



Corinna Oswald | Janina Meeß

Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien

2. Auflage

Corinna Oswald | Janina Meeß

Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

Methodenhandbuch

Herausgegeben vom Caritasverband
Schaumberg-Blies e. V.

LAMBERTUS



Laden Sie dieses Buch kostenlos auf Ihr Smartphone, Tablet und/oder Ihren PC und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen:

- **kostenlos:** Der Online-Zugriff ist bereits im Preis dieses Buchs enthalten
- **verlinkt:** Die Inhaltsverzeichnisse sind direkt verlinkt, und Sie können selbst Lesezeichen hinzufügen
- **durchsuchbar:** Recherchemöglichkeiten wie in einer Datenbank
- **annotierbar:** Fügen Sie an beliebigen Textstellen eigene Annotationen hinzu
- **sozial:** Teilen Sie markierte Texte oder Annotationen bequem per E-Mail oder Facebook

Aktivierungscode: omkj-2022

Passwort: 4900-6687

Download App Store/Google play:

- **App Store/Google play** öffnen
- Im Feld **Suchen Lambertus+** eingeben
- **Laden** und **starten** Sie die **Lambertus+ App**
- Oben links den Aktivierungsbereich anklicken um das E-Book freizuschalten
- Bei **Produkte aktivieren** den **Aktivierungscode** und das **Passwort** eingeben und mit **Aktivieren** bestätigen
- Mit dem Button **Bibliothek** oben links gelangen Sie zu den Büchern

PC-Version:

- Gehen Sie auf **www.lambertus.de/appinside**
- **Aktivierungscodes** oben anklicken, um das E-Book freizuschalten
- **Aktivierungscode** und **Passwort** eingeben und mit **Aktivieren** bestätigen
- Wenn Sie Zusatzfunktionen wie persönliche Notizen und Lesezeichen nutzen möchten, können Sie sich oben rechts mit einer persönlichen E-Mail-Adresse dafür registrieren
- Mit dem Button **Bibliothek** oben links gelangen Sie zu den Büchern



Bei Fragen wenden Sie sich gerne an uns:
Lambertus-Verlag GmbH – Tel. 0761/36825-24 oder
E-Mail an info@lambertus.de



SOZIAL | RECHT | CARITAS

Corinna Oswald | Janina Meeß

**Kinder und Jugendliche
aus suchtblasteten Familien**

Methodenhandbuch

LAMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über dnb.d-nb.de abrufbar.

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit
übernimmt der Herausgeber keine Gewähr.

Alle Rechte vorbehalten

© 2022, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
2., aktualisierte Auflage 2022
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Druck: Elanders GmbH, Rheinbreitbach

ISBN: 978-3-7841-3409-3

ISBN ebook: 978-3-7841-3410-9

Inhalt

Vorwort zur zweiten Auflage	7
Vorwort zur ersten Auflage	10
Anmerkungen der Autorinnen zur Neuauflage	13
Einleitung	15
Aufbau des Handbuchs	27
1 Methoden und Materialien in der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen	31
1.1 Rahmen für die Gruppenarbeit	31
1.1.1 Kennenlernen	31
1.1.2 Blitzlicht/Ferien/Jahreswechsel	39
1.1.3 Gruppenregeln, Wünsche an die Gruppe	44
1.1.4 Bewegungsspiele für zwischendurch	49
1.1.5 Abschied	52
1.2 Themenkomplexe	57
1.2.1 Selbstbild, Selbstwahrnehmung	57
1.2.2 Gefühle	71
1.2.3 Körper	83
1.2.4 Biografie	95
1.2.5 Familie	100
1.2.6 Suchterkrankung in der Familie	121
1.2.7 Suchtprävention	189
1.2.8 FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder)	216
2 Freizeitaktivitäten	232
2.1 Kontakte und Methoden in Zeiten von Corona	233

3 Elternberatung	236
3.1 Elterngespräche	236
3.2 Elternabende	237
3.3 Elternseminar	237
3.4 Gemeinsame Eltern-Kind-Aktionen	238
3.5 Familienseminar	239
Weitere Literatur zum Thema	242
A Literatur für Betroffene	244
B Literaturliste Fachbücher	277
C Onlineberatungs- und Fortbildungsangebote zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien	280
Die Autorinnen	294

Vorwort zur zweiten Auflage

Annemarie Jost

Zu Beginn dieses Jahrtausends begann das Thema „Kinder psychisch kranker oder suchtblasteter Eltern“ an Fahrt zu gewinnen: Präventionsprojekte wurden ins Leben gerufen, Fachliteratur erschien und Selbsthilfebewegungen griffen die familiären Fragen insbesondere von Suchtblastung verstärkt auf. Kommunale sowie landesweite Arbeitskreise begannen, sich in Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe/Psychiatrie den betroffenen Kindern und Jugendlichen zu widmen. Viele engagierte Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen riefen auf Projektbasis lokale Initiativen ins Leben, boten Kindergruppen an, vernetzten sich über die Grenzen der Hilfesysteme hinweg und engagierten sich in der Öffentlichkeitsarbeit. Die erste Auflage des vorliegenden Buches bot aus der Praxis für die Praxis eine vielfältige Methoden- und Materialsammlung, die von erfahrenen Psycholog*innen oder Sozialarbeiter*innen in der Einzel-, Gruppen- und Familienarbeit eingesetzt werden konnte. Durch die gute Resonanz wurde innerhalb von 3 Jahren nun eine neue Auflage möglich.

Diese 2. Auflage enthält noch weitere Bausteine für die Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, viele hilfreiche zusätzliche Verweise auf Broschüren, Bücher und Spiele und greift nun auch das Thema FASD (Fetale Alkohol-Spektrumstörungen) deutlicher auf. Die Bedeutung der Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen, die bereits während der Schwangerschaft mit Alkohol belastet wurden und dadurch lebenslange Beeinträchtigungen davontragen, wird erst langsam im Hilfesystem erkannt. Schätzungsweise sind jedoch bis zu 1 % der deutschen Bevölkerung vor derartigen Beeinträchtigungen betroffen; und in der Jugendhilfe ist der Anteil von Klient*innen mit FASD um ein Vielfaches höher. Mit dieser Auflage werden nun sowohl Präventionsmöglichkeiten als auch psychoedukative Gesichtspunkte zum Themenkomplex FASD dargestellt. Besondere Aufmerksamkeit findet dabei das Thema „Alkohol und Schwangerschaft“, das mit konkretem Anschauungsmaterial bereits in der Pubertät aufgegriffen werden kann. Weiterhin wird auch die heikle Frage „Wie vermittelt man den betroffenen Kindern ihre Beeinträchtigung, ohne die leibliche Mutter zu stigmatisieren?“ nicht ausgespart. In diesem Zusammenhang sind bereits einige Bücher, Broschüren und Filme entwickelt worden, auf die in den kommentierten Quellensammlungen verwiesen wird. Ich freue mich sehr, dass die Sensibilität für die besonderen Bedarfe der Menschen mit FASD in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zunimmt.

Ich möchte an dieser Stelle auch kurz ausführen, was sich seit der 1. Auflage dieses Buches zum Thema Kinder aus psychisch oder suchtblasteten Familien auf Bun-

desebene getan hat: 2017 beauftragte der Deutsche Bundestag die Bundesregierung, eine interdisziplinäre und interministerielle Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ einzuberufen. Die Arbeitsgruppe sollte relevante Problemstellungen identifizieren und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen, um die Situation betroffener Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien zu verbessern, wie:

- Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern identifizieren,
- förderliche Rahmenbedingungen für den Aufbau und die Verstärkung von regionalen Kooperationen unterschiedlicher Akteure und Leistungsträger herausarbeiten, mit dem Ziel, ein funktionierendes lokales Hilfesystem zu etablieren,
- Best Practice-Modelle identifizieren und Vorschläge für eine bessere Kooperation zwischen den Akteurinnen und Akteuren vor Ort unterbreiten, die Hilfen für Kinder und Familien mit einem psychisch kranken Elternteil anbieten,
- ggf. Regelungslücken in der Zusammenarbeit der Hilfesysteme ermitteln.

