet zu finden. Genau genommen werden in den stationären Einrichtungen zwar Gespräche mit entsprechenden Schwerpunkten mit den Angehörigen geführt, aber eine Familientherapie im Sinne von tiefergehender Auseinandersetzung mit den Beziehungsproblemen, Rollen- und Interaktionsstrukturen kann dort nicht geleistet werden.

Bei Abschluss der stationären Behandlung kann im Einzelfall weiterer familientherapeutischer Behandlungsbedarf bestehen. Neben der Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, die teilweise auch Familientherapie in der ambulanten Weiterbehandlung anbieten, sollten Kontakte zu niedergelassenen Paar-, Familien- und Kindertherapeuten bestehen, die noch offene Prozesse weiter begleiten können. (Meyer-Steinkamp/Stracke 2005, 200)

Oft wird es den Angehörigen aber erst nach dem stationären Aufenthalt des suchtkranken Familienmitglieds klar, dass sich die Hoffnung auf die Lösung aller Probleme, auch der persönlichen, durch die Entwöhnungs-

behandlung alleine zumeist nicht erfüllt, und der weitere Bedarf kann durchaus weiterhin den Besuch einer Selbsthilfegruppe oder Psychotherapie für die Partnerin oder andere Angehörige umfassen.

Zweifellos können die Seminare und Gespräche im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung auch für die betroffenen Angehörigen eine Orientierung und Hilfe darstellen, aber diese Behandlung ist nach wie vor auf die Süchtigen fokussiert – auch bei der ambulanten Therapie, wie im Folgenden geschildert wird.

Das Therapieangebot für Suchtkranke wurde in der Zwischenzeit um die ambulante Entwöhnungsbehandlung in Beratungsstellen erweitert. Hier wird als ein Zugangskriterium sogar vorausgesetzt, dass die Süchtigen auf die unterstützende Funktion ihres sozialen Umfelds zurückgreifen können. Neben den einzel- und gruppentherapeutischen Gesprächen für die suchtkranke Person sind daher bis zu zwölf Gruppen- und Einzelgespräche mit Bezugspersonen möglich. So ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Behandlung von Abhängigkeitserkrankung seit etlichen Jahren zwar selbstverständlich geworden, andererseits sind hier vom Kostenträger enge Grenzen gesetzt und es handelt sich eher um „familienbezogene Therapien“ als um Familientherapie (Fengler 1994, 38). Die Deutsche Suchthilfestatistik 2011 hat aufgezeigt, dass auch 2010 wie in den Vorjahren nur sechs Prozent der Arbeitsleistung von Suchtberatungsstellen auf Angehörigenberatung entfallen. Als Begründung wird durchgängig das Problem der Finanzierung angegeben: Die Rentenversicherung als Kostenträger kommt nur für die Behandlung von Krankheit auf – in diesem Fall eben von Sucht. Daher dient die Arbeit mit den Angehörigen in erster Linie dazu, die Behandlung der Suchtkranken zu optimieren. Die Angehörigen selbst kommen dabei zu kurz.

Tatsächlich habe ich bei meinem Forschungsprojekt wiederholt von Beratungsstellen gehört, dass sie sonst für Angehörige wenig zu bieten haben. Das trifft insbesondere für Einrichtungen zu, die schwerpunktmäßig mit Alkoholkranken arbeiten. Hier sind die Möglichkeiten oft beschränkt auf nur wenige Gespräche für Angehörige, wenn nicht sogar auf nur einen Termin. Meistens kommen die Angehörigen (in diesem Fall hauptsächlich Partnerinnen) ja zunächst, um nach Hilfsmöglichkeiten für den suchtkranken Menschen zu suchen. In der Regel geht es bei diesem Gespräch also darum, die Problemlage zu erfassen und zu besprechen, ob beziehungsweise wie der kranke Mensch zur Mitarbeit motiviert werden könnte. Die ratsuchende Person erhält im Allgemeinen auch Literatur

und je nach Gegebenheiten Hinweise auf Angehörigengruppen (meistens Selbsthilfe) und auf die Möglichkeit der Paartherapie – so denn der Süchtige zu einer ambulanten Behandlung bereit sein sollte. Sie wird auf die eigene Befindlichkeit angesprochen und erhält eventuell den Rat, doch selbst eine Psychotherapie zu machen – im besten Fall mit einschlägigen Empfehlungen. Drogenberatungsstellen beziehungsweise entsprechende Suchtihilfezentren sind häufig finanziell und personell etwas besser ausgestattet: Hier kann es eher für Angehörige eine Gruppe geben, auch die Möglichkeit, längere Zeit zu Einzelgesprächen zu kommen.