Die Arbeitsgruppe legte im Dezember 2019 ihren Abschlussbericht mit 19 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern vor. Seither ist zwar das eine oder andere berücksichtigt worden, jedoch wurden einerseits Initiativen durch die Maßnahmen gegen die Ausbreitung des SARS-CoV2-Virus verzögert oder ausgebremst, zum anderen blieben die gesetzlichen Veränderungen überschaubar:

Einige Empfehlungen wurden teilweise im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz berücksichtigt. Das Thema findet nun zudem verstärkte Berücksichtigung in den Weiterbildungen von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen; einige Anpassungen der ärztlichen Gebührenordnung erfolgten bzw. werden vorbereitet. Das Thema „psychische Gesundheit im familiären Kontext“ fand Eingang in nationale Präventionsforen. Aus Förderprogrammen wie z. B. des GKV-Bündnisses konnten von lokalen Akteur*innen Mittel zur Suchtprävention bei vulnerablen Zielgruppen eingeworben werden. Bezüglich anderer Empfehlungen verwies die (damalige) Bundesregierung auf das Bundesteilhabegesetz und die bereits bestehenden Gesamtplanverfahren in Eingliederungshilfe bzw. Rehabilitation. Von der Bundesregierung wurde zudem bei einer Reihe von Empfehlungen auf die Zuständigkeit der Länder und Kommunen verwiesen. Allerdings blieb der von der Expert*innengruppe geforderte Handlungsrahmen für Kommunen bislang aus. Auch die Situation der Begleitkinder in der Rehabilitations- oder Krankenhausbehandlung ihrer Eltern und die schwierige Finanzierung von weitergehenden Hilfen für die Begleitkinder wurde noch nicht entschlossen angegangen.

Durch die verstärkte Aufmerksamkeit für das Thema „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“ konnten sich bestehende Projekte weiterentwickeln und neue ins Leben gerufen werden, wiederum jedoch häufig ohne langfristige finanzielle Pla-

nungssicherheit. Auch Aufklärungs- und Anti-Stigma-Projekte stellten sich neu auf. Aktionswochen fanden statt. NACOA setzte das bereits begonnene Engagement engagiert fort, und die BzGA und andere Akteur*innen entwickelten zusätzliche Materialien. Onlineplattformen wie „KidKitnetworks – Hilfeangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ oder „COA.KOM“ wurden – durch Bundesmittel gefördert – (weiter)entwickelt. Ein Wermutstropfen dabei ist jedoch, dass auch diese Initiativen entgegen den Empfehlungen der Expert*innenkommission ohne langfristige Planungssicherheit arbeiten.

In Zeiten von Corona werden zugleich viele Gruppenangebote vor Ort ausgebremst. Auch dieser Problematik widmet sich die vorliegende Neuauflage: Es gilt, die Beziehung zur Zielgruppe engagiert aufrecht zu erhalten, Gruppenangebote auch als Spaziergänge und bewegungsorientierte Außenaktivitäten zu konzipieren und das Methodenspektrum in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen zu erweitern. Hinzufügen möchte ich noch, dass gerade diejenigen, die sich für benachteiligte Zielgruppen engagieren, laut und deutlich formulieren sollten, wie notwendig eine ganzheitliche bio-psycho-soziale Unterstützung von Kindern und Jugendlichen ist, die von den gegen die Pandemie gerichteten Maßnahmen besonders hart getroffen wurden. Hierbei ist besonders an Kinder zu denken, die während der Pandemiemaßnahmen von häuslicher Gewalt oder Vernachlässigung betroffen waren und deren außerhäusliche Unterstützungssysteme weggebrochen sind. Die große Bedeutung von Ernährung und Bewegung – auch zur Stärkung des Immunsystems – bedarf darüber hinaus einer besonderen Beachtung, ohne hierbei jedoch die Verantwortung für Bewegungsmangel und Übergewicht zu sehr zu individualisieren. Die Arbeit mit Einzelnen, Gruppen oder Familien bedarf der Untersetzung durch förderliche Rahmenbedingungen auf kommunaler, Landes-, Bundes- und globaler Ebene, damit möglichst viele Kinder einen Nährboden vorfinden, der es ihnen erlaubt, ihr Potenzial zu entfalten und liebevolle Beziehungen zu gestalten.

Cottbus, den 16.12. 2021

Annemarie Jost, Jahrgang 1959, ist Fachärztin für Psychiatrie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeutin, systemisch-lösungsorientierter Coach und marte meo-Supervisorin. Sie lehrt und forscht als Professorin für Sozialpsychiatrie an der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus-Senftenberg. Einer ihrer Forschungsschwerpunkte ist derzeit FASD.



Vorwort zur ersten Auflage

Dieses Buch ist ein Glücksfall, denn es kommt genau zur richtigen Zeit. Jahrzehntlang waren Kinder aus suchtbelasteten Familien „vergessene Kinder“¹. Der deutsche Gesetzgeber, die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger hatten sie vergessen, als sie in den 1970er-Jahren nach der Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit die Versorgung von Suchtkranken regelten. Was sie übersahen: Sucht ist eine Krankheit, die neben dem Betroffenen auch dessen Angehörige und vor allem die Kinder massiv und oft mit lebenslangen Auswirkungen schädigt. Folglich hatten die schätzungsweise drei Millionen betroffenen COAs (Children of Alcoholics/Addicts) in Deutschland² fürderhin keinen Anspruch auf Beratung und Hilfe – zumindest solange sie nicht selbst bereits Anzeichen von Sucht oder psychischer Krankheit zeigten. Menschen, die auf die Not der Kinder hin ein Hilfeangebot für COAs starteten, mussten dies entweder ehrenamtlich tun oder waren auf Spenden, einen großzügigen Träger oder den guten Willen der Verantwortlichen in ihrer Kommune angewiesen.

Trotz dieser ungünstigen (um nicht zu sagen: unmöglichen) Ausgangslage entstand in Deutschland eine ganze Reihe von Angeboten für COAs. Dort finden sie einen sicheren Raum vor, wo sie Kind sein dürfen und wo zugewandte, prä-sente Erwachsene ein Ohr für ihre Ängste und Nöte haben. Eines dieser Angebote ist „Wiesel“, mit dem der Caritasverband Schaumburg-Blies seit 2006 erfolgreich Resilienz bei COAs fördert. Wie alle Hilfeangebote für COAs zielen die Unterstützungsgruppen von „Wiesel“ darauf zu verhindern, dass diese Kinder in wenigen Jahren der nächsten Generation von Süchtigen oder seelisch Erkrankten angehören.

In diesem Methodenhandbuch teilen die Macherinnen von „Wiesel“ ihren Erfahrungsschatz, den sie in der praktischen Gruppenarbeit mit COAs gesammelt haben. Übersichtlich, in kompakter Form und verständlicher Sprache geben

1 Der Begriff geht zurück auf: Cork, R. Margaret (1969): The forgotten children. A study of children with alcoholic parents.

2 Diese Zahl bezieht sich auf eine Schätzung der Bundesdrogenbeauftragten aus dem Jahr 2017. Zugrunde liegt die Studie: Lachner, G./Wittchen, H. U. (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H./Rockstroh, B. (Hg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Hogrefe, Göttingen, S.43ff.

Demgegenüber schätzte das Robert-Koch-Institut 2016, dass in Deutschland bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum respektive 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben: Robert-Koch-Institut (2016): Abschlussbericht: Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien; Bundesministerium für Gesundheit (Hg.)
Aussagekräftige Aussagen zur aktuellen Zahl der Kinder suchtkranker Eltern sollen 2018 vorgelegt werden.

Corinna Oswald und Janina Meeß Orientierung, was man COAs in einer Unterstützungsgruppe anbieten kann oder wie COAs in anderen Kontexten präventiv erreicht werden können.

Warum nun kommt dieses Buch genau zur richtigen Zeit? Nach jahrzehntelangem Wegschauen beginnt die Politik in Deutschland gerade zu begreifen, dass unsere Gesellschaft es sich überhaupt nicht leisten kann, auch nur eines der „vergessenen Kinder“ an Sucht oder psychische Krankheit zu verlieren. Die Jahrestagung der Bundesdrogenbeauftragten unter dem Titel „Die Kinder aus dem Schatten holen!“ im Juni 2017 dokumentierte dies ebenso wie die Aufnahme des Themas in den Koalitionsvertrag und die Einsetzung einer Arbeitsgruppe durch den Deutschen Bundestag. Sie erarbeitet seit Frühjahr 2018 Vorschläge, wie die Bundesregierung Hilfe für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern organisieren und finanzieren kann.