In der Realität verfügen nur sehr wenige Einrichtungen über weitergehende familientherapeutische Angebote, wie zum Beispiel die Institutsambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, in der zeitweise von Rainer Thomasius im Rahmen einer Studie Familientherapie für junge Drogenabhängige und deren Familien angeboten wurde, oder andere Institute, die diese Möglichkeiten im Rahmen von Forschungsprojekten haben und dementsprechend auch evidenzbasierte wissenschaftliche Arbeiten publizieren. Eine über 20-jährige Tradition hat das Angebot im Anton-Proksch-Institut in Wien, bei dem die Angehörigen selbst im Mittelpunkt stehen (Schmidt 2007).

Ergebnisse aus solchen Projekten und andere Beiträge aus Wissenschaft und Praxis sind 2005 im Lehrbuch „Familie und Sucht“ von Thomasius und Küstner dargestellt, das sich fachgebietsübergreifend mit der Beziehung zwischen Sucht und Familie beschäftigt. An der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen arbeitet Michael Klein mit einem Forschungsschwerpunkt auf Studien über Angehörige von Suchtkranken – insbesondere mit Arbeiten zu Kindern von Suchtkranken. Ingrid Arenz-Greiving im Institut für angewandte Suchtforschung trialog in Münster arbeitet schwerpunktmäßig mit Angehörigen in Selbsthilfeorganisationen und Projekten für Kinder von Suchtkranken. Obwohl es inzwischen evidenzbasierte Arbeitsansätze gibt, scheint die Forschung ein weitgehend isoliertes Eigenleben zu führen und ihre Ergebnisse werden in der Praxis kaum aufgegriffen.

Im Rahmen des Forschungsprojekts INCANT, das später noch kurz vorgestellt wird, wurde zum Beispiel 2006 der aus den USA stammende Ansatz der Multidimensionalen Familientherapie (MDFT) in Deutschland vom Berliner Therapieladen e.V. für jugendliche Drogenkonsumenten und ihre Familien eingeführt und in die Praxis umgesetzt (Gantner/Spohr/Bobbink/Becker 2007; Spohr/Gantner 2010). Ausgehend von

einer systemischen Grundorientierung arbeitet dieser Ansatz mit zentralen Elementen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie. Grundsätzlich wird hier den Angehörigen gegenüber eine empathisch-wertschätzende therapeutische Haltung vertreten. Zentrales Ziel ist die Verbesserung der familiären Kommunikation und Beziehungen; dazu gehören gleichzeitig die Verbesserung der Situation einzelner Familienmitglieder sowie die Klärung emotionaler Störungen zwischen den Beteiligten. Ergänzt wird der Ansatz mit suchtspezifischen Interventionen, zum Beispiel konkreten Hilfen zum Ausstieg aus dem Drogenkonsum; berücksichtigt werden auch entwicklungspsychologische Aspekte und komorbide psychische Störungen der Jugendlichen. Auch das soziale Umfeld wird in die Arbeit einbezogen. MDFT ist ein komplexes, fachlich anspruchsvolles und zeitintensives ambulantes Therapieverfahren und kann innerhalb verschiedener institutioneller Kontexte beziehungsweise Rahmenbedingungen eingesetzt werden. Allerdings erfordert es das Arbeiten in einem Behandlungsteam und finanzielle sowie organisatorische Ressourcen, die über das Übliche hinausgehen. Es ist aber trotzdem ökonomisch:

Die Arbeit mit der MDFT hat gezeigt, dass die effektive Stärkung und Nutzung familiärer Ressourcen nicht nur zu hoher Therapiezufriedenheit führt, sondern auch langfristige stationäre Aufenthalte für jugendliche Suchtklienten verhindern kann. Die intensive Einbindung der Eltern in den therapeutischen Prozess ist ebenso ein Gewinn für alle Beteiligten wie die Einbeziehung relevanter professioneller Bezugspersonen. Dieser Ansatz sollte fester Bestandteil pädagogischer und therapeutischer Praxis werden. (Spohr/Gantner 2010, 257)

Obwohl diese Ergebnisse und Erfahrungen bereits seit 2007 publiziert wurden, ist keineswegs eine Verbreitung dieses Therapieansatzes in der Praxis festzustellen.

In der alltäglichen Praxis bleibt es für die Rat suchenden Angehörigen somit eine Glückssache, wie die jeweils zuständige Beratungsstelle ausgestattet ist und ob es Möglichkeiten gibt, zu einer anderen Stelle zu wechseln. Wie ihnen dort begegnet wird, kann auch sehr unterschiedlich ausfallen. Es kann sein, dass sie viel Verständnis erfahren und ihr Bedürfnis, dem süchtigen Menschen zu helfen, einfühlsam aufgegriffen wird, dass sie nicht nur über Sucht, sondern auch etwas über wechselseitige Entwicklung in Beziehungen mit Suchtkranken lernen – in einer Art, die

ihnen ermöglicht, eigenes Verhalten wiederzuerkennen und zu verstehen. Es kann auch sein, dass sie sich als „co-abhängig“ beziehungsweise als „krank“ etikettiert erleben oder dass sie den Rat erhalten, sich zu trennen, wenn der süchtige Partner nicht zur Therapie bereit ist, mehr könne man nicht für sie tun.

Ein neuer Ansatz, Angehörige auch dann intensiv zu unterstützen, wenn der suchtkranke Mensch noch keine Therapiemotivation zeigt, wird seit 2008 von Gallus Bischof propagiert. Er geht zurück auf ein verhaltenstherapeutisches und ressourcenorientiertes Konzept zur Behandlung von Suchtkranken, das mit einer sehr komplexen und übergreifenden kommunalen Vernetzung arbeitet (Community Reinforcement Approach/CRA). Hierfür bestehen in Deutschland allerdings nur ungünstige Rahmenbedingungen (Lange/Reker/Driessen 2008). In einer stark reduzierten Version werden hier zum Beispiel an der Klinik Bethel in Bielefeld im Rahmen von Paartherapie die Partnerinnen einbezogen (Reker 2007) und es gibt Behandlungsvereinbarungen zwischen Klinik, Suchtkranken und wichtigen sozialen Kontaktpersonen. In einer Weiterentwicklung von CRA wurde ebenfalls in den USA das „Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)“ konzipiert, was sich dort auch bewährt hat. Dieser Ansatz wird aktuell von Bischof an der Universität Lübeck in verschiedenen Forschungs- und Kooperationsprojekten in Deutschland erprobt. Das Training ist als Einzelbehandlung beziehungsweise Schulung für Angehörige – also sowohl betroffene Partnerinnen als auch Eltern – konzipiert, die durch die Veränderung des eigenen Verhaltens das Verhalten des Suchtkranken beeinflussen möchten, sofern sie hierfür auch genügend Kontakt zu diesem haben. Es verfolgt primär drei Ziele: Zunächst soll der Substanzkonsum des Süchtigen reduziert werden, um in einem weiteren Schritt dessen Behandlungsaufnahme zu erreichen. Unabhängig davon soll mit einem eigenen Modul aber auch die Lebensqualität der Angehörigen verbessert werden. Das Konzept erfordert eine intensive Mitarbeit der Angehörigen, die als eine Art Hilfstherapeuten lernen, nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien mit dem Süchtigen umzugehen. Die Grundhaltung gegenüber den Angehörigen ist dabei ausdrücklich wertschätzend und verständnisvoll. Im Gegensatz zu konfrontierenden Techniken kommen hier Verstärkungsstrategien und Kommunikationstraining zum Einsatz. Die Angehörigen lernen auch, natürliche Konsequenzen des Suchtverhaltens zuzulassen. Falls nötig, werden weiterhin Handlungsstrategien mit einem Notfallplan bei drohender Gewalt erarbeitet (Bischof 2008).

Die Wirksamkeit des Ansatzes konnte inzwischen auch in Deutschland nachgewiesen werden (Bischof 2012). Auch dieses Konzept stellt hohe Anforderungen an die Ressourcen der Einrichtungen, die damit arbeiten wollen, allerdings nicht so hoch wie die Multidimensionale Familientherapie. Es gibt schon erste Schulungen für die Trainings und Unterstützung der Projekte durch Forschungsmittel sowie gesetzliche wie private Krankenkassen, sodass hier wohl bessere Voraussetzungen für eine Umsetzung in der Breite gegeben sind.

Der Ansatz dürfte eine wichtige Ergänzung in der bisherigen Suchtkrankenhilfe darstellen und die bestehende Unterversorgung von Angehörigen zumindest zu einem Teil aufheben. Es gibt jedoch Ausschlusskriterien sowohl im Hinblick auf die Suchtkranken als auch deren Angehörige. Daher werden weiterhin unterschiedliche Angebote notwendig sein. Eine besondere Herausforderung sehe ich darin, die Balance zu finden, die Mitverantwortung der Angehörigen für die Beziehung mit dem Suchtkranken auf das angemessene Maß zu beschränken, und in der Gefahr, zu glauben, „dass alles machbar ist, wenn ich es nur richtig mache ...“