All das macht Hoffnung, dass möglicherweise bald die finanziellen Rahmenbedingungen für gezielte Hilfen u.a. für COAs endlich dem unermesslich großen Bedarf angepasst werden. Deutschland braucht ein flächendeckendes Hilfesystem für COAs. Unterstützungsgruppen wie „Wiesel“, „Kleine Riesen“, „Bärenstark“ oder „Feuervogel“, von denen es in Deutschland viel zu wenige gibt, sind Modelle. Wir brauchen sie in jeder Kommune und in jedem Landkreis. Zurzeit kommt schätzungsweise auf 11.000 COAs nur ein gezieltes Hilfeangebot.

Angebote wie „Wiesel“ erreichen allerdings in der Regel nur die Kinder, deren Eltern bereits im Hilfesystem angekommen sind und sich entschieden haben, ein trockenes, cleanes Leben zu leben. Für die Mehrzahl der Kinder, deren Eltern ihr Suchtproblem noch verleugnen, brauchen wir präventive, resilienzfördernde Programme dort, wo alle Kinder sind: in den Kitas und Schulen. Erzieher*innen, Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter*innen sollten in ihrer Aus- und Fortbildung standardmäßig lernen, wie man Resilienz bei COAs fördern kann.

Deswegen kommt dieses Buch zur richtigen Zeit. Gerade jetzt, wo die „vergessenen Kinder“ endlich aus dem Schatten kommen, stellen uns Corinna Oswald und Janina Meeß einen erprobten Werkzeugkoffer zur Verfügung. Das ist eine unschätzbar wertvolle Ressource für den Aufbau eines flächendeckenden Hilfesystems, für die den Autorinnen Dank und Anerkennung gebührt. Ich wünsche dem Buch viele interessierte Leser*innen. Und ich möchte diese Leser*innen ermutigen: Seien Sie für COAs DA. Mit Ihrem DASEin, mit Ihrer Präsenz und ihrer Zuwendung können Sie den entscheidenden Unterschied im Leben dieser

Kinder machen. Sie erhöhen damit die Chancen, dass die Kinder sich relativ gesund entwickeln und ein glückliches und erfülltes Leben führen können. Die Autorin Nicola Schmidt schreibt: „Jedes glückliche Kind macht die Welt zu einem besseren Ort!“ Dieses Ziel ist jede Mühe wert.

Henning Mielke

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V.

Anmerkungen der Autorinnen zur Neuauflage

Es freut uns, dass die 1. Auflage des Methodenhandbuchs für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf solch großes Interesse gestoßen ist, dass wir uns nun, drei Jahre nach Erscheinen des Buches, mit dessen Überarbeitung befassen sehen. Seitdem hat sich einiges getan: auf politischer Ebene, in wissenschaftlicher Hinsicht und durch das unerwartete pandemische Geschehen – die Covid-19-Pandemie.

Bevor wir die Neuerungen im vorliegenden Buch skizzieren, möchten wir noch auf etwas Grundsätzlicheres hinweisen. Und zwar darauf, dass die **methodische** Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien voraussetzt, dass irgendwer in der näheren Umgebung des Kindes oder Jugendlichen eine Einsicht in das Problem und damit auch in die Auswirkungen auf das Kind hat. In der Regel sind dies nicht-süchtige Angehörige, Sozialpädagog*innen, z. B. in Wohngruppen, bisweilen auch abstinent lebende suchtkranke Elternteile.

Die Mehrheit derjenigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen jedoch, deren Eltern und Umfeld nichts von einer Sucht wissen oder wissen möchten, steht buchstäblich allein auf weiter Flur. Möchten sie Verständnis, professionelle Hilfe und Beratung zu ihren Problem-, häufig Notlagen (!) erfahren, bleibt ihnen nur der Weg über digitalisierte Angebote – Telefon, E-Mails, Chats. Hier gibt es einige wenige Anbieter – wie die Online-Beratung von Nacoa Deutschland, Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V., oder das Hilfeportal Kidkit der Drogenhilfe Köln e.V. (Hilfe bei Problemeltern) – siehe auch Anhang. Dass diese beiden Angebote derzeit noch (?) ohne langfristige finanzielle Planungssicherheit arbeiten und auf zeitlich begrenzte Projektförderungen und Spendengelder angewiesen sind, ist nicht nachvollziehbar. Nicht vor dem Hintergrund der Erfahrungen, z. B. von völliger Isoliertheit während der Pandemie, aber auch nicht in Anbetracht der bereits 2019 erschienenen Empfehlung Nr. 6 der vom Bundestag eingesetzten Arbeitsgruppe zum *Ausbau und Förderung einer bundesweit öffentlichkeitswirksam präsentierten (...) Online-Plattform, die Informationen und anonyme Beratung für betroffene Kinder und Jugendliche, die sich selbstständig im Internet auf die Suche nach Hilfe machen, bietet (...)* (AEFT Bundesverband für Erziehungshilfe e. V., 2019).

Tatsächlich müsste die Politik doch ein Interesse daran haben, genau die Kanäle zu nutzen, über die sich die – häufig traumatisierten – Kinder und Jugendlichen am ehesten erreichen lassen, um sie aufzufangen, ggf. in Hilfseinrichtungen vor Ort weiterzuvermitteln und somit ihrem hohen Risiko einer eigenen (Sucht-) Erkrankung entgegenzuwirken.

Insofern reicht es also nicht, **flächendeckend Angebote vor Ort** zu etablieren, in denen im engeren Sinne methodisch mit den Kindern und ihren sich der Suchterkrankung bewussten Familien gearbeitet werden kann (auch hier besteht weiterhin Handlungsbedarf – eine Regelfinanzierung der Angebote vor Ort ist nach wie vor nicht gegeben. Genauso wichtig erscheinen der **Ausbau, die Bewerbung und Ausstattung digitaler, bundesweit agierender Angebote**, die noch viel mehr als Anlaufstelle für isolierte, verzweifelte Jugendliche und junge Erwachsene fungieren – die sonst eben niemanden haben, an den sie sich wenden könnten.

In der Neuauflage des Buches werden wir auf die durch die Corona-Pandemie veränderte Situation und infolgedessen auch neue Arbeits- und Herangehensweisen in unserem Angebot eingehen (Kapitel Freizeit), wobei sich Wiesel schon im Vorfeld zunehmend mehr in Richtung Außen und Bewegung entwickelt hatte. Auch im Bereich der Medien (Bücher: Bilderbücher, Romane, Fachbücher, auch Hörfunk & Theaterstücke zum Thema) hat sich das Rad weitergedreht – die Neuerscheinungen sind im Kapitel Literatur zu finden. Die eigentliche Neuerung des Buches besteht aber in einem eigenen Kapitel zu FASD – den Fetalen Alkoholspektrumstörungen. Hier zeigen wir Methoden, die im Bereich der Prävention sowie der Psychoedukation angesiedelt sind – vor dem Hintergrund, dass sich in einem Angebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Kinder mit FASD einfinden. Bedenkt man zudem das hohe Risiko eines eigenen späteren Konsums, gilt die Gruppe als unbedingte Adressatin entsprechender Einheiten.

Wir wünschen den Leser*innen viele Anregungen für die eigene Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Einleitung

Zitate:

Lana, 11: *Und wenn sich meine Eltern dann so streiten, dann ist es so, als ob sie alleine wären, als ob ich gar nicht mehr da wäre. Sie nehmen mich dann gar nicht mehr wahr. Das ist sehr schlimm für mich.*

Manuel, 15: *Mir ist es egal, ob man mich sieht oder nicht.*

Annette, 14, zu der Frage, ob sie zu ihrer Oma ziehen oder bei der alkoholkranken Mutter verbleiben soll: *Es ist wie bei einem Baum, er wächst immer weiter, und dann gehe ich und es bricht ein Stück ab, und es fehlt etwas, das uns zusammenhält.*

Paul, 16, über die Zeit in der Wiesel-Jugendgruppe: *Manchmal denke ich mir, was soll ich denn hier machen. Meine Mutter hat doch das Problem, die trinkt doch. Aber dann finde ich es doch eigentlich ganz gut.*

Pia, 14, über die Zeit mit ihrer Mutter: *Wenn sie getrunken hat, ist es manchmal wie in einem schlechten Film.*

Für Kinder und Jugendliche stellt das Aufwachsen mit suchtkranken Familienangehörigen eine enorme Belastung dar. Dabei leiden sie weniger unter dem eigentlichen Akt des elterlichen Konsumierens („Mein Kind war immer schon im Bett, wenn ich was genommen habe, das hat das gar nicht so mitgekriegt.“), sondern an den zahlreichen Folgeerscheinungen, die eine Suchterkrankung nach sich zieht: den heftigen Auseinandersetzungen und Gewalttätigkeiten (nicht nur) auf der Erwachsenenenebene, dem beängstigenden körperlichen Zustand oder Verfall ihrer konsumierenden Eltern, den ihnen unerklärlichen Gefängnisauferhalten, der Geldknappheit, einem verwirrenden, inkonsequenten und inkonsistenten Erziehungsverhalten, der Unberechenbarkeit des Geschehens.