Therapie für Angehörige

Auch wenn Angehörige in der Regel zunächst nach Hilfe für das suchtkranke Familienmitglied suchen, so sind sie doch ihrerseits in der Regel stark belastet und ein Teil von ihnen ist – mit durchaus verschiedener Symptomatik – selbst behandlungsbedürftig. Sinnvoll ist hier ein Therapieangebot, das Elemente aus Psychotherapie sowie Kenntnisse von Sucht und systemischen Prozessen verbindet. Leider ist dies in den psychotherapeutischen Praxen noch wenig zu finden. In der Zwischenzeit gibt es zwar etliche niedergelassene Psychotherapeuten, die vorher in Suchtkliniken gearbeitet haben; ob sie eine nicht bewertende Sicht der Angehörigen haben, ist dadurch jedoch nicht garantiert. In München hat sich zum Beispiel der Psychiater Helmut Kolitzus auf die Therapie von Angehörigen spezialisiert, dessen Bücher hierzu recht bekannt geworden sind (Kolitzus 2004, 2004).

Im stationären Bereich hat die Internistisch-Psychosomatische Fachklinik Hochsauerland in Bad Fredeburg einen derartigen Therapieansatz entwickelt, der allen Angehörigen grundsätzlich und unabhängig davon offen steht, ob das suchtkranke Familienmitglied seinerseits auch an einer Therapie teilnimmt (Lahme 2012). Als besonderes Modell ist

außerdem eine zeitweise parallel stattfindende Behandlung des Suchtkranken in der Schwesterklinik Fredeburg möglich, wobei eine enge Kooperation insbesondere auf dem Gebiet der Familientherapie stattfindet. Einige Kliniken für Psychotherapie und Psychosomatik arbeiten mit einem Konzept, das das 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA)¹ integriert, und bieten auch entsprechende spezielle Gruppen für Angehörige von Suchtkranken an. Hierzu gehört zum Beispiel die Hochgratklinik in Wolfsried im Allgäu.

Im Rahmen des Müttergenesungswerks gibt es einige Kliniken, die spezielle Angebote (Vorsorge- und Rehabilitations-Maßnahmen) für Mütter mit einem suchtkranken Familienmitglied anbieten. Ansonsten kann eine Kur zumindest für eine Auszeit sorgen, in der Betroffene sich etwas erholen können.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) führte 1992 eine Fachtagung zum Thema „Sucht und Familie“ durch, bei der – wie schon bei der Tagung „Familie und Suchterkrankung“ 1976 – ein intensiveres und effektiveres Hilfsangebot gefordert wurde (DHS 1993). Acht Jahre später erklärte sie auf Anregung von Kolitzus das Jahr 2000 zum Jahr der Angehörigen. In der Folge entwickelten sich verschiedene Kooperationen und Projekte. Interessant ist dabei, dass nun etliche Krankenkassen den Bedarf erkannt haben und verschiedene Projekte aus der Selbsthilfe, aber auch im Bereich der professionellen Suchtkrankenhilfe finanziell unterstützen (aktuell sind dies zum Beispiel die Ansätze CRA und CRAFT). So führte der Bundesverband der Freundeskreise der Suchtkrankenhilfe 2002 bis 2004 gemeinsam mit dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen das Projekt „Co-Abhängigkeit erkennen – Angehörige von Suchtkranken im Blickpunkt ärztlich-therapeutischen Handelns“ durch mit dem Ziel, Betroffene, insbesondere aber auch Ärzte und Therapeuten auf die vermehrte Beschäftigung mit der Thematik aufmerksam zu machen (Körtel/Krasnitzky-Rohrbach 2004). Dieselben Kooperationspartner entwickelten auch unter Mitarbeit von Arenz-Greiving das Projekt und die Broschüre „Kindern von Suchtkranken Halt geben“ mit dem Ziel, den Kindern aus ihrer sozialen Isolation herauszuhelfen und Berufsgruppen, die mit Kindern zu tun haben, auf das Leid der Betroffenen aufmerksam zu machen.

¹ Anonyme Alkoholiker (AA) (englisch Alcoholics Anonymous) sind eine in den USA entstandene, weltweit tätige Selbsthilfeorganisation zur Bekämpfung von Alkoholismus.

Angehörige in den großen Selbsthilfeorganisationen

Die Selbsthilfeorganisationen der Anonymen Alkoholiker und der Al-Anon Familiengruppen, in denen Suchtkranke und Angehörige von Anfang an in getrennten Gruppen an der eigenen Genesung arbeiten, werden später in diesem Buch noch ausführlicher beschrieben.

Die anderen großen Selbsthilfe- und Abstinenzverbände in Deutschland (Blaues Kreuz Suchtkrankenhilfe, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland und Kreuzbund) sind noch dabei, Angebote für die Angehörigen auf- beziehungsweise auszubauen. So führte der Bundesverband der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe erstmals 1998/99 ein Projekt durch, in dessen Mittelpunkt die Angehörigen von Suchtkranken standen. Aus diesem Zusammenschluss der Verbände entstanden das Positionspapier „Angehörige in Sucht-Selbsthilfegruppen“, eine Broschüre für Angehörige sowie das bereits erwähnte Projekt „Co-Abhängigkeit erkennen“. In der Auflage dieses Positionspapiers 2005 wird die Situation der Angehörigen in der Selbsthilfe der beteiligten Organisationen folgendermaßen charakterisiert:

Reine Angehörigenarbeit findet relativ wenig statt. [...] In den gemischten Gruppen bekommen sie Informationen über Sucht als Krankheit. Sie lernen [...] mit dieser Krankheit und der angestrebten Abstinenz zu leben. Sie entwickeln sich zu „Stabilisatoren“ für die Abstinenz der Suchtkranken, denen das Hauptaugenmerk in den Gruppen gilt. [...] Angehörige fühlen [...], dass mit ihnen etwas nicht stimmt, dass sie auch eigene (Selbstwert-) Probleme haben. Aber sie bringen sich damit selten in die Gruppe ein, weil sie [...] die Bedürfnisse anderer meist als vorrangig bewerten [...]. So wie es für Suchtkranke selbstverständlich ist, dass sie Hilfe für ihre Problematik in einer Selbsthilfegruppe finden können, so selbstverständlich muss es auch für Angehörige werden, dass sie ihre Problematik mit anderen Angehörigen besprechen und bearbeiten können. [...] die Selbsthilfe für Angehörige [ist] in den Verbänden leider immer noch nicht selbstverständlich geworden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Angehörige in den gemischten Gesprächsgruppen mit ihren spezifischen Problemen oft allein gelassen beziehungsweise nur am Rande wahrgenommen fühlen. (Gemeinsames Positionspapier der Selbsthilfe- und Abstinenzverbände 2005, 10/11)

Die Verbände fordern die Unterstützung der Selbsthilfe für Angehörige sowohl durch die professionelle Suchtkrankenhilfe als auch die Selbsthilfe- und Abstinenzverbände.

Schließlich wurde im selben Rahmen 2010 noch ein Projekt „Kompetenzerwerb für alle Betroffenen im Sucht-System“ durchgeführt sowie die zweite umfassende Broschüre zu den Grundlagen der Freundeskreis-Arbeit entwickelt: die Arbeitshilfe „Sucht und Familie – Wie Freundeskreise die Beteiligten im Sucht-System gleichermaßen stärken“.

Nach der Statistik der fünf Selbsthilfe- und Abstinenzverbände 2010 waren in diesem Jahr 21,5 Prozent der Gruppenteilnehmenden Angehörige. Es gab 3.808 Gesprächsgruppen für Suchtkranke und Angehörige gemeinsam – aber nur 148 Angehörigengruppen. Es bleibt zu hoffen, dass die engagierten Positionspapiere in den kommenden Jahren auch praktisch erfolgreich umgesetzt werden.

Familien-Clubs

Seit 2001 gibt es bei den Guttemplern in Deutschland Bestrebungen, das Modell der „Familien-Clubs“ einzuführen, mit dem bis dahin besonders in Italien gearbeitet wurde. Inzwischen wurde in Kooperation mit der Universitätsklinik Lübeck eine Variante für Deutschland erarbeitet. Aktuell nehmen zumeist bereits behandelte Abhängige mit ihren Familien an den Clubs teil, „es besteht jedoch auch die Möglichkeit für betroffene Angehörige, (vorerst) ohne den Abhängigen einen Familien-Club aufzusuchen“ (Bischof o.J., 2). Dabei werden durch die Integration von CRAFT-Elementen Strategien in den Ansatz der Selbsthilfe eingebaut, mit denen üblicherweise sonst nur Professionelle arbeiten. Die Gruppe wird von einem eigens geschulten Assistenten geleitet,

„(...)dessen Aufgabe maßgeblich in der Förderung der Kommunikation der Mitglieder und einer empathischen, nicht-bewertenden Haltung liegt. Die Familien sollen Lösungen akuter Probleme selbst beziehungsweise in der Interaktion mit anderen Angehörigen entwickeln, der Klub-Assistent soll ausdrücklich nicht Lösungen generieren“ (a.a.O., 3).