Vor allem aber werden sie selbst nicht gesehen: Im Vordergrund steht nicht ihr kindliches Bedürfnis nach zugewandten, emotional ansprechbaren und responsiven Erwachsenen, im Jugendalter nach Vorbildern und Hilfestellung in Richtung einer autonomen, selbstbestimmten Lebensgestaltung, sondern das Bedürfnis und die Bedürftigkeit der kranken Elternteile.

Einhergehend mit den widrigen Kindheitserfahrungen weisen Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien ein erhöhtes Risiko auf, in späteren Lebensaltern selbst eine Abhängigkeitserkrankung oder – teils überlappend – weitere psychische Störungen wie Angststörungen, affektive Störungen oder Persönlichkeitsstörungen zu entwickeln (vgl. Lachner & Wittchen, 1995; Klein, 2005, 2008). So sind Mehrfachdiagnosen im Erwachsenenalter eher die Regel als die Ausnahme. Beispielsweise bedingen sich Depressionen und Suchterkrankungen häufig in der Art, dass depressive Symptome wie Antriebs- und Freudlosigkeit, Rückzugstendenzen oder Schlafstörungen mithilfe des Konsums von Alkohol oder anderen Drogen kurzzeitig gelindert werden. Eine Abhängigkeitserkrankung wiederum führt häufig zu depressiven Symptomen, z. B. durch die Einengung der Interessen auf das Suchtmittel, den Verlust des Arbeitsplatzes oder Trennungserfahrungen. Ein Großteil der Mädchen, die in einer suchtbelasteten Familie aufgewachsen sind, sucht sich zudem im späteren Lebensalter Partner, die ebenfalls von einer Suchterkrankung betroffen sind.

Um diesem bereits hinlänglich beforschten und beschriebenen Geschehen entgegenzuwirken, sind Maßnahmen der selektiven bzw. der indizierten Prävention notwendig. Dabei zielt selektive Prävention auf Gruppen, die ein generell erhöhtes Risiko für Substanzprobleme aufweisen (meist ohne sie bereits zu zeigen; an vorderster Stelle Kinder aus suchtbelasteten Familien), indizierte Ansätze richten sich an gefährdete Individuen, die schon einen riskanten, gar missbräuchlichen Suchtmittelkonsum betreiben (z. B. Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, die bereits zu experimentieren, zu konsumieren begonnen haben).

Pathogene und protektive Faktoren

Nicht alle Kinder erkranken. Welchen Entwicklungsverlauf ein Kind aus sucht- bzw. alkoholbelasteter Familie nimmt, hängt vom Zusammenspiel zahlreicher pathogener und protektiver Faktoren ab, deren Vorliegen bzw. Fehlen einer gesunden Entwicklung zugutekommen oder im Wege stehen (siehe ausführlich Zobel, 2017). Als pathogene oder Risikofaktoren werden solche Umstände bezeichnet, die sich schädlich auf die Entwicklung eines Menschen auswirken können. Pathogene Faktoren können angeboren sein. So ist die Wahrscheinlichkeit, eine Sucht zu entwickeln, höher, wenn man männlich ist oder Alkoholkonsum zu einer vergleichsweise hohen, als angenehm empfundenen Stressdämpfung führt. Viele pathogene Faktoren sind allerdings von der Umwelt abhängig, in der ein Kind aufwächst. Beispielsweise wirkt es sich ungünstig auf die Entwicklung aus, wenn beide Eltern abhängig sind, das suchtkranke Elternteil alleinerziehend ist, es keine stabile Bezugsperson in der Familie gibt oder neben der Suchterkrankung

kung bei den Eltern noch andere psychische Störungen vorhanden sind. Damit gemeint sind nicht nur die oben angeführten Doppeldiagnosen bzw. Komorbiditäten, das suchtkranke Elternteil betreffend, sondern auch psychische Störungen beim anderen Elternteil, z. B. Depressionen, Ängste und/oder eine dependente (= abhängige) Persönlichkeitsstruktur – die für sich genommen schon eine (zusätzliche) Belastung für das Kind darstellen, aber eben auch mitbedingen können, dass sich dieses Elternteil nicht von dem oder der Suchtkranken zu lösen vermag (eine Konstellation, die wir in der Praxis immer wieder antreffen).

Demgegenüber stehen protektive oder Schutzfaktoren, die der Entwicklung von Suchterkrankungen oder anderen psychischen Störungen entgegenwirken. Auf Personenebene sind hier z. B. soziale Kompetenzen, der Besitz angemessener Bewältigungsstrategien bzw. die Ausbildung von Resilienzen (Widerstandskräften gegenüber widrigen Lebensumständen, s.u.) zu nennen. Zudem wirken sich eine geringe Exposition des elterlichen Konsumverhaltens und der elterlichen Auseinandersetzungen sowie die Einhaltung von familiären Ritualen positiv auf die Entwicklung des Kindes aus. Als ganz wesentlich sind tragfähige emotionale Beziehungen zu sich wenig co-abhängig verhaltenden, nicht-konsumierenden Elternteilen oder anderen Erwachsenen in der näheren Umgebung wie Nachbar*innen, Eltern von Freund*innen, Erzieher*innen, ggf. auch Großeltern etc. anzusehen. Auch das Wahrnehmen von professionellen Hilfs- und Beratungsangeboten durch die Familie stellt ein protektives, schützendes Moment dar.

Um Entwicklungsrisiken zu verdeutlichen, soll kurz auf zwei Mädchen aus unserer Gruppenarbeit rekurriert werden. So hat die 14-jährige Annika, deren Vater unter einer Alkoholabhängigkeit leidet, dem sie jedoch nur anlässlich von Umgangskontakten begegnet, während sie zugleich eine stabile emotionale Beziehung zu ihrer Mutter aufweist, ein weitaus geringeres Entwicklungsrisiko als die 16-jährige Nadine, die mit ihrer alleinerziehenden politoxikomanen Mutter zusammenlebt, welche komorbid eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline aufweist und wechselnde Partnerschaften mit – ebenfalls konsumierenden – Partnern eingeht.

Das Modell der Resilienzfaktoren als Ansatz in der Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen

Mit Resilienzen in Bezug auf die Gruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien befassten sich insbesondere Wolin & Wolin (1995). Sie fanden in ihrer retrospektiv angelegten Studie Ressourcen, die es (inzwischen erwachsenen) Kin-

dem aus suchtblasteten Familien erleichtert hatten, mit den Belastungen, Ängsten und inneren Konflikten umzugehen. Die sieben Resilienzfaktoren, die Wolin & Wolin (1995) gefunden haben, bilden insofern eine wichtige Grundlage für die praktische Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen, als dass viele methodische Interventionen auf die Ausbildung und Stärkung dieser Resilienzfaktoren abzielen.

Als bedeutenden Resilienzfaktor haben Wolin & Wolin (1995; Zobel, 2017) die *Einsicht in und das Wissen um die Abhängigkeitserkrankung* ausgemacht. Wenn Kinder in ihrer Wahrnehmung der häuslichen Verhältnisse bestätigt und in altersgerechter Art und Weise über die elterliche Sucht aufgeklärt werden, trägt dies dazu bei, die häufig vorhandenen quälenden Selbstvorwürfe und Schuldgefühle zumindest teilweise aufzulösen. Der Aufbau einer *emotionalen, mit zunehmendem Alter auch physischen Distanz* zum Familiengeschehen erlaubt den Kindern und Jugendlichen, Erfahrungen mit anderen Personen zu machen, sich auszuprobieren sowie aus der Tabuzone auszubrechen, die in Bezug auf die Suchterkrankung fast immer nach außen und oft auch nach innen errichtet wird. Durch *Beziehungen zu verlässlichen Bezugspersonen* außerhalb der Familie erleben Kinder, um ihrer selbst willen wahrgenommen, anerkannt und geschätzt zu werden, und sie erfahren zudem alternative Modelle für Erleben und Verhalten. In Gruppen mit anderen, gleichaltrigen Betroffenen lernen viele Kinder und Jugendliche zum ersten Mal in ihrem Leben ein stützendes, wohlwollendes Gemeinschaftsgefüge kennen.

In diesem Rahmen können die Kinder auch zu *Eigeninitiative* ermutigt, gestärkt und gelobt werden. Häufig bleiben Unternehmungen oder Interessen des Kindes auf der Strecke, wenn die Sucht das Wohl des Kindes aus dem elterlichen Fokus verdrängt hat. In Gruppenangeboten können Kinder und Jugendliche beispielsweise die Gestaltung von sportlichen oder sozialen Aktivitäten mitbestimmen, Talente entdecken und die Erfahrung machen, dass ihre Art zu denken und handeln in Ordnung ist – wohingegen Eigenständigkeit in den Herkunftsfamilien häufig zu Kritik oder Abwertung führt.

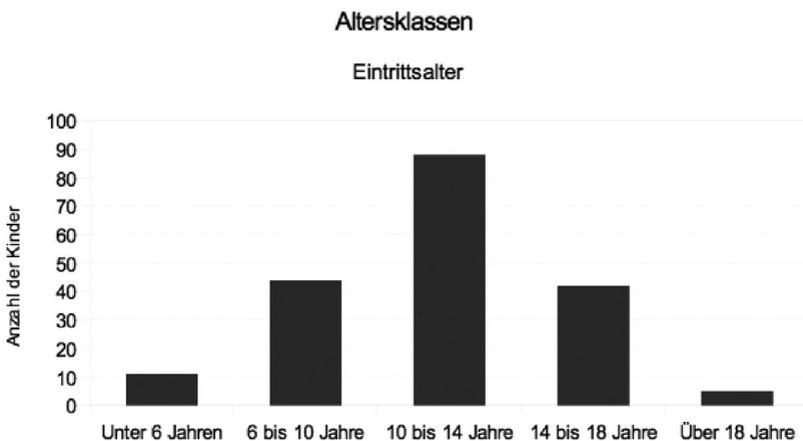
Kreativität kann Kindern und Jugendlichen neue Zugänge zum Ausdruck eigener Befindlichkeiten öffnen, dabei helfen, dem oftmals tristen Alltag zu entfliehen und die Möglichkeit geben, etwas von subjektivem Wert zu erschaffen. *Humor* kann in unterschiedlichen Formen (Lachen, Spaß haben, neben sich stehen können, Ironie) zur emotionalen Distanzierung von den häuslichen Verhältnissen führen und zeigt eine wichtige psychohygienische Wirkung. Die Entwicklung eines eigenen *moralischen Wertesystems* ist besonders wichtig vor dem Hin-

tergrund, dass Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien häufig ein klarer, nachvollziehbarer Maßstab für angemessenes und unangemessenes Verhalten fehlt und sie sich auf die Einhaltung familiärer Werte und Prinzipien nicht verlassen können (vgl. Zobel 2017).

Das Angebot Wiesel

Auch Wiesel, das seit 2006 bestehende Angebot für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien im Beratungs- und Behandlungszentrum des Caritasverbandes in Neunkirchen, basiert auf der Entwicklung und Förderung der o.g. Resilienzfaktoren. Unter Suchtbelastung fassen wir den missbräuchlichen oder abhängigen Konsum eines oder gar beider Elternteile von legalen Mitteln wie Alkohol, Medikamenten oder von illegalen Drogen bzw. das pathologische Glücksspiel; das Suchtgeschehen kann ein akutes oder ein in jüngerer Vergangenheit liegendes sein.

Zur Frage der Zugangswege – wie kommen die Kinder und Jugendlichen in das Angebot Wiesel? Etwa paritätisch verteilt gibt es zum einen den Weg über die Suchthilfe, d. h. über die Eltern, die sich als Klient*innen in Beratung, Behandlung oder psychosozialer Begleitung für Substituierte in unserem Beratungszentrum befinden; zum anderen den über die Jugendhilfe (Jugendämter, Familienhilfzentren, Schoolworker und stationäre Jugendhilfeeinrichtungen). Nur ein kleiner Teil der betroffenen Familien wendet sich als Selbstmelder an uns oder wird durch weitere Institutionen (z. B. Berufsschulen) vermittelt.



Grafik 1: Eintrittsalter der bislang in Wiesel betreuten Kinder und Jugendlichen (interne Auswertung)

Das Kernstück Wiesels stellen die **fortlaufenden altershomogenen Gruppen** dar, in denen die Kinder und Jugendlichen in einem geschützten Rahmen Gelegenheit finden, sich mit den Erlebnissen im Elternhaus auseinanderzusetzen. Dabei wird nicht nur die familiäre Suchterkrankung aufgegriffen, sondern auch assoziierte Themen wie Gefühle, Rollenübernahme in der Familie, die Lebensumstände der Kinder (z. B. Leben in einer Wohngruppe, Inhaftierung eines Elternteils). Feste Rituale wie ein gemeinsamer Imbiss zu Beginn der Gruppensitzung oder ein Abschlusskreis vermitteln den Kindern und Jugendlichen das Gefühl von Sicherheit, Kontrolle und Kontinuität. Ergänzt wird die Arbeit in der Gruppe durch regelmäßige Freizeitaktivitäten wie beispielsweise Klettern, Zelten, Kochen oder Bogenschießen.

Die Gruppentreffen finden in 14-tägigem Rhythmus statt, die Teilnahme erfolgt unter der Voraussetzung der Zustimmung zumindest eines Erziehungsberechtigten. Das Einverständnis des Elternteils in die Gruppenteilnahme und die Erlaubnis gegenüber dem Kind, über die häusliche Situation sprechen zu dürfen, ist essenziell zur Vermeidung bzw. Minimierung von Loyalitätskonflikten. Weitere Einzeltermine dienen dem Kennenlernen des Kindes oder Jugendlichen und zur Klärung von Fragen, Hoffnungen, Befürchtungen bezüglich der Gruppenteilnahme. Das Kind oder der/die Jugendliche erhält Gelegenheit, zwei Schnupperstunden zu besuchen und sich dann für oder gegen eine verbindliche Teilnahme auszusprechen. Da die Kinder häufig nicht alleine in die Gruppenstunden kommen können (ländliches Gebiet, Elternteile aufgrund der Suchterkrankung oft nicht in der Lage, das Kind zu bringen oder für eine regelmäßige Gruppenteilnahme zu sorgen), existiert ein Hol- und Bringdienst, den die Co-Leitung der Gruppe (zumeist eine studentische Hilfskraft) ausführt.

Wenn eine Gruppenteilnahme aus zeitlichen Gründen nicht zu bewerkstelligen ist, nicht sinnvoll oder nicht ausreichend erscheint, können **Einzelberatungen** entweder in Form von zeitlich terminierten Kurzzeitinterventionen oder fortlaufenden Gesprächen in Anspruch genommen werden. In diesem Rahmen können Kinder/Jugendliche und teilweise auch junge Erwachsene Themen äußern und bearbeiten, die sie sich im Gruppenkontext nicht anzusprechen trauen, es kann bei Krisen interveniert oder der Bedarf einer Kinder- und Jugendpsychotherapie abgeklärt werden.