Zunächst wurden Ausbildungsleitlinien für die Assistenten entwickelt; als Zielgruppe für die erste Runde der Ausbildung sind (semi-)professionelle Mitarbeiter der Suchthilfe und freiwillige Mitarbeiter vorgesehen.

Kinder und „erwachsene Kinder“ von Suchtkranken

In diesem Bereich gab es eine besonders vielseitige Entwicklung. 2003 wurden auf der Fachtagung „Familiengeheimnisse – Wenn die Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ im damaligen Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung in Kooperation mit der DHS verschiedene Ansätze aus der Praxis vorgestellt und zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien formuliert (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2004).

Die öffentliche Diskussion um die Notwendigkeit, diesen Kindern zu helfen, wurde – leider nur zeitweise – intensiviert, nachdem 2006 der zweijährige Kevin tot in der Wohnung seines drogenabhängigen Ziehvaters aufgefunden wurde. (Auf die Aufgaben der Jugendhilfe in diesem Bereich gehe ich allerdings nicht weiter ein, sondern verweise hierzu auf das Buch von Hinze und Jost 2006.) Inzwischen stehen in rund 65 Städten in Deutschland Angebote zur Verfügung. Es gibt Spielgruppen, Gesprächsgruppen und erlebnispädagogische Angebote. Allerdings sind viele davon Modellprojekte, die nicht immer weitergeführt und fest etabliert werden können, wenn die finanzielle Förderung ausgelaufen ist. So zitieren Arenz-Greiving und Kober (2011, 4) aus dem 13. Kinder- und Jugendbericht,

„(...) dass für Kinder suchtkranker Eltern zwar breitgefächerte Hilfen angeboten würden, dennoch nicht von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden könne. Für den Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe sei in den westlichen Bundesländern von 8 Prozent der Suchtberatungsstellen auszugehen, die spezielle Hilfen für Kinder anbieten“.

Aber es gibt auch Ansätze in anderem Rahmen: So ist zum Beispiel aus der Praxis der Erziehungsberatungsstelle im Evangelischen Beratungszentrum in Würzburg nicht nur ein Beratungs- und Gruppenangebot für betroffene Kinder entstanden, sondern auch noch ein sehr einfühlsames Bilderbuch „Flaschenpost nach nirgendwo“, ein Ratgeber und Fachbuch für die Kinder und ihre Bezugspersonen (Homeier/Schrappe 2009).

Professionelle Hilfsangebote von Suchtberatungsstellen oder anderen Einrichtungen sind auf den Webseiten der DHS und insbesondere der NACOA Deutschland zu finden, die im Folgenden noch beschrieben wird. Die Webseite www.kidkit.de des Vereins KOALA e.V. und der Drogenhilfe Köln richtet sich vor allem an die Altersgruppe 10 bis 14 Jahre.

Die Beratungsstelle Such(t) und Wendepunkt e.V., Suchtberatung und Hilfe für Kinder von Alkoholkranken in Hamburg stellt ein kostenloses Not-Telefon zur Verfügung.

Mit großem Engagement bieten Ehrenamtliche in verschiedenen Selbsthilfeverbänden Spielgruppen für Kinder während der Gruppenzeit der Eltern an. Andere offerieren separate Kinder- und Jugendgruppen mit entsprechendem Angebot für deren Bedürfnisse, beispielsweise die Selbsthilfegemeinschaft Alateen für Kinder und Jugendliche aus alkoholkranken Familien. Ihre bundesweit verteilten Kinder- und Jugendgruppen sollen die Isolation und das Alleinsein der Betroffenen beenden, indem sie sich gegenseitig stützen und Kraft geben. Die Guttempler bieten hingegen in vielen Städten Gesprächsgruppen für die ganze Familie an und haben mit Juvente seit vielen Jahren eine Jugendorganisation, deren Absicht es ist, eine alkoholfreie Kultur genussvoll zu leben.²

So umreißt die Referentin der DHS, Regina Müller, 2010 auf der Tagung des AOK-Bundesverbands „Die Kinder nicht vergessen – Selbsthilfe für suchtbelastete Familien“ einen Großteil der Angebote. Diese sind

„(…) mittlerweile sehr vielschichtig. Teilweise werden dabei professionelle Kräfte mit eingebunden, in den meisten Fällen aber stammen die Angebote aus dem Repertoire der klassischen Selbsthilfe. Betroffene, Eltern wie Kinder, fühlen sich auch bei diesem Thema in der Selbsthilfe gut aufgehoben und sind eher bereit, deren niedrigschwellige Angebote auch anzunehmen. Derzeit richten sich im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe bundesweit 28 Angebote an Kinder und Jugendliche. Damit wird eine große Lücke geschlossen, doch ein Ausbau dieser Angebote ist weiterhin nötig“ (Müller 2010, 11).