Parallel zur Gruppenteilnahme des Kindes bieten wir **Elternberatungen** an. Die Zielsetzung in der Elternarbeit besteht darin, deren Wahrnehmung für die Lebenswelt, Gefühle, Bedürfnisse und Grenzen ihrer Kinder zu fördern. Mögliche Verhaltensauffälligkeiten des Kindes können in Verbindung zu den eigenen Pro-

blemen bzw. zur Zeit des Suchtgeschehens eine Neubewertung erfahren. Immer wieder werden hier Scham- und Schuldgefühle durch die Eltern benannt, die auf der Handlungsebene häufig zu Inkonsequenz im Erziehungsverhalten führen – mit der Folge weiterer innerfamiliärer Konflikte. In der Beratung werden die Eltern (auch Stiefeltern, Großeltern etc.) in ihrer elterlichen Rolle und Verantwortung, auch in der (Wieder-)Etablierung eines familiären Gefüges, in dem die Rollen nicht diffundiert, sondern Eltern- und Kindesebene abgegrenzt sind, gestärkt. Das Aufsuchen ergänzender oder weiterführender Hilfeangebote (wie z. B. Kinder- und Jugendpsychotherapie, schulische Nachhilfe, Adipositas-Beratung, Elterntrainings etc.) stellt einen weiteren Inhalt der Elterngespräche dar.

Unabhängig von der Gruppenteilnahme eines Kindes bieten wir auch Gespräche für solche Elternteile und Familienangehörige an, die einen grundsätzlichen Informationsbedarf (z. B. die altersgemäße Aufklärung ihres Kindes über die eigene Abhängigkeitserkrankung oder die des [Ex-]Partners) haben, fernerhin Elternkurse und Familienseminare.

Beraterisch-therapeutische Ausrichtung

Während das Modell der Resilienzfaktoren den Rahmen für die Arbeit mit den betroffenen Kindern und Jugendlichen darstellt, ist das konkrete Vorgehen, unsere Haltung den Kindern (aber natürlich auch den Eltern) gegenüber zugleich stark durch unsere je therapeutischen Ausrichtungen geprägt. Im **klientenzentrierten bzw. gesprächstherapeutischen Setting** wird der Schwerpunkt auf die Wahrnehmung der Gefühle des Kindes und Jugendlichen gelegt. Dabei wird der möglichst unverstellte Zugang zu den eigenen Emotionen und Kognitionen als ganz entscheidender Faktor für psychische Gesundheit gesehen. So zeichnen sich gerade Suchterkrankungen durch die künstliche Steuerung des Gefühlshaushalts aus: aversive Gefühle sollen getilgt, betäubt, ungeschehen gemacht, euphorische hingegen evoziert werden. Umso deutlicher die betroffene Person jedoch ihrer eigenen Gefühlspalette gewahr wird, umso akzentuierter sie diese zum Ausdruck bringen kann und darf, umso mehr vermag sie sich in ihrer Ganzheit zu akzeptieren (Selbstakzeptanz) und umso mehr Handlungsmöglichkeiten können sich ihr infolgedessen auch erschließen. Neben der Empathie gegenüber der inneren Erlebniswelt und der unbedingten Wertschätzung des betroffenen Kindes und Jugendlichen spielt als dritte Variable in der gesprächstherapeutischen Ausrichtung und Kommunikation die Kongruenz der beratenden oder therapeutisch wirkenden Person eine Rolle. Darunter zu verstehen ist deren Authentizität, die Echtheit in dem, was sie selbst empfindet und ggf. auch mitteilt. So kann es für ein Kind oder eine*n Jugendlichen durchaus ein erleichterndes Moment darstel-

len, jemanden zu haben, der nicht nur das widerspiegelt, was es an Erfahrungen berichtet, sondern auch, wie diese Berichte das Gegenüber anmuten. Das heißt nicht, dass dem Kind oder Jugendlichen sogleich alles rückgemeldet werden muss, was der Beraterin durch den Kopf geht, sondern dass sie im Einzelfall entscheidet, inwieweit sie dem Kind respektive Jugendlichen **ihre** Wahrnehmung oder Einschätzung der Dinge kundtun, ggf. auch der Sichtweise des Kindes oder der kolportierten Sichtweise der Elternteile entgegenzusetzen möchte.

In der **systemischen Beratung und Therapie** liegt der Schwerpunkt auf den Beziehungen innerhalb des Systems Familie. Gerade für Kinder und Jugendliche mit suchtbelasteten Elternteilen (oftmals bereits suchtbelasteten Großeltern, Onkel und Tanten) ist ihre Familie das, über was sie sich am meisten Gedanken machen, was sie am meisten beschäftigt, worin sie am meisten verstrickt sind. So hat es für jüngere Kinder ein erleichterndes, ordnendes Moment, die Familie und die Beziehungen innerhalb des Systems überhaupt erst einmal abzubilden, zu symbolisieren. Wichtig erscheint uns, in einem zweiten Schritt nicht nur die Familie, wie das Kind sie erlebt, sondern auch, wie es sie sich imaginiert, welche Beziehungsqualitäten es sich wünscht und wo und wie es sich selbst im Gefüge gerne befände, darzustellen. Für ältere Jugendliche macht es Sinn, sich genauer mit den Strukturen innerhalb der Familie (Wer ist alles von einer Suchterkrankung betroffen? Wer hat sich suchtkranke Partner*innen gesucht? Warum?) zu befassen. Auch das Motto in der Familie, die Familienatmosphäre, die Delegationen an die Familienmitglieder, die Rollen, die übernommen wurden, die eigene Rolle im System können mittels verschiedener Herangehensweisen transparent gemacht werden. Und auch hier intendieren wir, es nicht beim Erfassen des „Status quo“ zu belassen, sondern mit den Jugendlichen herauszuarbeiten, wer sie selbst eigentlich sind, wohin es sie zieht, wer oder was sie sein und werden möchten, wie sie sich ihre eigene Lebensgestaltung, ihre Partnerwahl etc. vorstellen – so weit wie möglich herausgelöst aus der Verstrickung mit der suchtbelasteten Herkunftsfamilie (Entwicklung einer autonomen Lebensperspektive).

Die genannten therapeutischen Hintergründe und das darauf basierende Vorgehen im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen könnte man im Prinzip als eine Art Gegenprogramm zu der Direktive: „Rede nicht, traue nicht, fühle nicht!“ betrachten, die Claudia Black (1988) so vortrefflich und charakteristisch für suchtbelastete Familien beschrieben hat.

Angemerkt werden soll an dieser Stelle, dass unsere der humanistischen Beratung und Therapie entstammende Haltung und Herangehensweise keinesfalls als Voraussetzung für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten

Familien anzusehen sind. Es existieren im Bundesgebiet viele Angebote und Programme, die auf anderen Paradigmen beruhen: Exemplarisch genannt werden sollen das evidenzbasierte Kurzzeitinterventionsprogramm „Trampolin“ (Klein et al, 2013), das ebenfalls auf die sieben Resilienzfaktoren rekurriert, weiterhin auf kognitions- und verhaltenstheoretische Modelle; der Ansatz aus dem Psychodrama, wie er vom Sozialdienst Katholischer Männer (SKM) in Köln praktiziert wird; Herangehensweisen, deren Ausgangspunkt die Rollenübernahme innerhalb des suchtblasteten Systems darstellt (Gemeinschaftspraxis M. Weinmann-Mayer/Dr. R. Mayer, Balingen); wildnispädagogische Maßnahmen (Drogen- und Familienhilfe, Saarbrücken; jeweils ausführlicher in Kapitel 1.2.6 dargestellt) bis hin zu tiergestützten Ansätzen (vgl. professionelle Hilfeangebote für Kinder auf der Homepage von NACOA).

Im Folgenden sollen einige weitere Gedanken zu unserer Arbeit im Einzel- und insbesondere im Gruppenkontext angeführt werden.

Da sich die Thematik „Kinder aus suchtblasteten Familien“ auf der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe einerseits, der Suchthilfe andererseits befindet, ist es optimal, eine **Doppelleitung**, bestehend aus Fachkräften beider Bereiche zu installieren, die ihr jeweiliges Know-how einbringen können. Ähnlich verhält es sich mit dem Geschlecht der Gruppenleitung: Auch hier besteht die optimale Besetzung in einer weiblichen und einer männlichen Fachkraft, sodass die Kinder und Jugendlichen Identifikationsfiguren beiderlei Geschlechts haben können. Es ist uns bewusst, dass diese Vorstellungen in der Realität oft nicht umzusetzen sind, dennoch sollen sie als idealiter Erwähnung finden.