Für erwachsene Kinder gibt es im Rahmen der Al-Anon Familiengruppen an vielen Orten Selbsthilfegruppen mit dem besonderen Schwerpunkt „erwachsene Kinder aus alkoholkranken Familien“, aber auch in den anderen Al-Anon-Gruppen sind sie grundsätzlich willkommen. Ferner gibt es ein Onlinemeeting für erwachsene Kinder. In Deutschland gibt es weiterhin ca. 40 bis 50 spezielle Gruppen „Erwachsene Kinder von

² Juvente ist seit 2011 ein eigenständiger Jugendverband, der von den Guttemplern unabhängig ist.

suchtkranken Eltern und Erziehern“ (EKS, Interessengemeinschaft e.V.), die ebenfalls mit dem 12-Schritte-Programm arbeiten. Auch die anderen Verbände bieten an einigen Orten Gesprächsgruppen für junge Erwachsene. Informationen hierzu gibt es auf der Webseite von NACOA Deutschland. Für Jugendliche und junge Erwachsene sowie Menschen, die mit diesen arbeiten, hat der Diplom-Psychologe Martin Zobel ein ansprechendes Buch (Zobel 2008) herausgegeben, in welches seine persönlichen Erfahrungen als betroffenes Kind und später als Psychotherapeut in der Suchtkrankenhilfe eingeflossen sind.

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. – wurde 2004 in Berlin auf Initiative von Mitgliedern der Selbsthilfe und beruflich mit Kindern arbeitenden Menschen gegründet und ist offizielle Partnerorganisation der amerikanischen National Association for Children of Alcoholics (NACoA). NACOA Deutschland ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband und betreibt insbesondere Öffentlichkeitsarbeit. Dabei sollen Zielgruppen sensibilisiert werden, die beruflich mit Kindern arbeiten. Im Internet bietet die Organisation Tipps und Informationen u.a. für Lehrer, Mitarbeiter der Jugendhilfe, aber auch eine Seite für Eltern, für jüngere Kinder, für Jugendliche sowie für erwachsene Kinder. Über die Website können auch Leitfäden, Flyer, Poster und ein Kinderbilderbuch bestellt werden.

Arbeit mit Eltern von suchtmittelkonsumierenden Kindern

Auf der Suche nach besonders wirksamen therapeutischen Angeboten für minderjährige Cannabiskonsumenten wurde 2004 bis 2009 in fünf europäischen Ländern eine groß angelegte Studie mit dem Namen INCANT (International Cannabis Need of Treatment) durchgeführt. In diesem Rahmen wurden in allen beteiligten Ländern Therapeutinnen und Therapeuten in der Methode der MDFT ausgebildet. In Deutschland nahm der Berliner Therapieladen e.V. teil; seine familientherapeutische Arbeit mit diesem Ansatz wurde bereits kurz vorgestellt. Die Ergebnisse dieses Modellprojekts betonen die Notwendigkeit der Mobilisierung von Ressourcen und Entwicklungspotenzialen der gesamten Familie, um betroffene Rauschmittel konsumierende Jugendliche wirksam zu therapieren. Auch eine Expertise des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL-Koordinationsstelle Sucht 2007) weist auf die Notwendigkeit eines verbesserten Zugangs zu Eltern und Angehörigen hin, um jugendliche Konsumenten besser zu erreichen. In verschiedenen Projekten zur Frühintervention

sind sie überhaupt nicht einbezogen. Erst mit dem Bundesprojekt „Proaktive Elternarbeit in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ wurden 2009 bis 2011 Ansätze entwickelt, Eltern gezielt anzusprechen (LWL-Koordinationsstelle Sucht/DHS/Universität Hildesheim 2011). Nach Abschluss des Projekts stehen inzwischen verschiedene erprobte Konzepte zur Verfügung, mit denen Eltern adäquate Unterstützung angeboten werden kann – sie müssen lediglich aufgegriffen werden. Stickel und Gantner stellen allerdings noch Ende 2011 in ihrem Resümee fest: „Eltern- und Familienarbeit ist aus unserer Sicht jedoch weiterhin eine Schwachstelle in der Drogen- und Suchthilfe, auch wenn in vielen Suchtberatungsstellen bereits gute Arbeit mit Eltern geleistet wird“ (Stickel/Gantner 2011, 3).

Im Selbsthilfebereich gibt es für betroffene Eltern schon seit vielen Jahren die Elternkreise von drogengefährdeten und -abhängigen Kindern, die in der Regel räumlich an entsprechende Beratungsstellen angebunden sind, dort aber in eigener Regie arbeiten. 2003 entstand im Rahmen des Projekts „Entwicklung zeitgemäßer Eltern-Selbsthilfe“ – finanziell unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und unter Mitarbeit von Arenz-Greiving – ein Leitfaden „Eltern und ihre suchtkranken Kinder“, der vom Bundesverband der Elternkreise (BVE) herausgegeben wurde.

Eine Herausforderung ist bei der Elternarbeit die Entwicklung, dass die betroffenen Kinder oft noch minderjährig sind, die Eltern daher auch noch die Verantwortung für diese haben und im Einzelfall durchaus das Jugendamt einzuschalten ist. Dabei gibt es häufig noch viele Vorurteile „dem Amt“ gegenüber, und die Ämter beklagen sich, dass betroffene Eltern oft viel zu spät um Hilfe nachsuchen. Auch manche Beratungsstellen tun sich hier schwer – zum Teil wegen der Schweigepflicht. Aber wenn Drogen im Spiel sind, ist eine Vernetzung und Kooperation unbedingt notwendig. In den Elternkreisen kann die „neue Generation“ auch zu „Generationskonflikten“ führen. Die „alten“ Eltern hatten es meistens mit Kindern zu tun, die eine harte Droge konsumierten und sich durch Konsum und Lebensstil in Lebensgefahr brachten, zum Teil aber bereits volljährig waren. Die „jungen“ Eltern haben es mit der Frage zu tun: „Ist es die Pubertät oder ein Suchtmittel, was mein Kind so völlig fremd werden lässt?“ Sie sind weiterhin meistens mit legalen Suchtmitteln konfrontiert, die zudem nicht lebensgefährlich sind, und sie sind eben noch verantwortlich für ihre Minderjährigen. – Im Hinblick auf Cannabiskonsum

gibt es auch Erfahrungen der Eltern, dass dieser in den Beratungsstellen nicht immer ernst genug genommen wird, obwohl die heute zur Verfügung stehenden Züchtungen nicht mehr mit dem Stoff in den 1970er Jahren zu vergleichen sind und die resultierenden Entwicklungsschäden gerade bei jüngeren Menschen schwerwiegend sein können.

Fazit

Tatsächlich konzentriert sich die professionelle Suchtkrankenhilfe noch immer in erster Linie auf die Behandlung der Süchtigen. Wenn Angehörige einbezogen werden, dient dies primär der Optimierung der Suchtbehandlung; Flassbeck spricht hier von Funktionalisierung der Angehörigen (Flassbeck 2010, 18). Im Bereich der Drogeneinrichtungen gibt es dabei allerdings deutlich mehr finanziellen und personellen Spielraum, was wohl damit zu tun hat, dass Drogenabhängige – obwohl zahlenmäßig wesentlich weniger – intensiver als Störfaktor in dieser Gesellschaft wahrgenommen werden als Alkoholabhängige.

Eine Sonderstellung nimmt die Arbeit mit Kindern ein. Hier gibt es zwar im Vergleich zu früheren Jahren viele neue Ansätze, diese sind aber noch nicht ausreichend. Zuständigkeits- und Finanzierungsfragen erschweren die Arbeit hier ebenso wie bei den Hilfen für Jugendliche mit Suchtproblemen.

Ein wesentlicher Punkt in der Arbeit mit Angehörigen ist nach wie vor die „Begegnung in Augenhöhe“ (Galliker/Grivel/Klein 2005). Nach den hier berichteten Erfahrungen ist es immer noch nicht selbstverständlich, dass Angehörigen einfühlsam begegnet wird. „Empathie ist nicht einfach natürlicherweise vorhanden und kann selbst während einer intensiven therapeutischen Ausbildung oft nur in einem begrenzten Ausmaß gefördert werden [...] Sie ist keinesfalls unabhängig vom Verhältnis zur Interaktionspartnerin. Deshalb sollten womöglich bei der Zuteilung der Beraterin entsprechende Voraussetzungen berücksichtigt werden“ (a.a.O., 72). Dieser Forderung schließe ich mich ausdrücklich an. Manchmal habe ich den Eindruck, dass besonders „Ehemalige“ in der Suchtkrankenhilfe sich hier noch schwer tun und eher Einfühlungsvermögen für andere Süchtige aufbringen.

Die Selbsthilfegemeinschaft der Al-Anon Familiengruppen und ihre weiteren Gruppierungen sind diejenigen, in denen sich Angehörige von Beginn an laut Programm um die eigene Genesung kümmern – auch wenn