Kinder aus suchtblasteten Familien, so heterogen die einzelnen Personen und kleinen Persönlichkeiten auch sind, benötigen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit, Zuwendung und Struktur. Dies impliziert zum einen, dass wir in den Kindergruppen die **Größe der Gruppe** auf sechs Teilnehmende, in den Jugendgruppen auf maximal acht beschränken. Es bedeutet aber auch, sich als Leitung nicht von dem quirligen, chaotischen, unberechenbaren, gelegentlich durch Neid, Missgunst und Rivalität (wenn der eine etwas möchte, möchte es die andere partout nicht) gekennzeichneten Verhalten in Konfusion bringen zu lassen. Etwa gleichaltrige Geschwister in eine Gruppe aufzunehmen ist nicht unbedingt ratsam, zumal oft eine ausgeprägte Geschwisterrivalität anzutreffen ist oder das eine Geschwister das andere mit einem Redeverbot belegt. Hier entscheiden wir im Einzelfall.

Wir bereiten die Gruppensitzungen vor, wobei wir uns an dem **prototypischen Ablauf**, wie er sich hier auch in der Chronologie der Methoden widerspiegelt, orientieren (vom Kennenlernen über die Beschäftigung mit einzelnen Themen bis hin zum Abschied). Die Planung und Vorbereitung vermittelt insbesondere den Kindern und Jugendlichen, aber auch uns selbst Struktur und Sicherheit. Oftmals haben die Jugendlichen selbst an der Erstellung eines Planes über die kommenden Sitzungen mitgewirkt. Dennoch ist es wenig sinnvoll, eine geplante Sitzung in völlig rigider Manier durchzuziehen, wenn sich schon zu Beginn, in der Eingangsrunde, andere virulente Themen abzeichnen, die im Erleben insbesondere der/des Jugendlichen im Vordergrund stehen. Hier gilt es jeweils abzuwägen, ob das Einhalten des Planes oder vielmehr ein flexibles Umschwenken angezeigt sind.

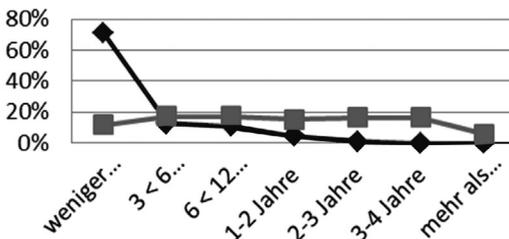
Der intensiven Auseinandersetzung mit der familiären Suchtbelastung stehen die meisten Kinder und Jugendlichen ambivalent gegenüber. Die Bandbreite reicht von maßloser Erleichterung und Entlastung über ein vorsichtiges Herantasten und Offenbaren über das Profitieren von den Schilderungen anderer Gruppenmitglieder bis hin zu **Abwehr des Themas**. Diese kann sich auf vielfältige Art und Weise äußern. Es kommt vor, dass einzelne Gruppenmitglieder Ablehnung gegenüber einem geplanten entsprechenden Inhalt vortragen, welche manchmal von der ganzen Gruppe übernommen wird. Bei kleineren Kindern zeigt sich Widerstand eher darin, dass sie sich einfach aus dem Gruppengeschehen ausklinken (ein Junge schläft z. B. während eines Films zum Thema ein, gemäß der Devise „nichts sehen, nichts hören ...“). Es ist nicht sinnvoll, „Widerstand brechen“ zu wollen. Entweder lässt er sich thematisieren und/oder es werden gemeinsam mit der Gruppe Alternativen zur Gestaltung der Sitzung eruiert. Häufig entsteht eine abwehrende Haltung dann, wenn Elternteile rückfällig geworden sind, das Kind oder der/die Jugendliche mit Redeverbot belegt ist oder sich ein solches auferlegt hat, sich schämt, generell nicht einsieht, warum er oder sie „in Therapie“ gehen soll, während es die eigentlich betroffenen Elternteile nicht tun (nachvollziehbar) und lieber Lust auf unbelastete Inhalte und Aktivitäten hat (auch nachvollziehbar).

Auch wenn oben unsere „schulischen“ Ausrichtungen näher beschrieben wurden, ist nicht immer ganz klar, in welcher **Rolle** wir den Kindern begegnen. Als Therapeut*innen, als Erzieher*innen, Lehrkräfte, Freund*innen, Mütter oder Schwestern? Diese Unbestimmtheit ist zum einen dem sehr offenen Rahmen unserer Arbeit geschuldet, es gibt keine konkrete Stellenbeschreibung oder Profession, die einzig dazu prädestiniert wäre, die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien durchzuführen. Zum anderen ist die Rollen-

konfusion sicherlich auch Ausdruck der Projektionen, der Wünsche und Ängste, die die Kinder auf uns übertragen. Dazu passt, dass uns die Kinder und Jugendlichen (trotz vereinbartem Du mit Vornamen) je nach Gestimmtheit oder aktuell vorherrschender gefühlter Nähe respektive Distanz mal siezen, mal duzen, mal den Vor-, mal den Nachnamen verwenden. Wichtig erscheint uns, entsprechende Gegenübertragungen (sich wie eine gestrenge Pädagogin; sich wie eine nachgiebige Mutter zu fühlen) zu reflektieren und eventuell zu modifizieren.

Ist das, was wir praktizieren, nun Erziehung, Beratung oder Therapie? Wie ausgeführt, sind die Grenzen fließend. Zeigt ein Kind oder ein*e Jugendliche*r nicht nur Auffälligkeiten im psychosozialen oder emotionalen Bereich, sondern bereits eine ernstzunehmende Symptomatik, so vermitteln wir in **Kinder- und Jugendpsychotherapie** (falls sich das Kind oder der*die Jugendliche nicht so wieso in therapeutischer Behandlung befindet). Diese Weitervermittlung gelingt nicht immer. In manchen Fällen scheitert sie an der mangelnden Mitwirkung der Eltern(teile) – an dem Mangel an Erkenntnis und Verständnis des Bedarfs, an Durchhaltevermögen, an Konsequenz im Verfolgen von Maßnahmen zum Wohle des Kindes („Ja, wenn er doch da nicht hingehen möchte? Ich kann ihn doch nicht dazu zwingen!“). Dazu gesellen sich die häufig langen Wartezeiten hinsichtlich des Beginns einer Therapie und, gerade im ländlichen Gebiet, deren oftmals schwierige Erreichbarkeit. Infolgedessen verbleiben die Kinder und Jugendlichen nicht selten über lange Zeiträume im Angebot Wiesel, manchmal auch länger als in regulärer Kinder- und Jugendpsychotherapie.

Teilnahme an Gruppen & Verweildauer bei Wiesel



Grafik 2: Dauer des Verbleibs der Kinder und Jugendlichen im Angebot Wiesel (mit freundlicher Genehmigung der Hochschule für Technik und Wirtschaft des Saarlandes, Studiengang Pädagogik der Kindheit). Schwarz: Kinder und Ju-

gendliche, die nicht an einer Gruppe teilnahmen (Kinder und Jugendliche mit Einzelkontakten oder ausschließlich Elternkontakte). Grau: Gruppenteilnahme

Entsteht unsererseits der Eindruck, dass das Kind oder der/die Jugendliche aufgrund der mangelnden elterlichen Mitwirkung im Wahrnehmen einer Kinder- und Jugendpsychotherapie (oder auch in der Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) gefährdet ist, so handeln wir gemäß dem Schutzauftrag bei **Kindeswohlgefährdung** (§ 8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes) – wie im Übrigen bei anders gearteten Gefährdungsmomenten auch. Generell sind Kinder aus suchtbelasteten Familien in erhöhtem Maße von Kindeswohlgefährdungen betroffen – in einigen Fällen ist die Herausnahme des Kindes oder Jugendlichen unumgänglich. So leb(t)en von den von uns betreuten Kindern und Jugendlichen (gemäß der internen Auswertung) bei Eintritt in das Angebot Wiesel 15 Prozent in stationären Jugendhilfeeinrichtungen, bei Pflegeeltern oder in Verwandtschaftspflege.

Es ist davon auszugehen, dass sich in den Gruppen für Kinder aus suchtbelasteten Familien auch Kinder wiederfinden, die unter einem **FASD** (Fetale Alkoholspektrumstörung, ein Spektrum an vorgeburtlichen Schädigungen durch den Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft) leiden. Nach der o.g. internen Auswertung der von uns im Verlaufe von zwölf Jahren betreuten Kindern und Jugendlichen konnten wir bei etwa jedem fünften Kind mit einer alkoholkranken Mutter entsprechende Stigmata und Verhaltensauffälligkeiten beobachten. Dabei fehlte in den allermeisten Fällen eine valide Diagnostik; nur einige wenige Mütter räumten ein, während der Schwangerschaft getrunken zu haben. Dabei ist gerade die Diagnose eines FASD Voraussetzung für adäquate, spezielle Hilfestellungen (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017). Mütter (und auch Väter) auf eine mögliche vorgeburtliche Schädigung ihres Kindes anzusprechen und Wege zur Diagnostik aufzuzeigen, erscheint ebenso diffizil wie unabdingbar.

Nicht nur unter Berücksichtigung den beiden letztgenannten Punkte (Kindeswohlgefährdungen und FASD) erachten wir eine enge Kooperation zwischen Suchthilfe, Jugendhilfe und Medizinischem Dienst (Kinder- und Jugendärzt*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Gesundheitsämter, aber auch z.B. der Substitutionsmedizin) wesentlich, um den Kindern und Jugendlichen zu bestmöglichen Entwicklungsbedingungen zu verhelfen.

Aufbau des Handbuchs

Die folgende Materialsichtung und -sammlung ist im Verlauf des zwölfjährigen Bestehens des Angebots Wiesel entstanden. Sie setzt sich aus Methoden, Büchern, Filmen, Texten etc. zusammen, die zu einem großen Teil andernorts entstanden, von uns übernommen, teils abgewandelt oder ergänzt worden sind, sowie Methoden, die wir selbst entwickelt haben. Soweit möglich, sind Quelle und Urheberschaft angegeben (ggf. angepasst Wiesel). An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei allen Autor*innen und Projekten bedanken, die uns das Einverständnis zur Verwendung ihrer Schriften und Konzepte gegeben haben! Der breite Fundus an Herangehensweisen erleichtert die Arbeit in Settings, die nicht zeitlich terminiert sind, sondern wie in Wiesel fortlaufend bestehen. Sodass a) noch nach Jahren neue und innovative Ansätze für die Arbeit mit den b) ja auch individuell sehr unterschiedlichen Kindern und Jugendlichen zur Verfügung stehen. Die Veröffentlichung erscheint uns zudem wichtig in Anbetracht des unserer Ansicht nach dringenden Bedarfs nach einem Ausbau präventiver Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Zu Beginn werden Methoden aufgeführt, die dem Gruppenfindungsprozess dienen und Kohäsion herstellen. Im folgenden Teil werden Methoden vorgestellt, die sich zum themenspezifischen Arbeiten mit den Kindern und Jugendlichen eignen (wie Selbstbild, Familie, Gefühle, Suchterkrankung in der Familie, Suchtprävention). Darin integriert finden sich zum Teil bereits existierende Medien in Form von Broschüren, Büchern, Filmen und Musik – diejenigen, die wir regelmäßig verwenden. Weitere Literaturverweise, auch zu verwandten Themen wie Elternteile mit psychischen Erkrankungen sind im Anhang aufzufinden. Im dritten Teil werden Freizeitaktivitäten aufgeführt und der vierte Teil ist unterschiedlichen Settings, in denen Elternberatung stattfinden kann, gewidmet.

Einige Methoden, die einem bestimmten Themenkomplex zugeordnet sind, hätten sich durchaus auch unter anderen Rubriken unterbringen lassen. Hier findet sich jeweils ein Querverweis. Die Chronologie in der Vorstellung der Methoden innerhalb eines Themenkomplexes oder innerhalb einer Rubrik verläuft entlang der Achsen: Alter (aufsteigend von Methoden für jüngere Kinder hin zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen), Spezifik (unspezifisch – spezifisch zugeschnitten auf die Zielgruppe) und logischer Aufbau (d. h., Methoden, die aufeinander aufbauen, werden nacheinander vorgestellt, z. B. im Kapitel 1.2.7 Suchtprävention: zunächst Methoden, die das Wesen einer Abhängigkeitserkrankung aufgreifen, dann der „Suchteimer“, für den man schon einen Begriff von Abhängigkeit

haben muss). Die Methoden sind jeweils nach Altersklasse, Zielsetzung, Durchführung und ggf. Anmerkungen systematisiert. Zum Teil sind sie auch mit Fallbeispielen versehen. Dabei wurden die Namen der Kinder und Jugendlichen geändert. Zudem findet sich ein Symbol, das kenntlich machen soll, ob sich die Methode für das Gruppen- [G], das Einzel- [E] oder das Familiensetting [F] anbietet. Die Altersangaben sind jeweils nur als Orientierungspunkte zu verstehen; oft entsprechen die Kinder und Jugendlichen in ihrem Entwicklungsstand nicht dem biologischen Alter – sie sind entweder in ihrer Entwicklung akzeleriert oder retardiert. Auch in den Gruppen finden sich zumeist unterschiedlich weit gereifte Kinder und Jugendliche, was eine Anpassung der eingesetzten Vor- und Herangehensweisen erfordert. Das vorliegende Handbuch soll generell dazu anregen, eigene passgenaue, auch individuell zugeschnittene Methoden zu entwickeln. In manchen Fällen lassen sich in deren Entstehung auch die Kinder und Jugendlichen selbst mit einbeziehen (s. Kap. 1.2.6). Schließlich findet die Arbeit mit Methoden nicht ohne Beziehung statt. Es lässt sich zumindest von einer Wechselwirkung sprechen – wenn nicht die Beziehungsgestaltung den maßgeblichen, wirksamen Faktor in der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien darstellt.

Unser Dank gebührt dem Caritasverband Schaumberg-Blies e.V., der unsere Arbeit ermöglicht, sowie den Kooperationspartnern und Finanzierungsträgern von Wiesel: den beiden Landkreisen Neunkirchen und St. Wendel sowie dem Land (Saarland: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie). Insbesondere danken wir Herrn Dr. Horst Arend, der sich unermüdlich für die Förderung, das Fortbestehen des Angebots Wiesel und schließlich dessen Etablierung in die saarländische Regelversorgung eingesetzt hat. Neben der Fachdienstleitung möchten wir weiteren Kolleg*innen innerhalb des Beratungs- und Behandlungszentrums danken: den Mitarbeiterinnen aus dem Fachbereich „Prävention und Frühintervention“, die uns mit den Methoden zur Suchtprävention vertraut machten (insbesondere Frau Ute Müller-Biehl), den Kolleg*innen aus den Fachstellen „Beratung und Behandlung“ sowie „Psychosoziale Begleitung Substituierter“, die die betroffenen Elternteile – und somit deren Kinder – an uns vermitteln, und Herrn Johannes Thiele, der an der Erstellung des vorliegenden Buches beteiligt war. Nicht zuletzt richtet sich unser Dank an die vielen Kinder und Jugendlichen und deren Eltern, mit denen wir im Verlauf der zwölf Jahre Wiesel gearbeitet haben sowie an Frau Susanne Drewes, die uns in dieser Arbeit supervisorisch begleitet.

Literatur

- AFET Bundesverband für Erziehungshilfe (2019). **Abschlussbericht Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern.**
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2003): **Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen.** 9. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Black, C. (1988): **Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene.** Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2013): **Kinder- und Jugendhilfe – Sozialgesetzbuch – Achtes Buch.** Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2017): **Die Fetale Alkoholspektrumstörung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis.**
- Ehrenfried, T., Heinzlmann, C., Kähni, J. & Mayer, R. (2001): **Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis.** Balingen: Eigenverlag.
- Klein, M. (2005): **Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen.** Regensburg: Roderer.
- Klein, M. (2005): Kinder aus suchtblasteten Familien. In: Thomasius, R. & Küstner, U. (Hg.) **Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention**, S. 52–59. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, M. (Hg.), **Kinder und Suchtgefahren**, S. 114 – 127. Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013): **Kinder aus suchtblasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm.** Göttingen: Hogrefe.
- Lachner, G. & Wittchen, H.U. (1995): **Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.** Zeitschrift für Klinische Psychologie 24, S. 118–146.
- Mayer, Reinhardt (2003): **Wirklich?! Niemals Alkohol?! Problemskizzierung zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker.** Balingen: Eigenverlag.
- Mohra, S., Linnenberger, J. & Carius R. (2018): **Suchtprävention und soziale Arbeit mit der Natur.** Luxemburg: CePT-Centre de Prevention des Toxicomanies.