



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Studiengang Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

zur
Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Hilfen der Sozialen Arbeit für Familien mit Suchterkrankung

Name: Annalena Reis
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2023-0457-6
Erstprüfer*in: Frau Prof.in Dr.in Jutta Helm
Zweitprüfer*in: Herr Prof. Dr. Thomas Markert
Abgabedatum: 10.07.2023

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1-3
2. Eigenschaften und Folgen einer Suchtkrankheit.....	3
2.1. Allgemeine Information über Sucht	3-5
2.2. Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen aus Sucht belasteten Familien	6-8
2.2.1. Rollen, die Minderjährige einnehmen	8-10
2.3. Konsequenzen des Aufwachsens in einer suchtkranken Familie	10-12
3. Wissenschaftliche Ansätze der Hilfemaßnahmen	12
3.1. Die Ziele der Angebote	12-15
3.2. Die angewandten Methoden und Verhaltensweisen.....	15-20
3.2.1. Resilienzfaktoren nach Wolin und Wolin	20-22
3.2.2. Unterstützungsansätze für eingenommene Rollen.....	22-24
3.3. Jugendhilfe und Suchthilfe	24-26
4. Analyse von Hilfsmaßnahmen	26
4.1. Vorstellung des „Trampolin“- Programms	26-30
4.2. Analyse des „ECHT STARK“ Projekts	30-34
4.3. Analyse des „Wiesel“ Angebotes.....	34-38
5. Zusammenfassung	38-39
Literaturverzeichnis	

Einleitung

In dieser Bachelorarbeit wird die Thematik von Hilfsmaßnahmen der Sozialen Arbeit in Familien mit Suchterkrankung behandelt. Die Disziplin der Sozialen Arbeit beschäftigt sich mit den Menschen und der Komplexität ihrer Probleme. Aus diesem Grund ist es für die Fachkräfte wichtig, sich weiterzubilden und die Hilfsmaßnahmen, welche sie ihren Klienten*innen anbieten, regelmäßig zu überprüfen und neu zu konzipieren. Nach diesem Prinzip werden in der folgenden Arbeit Hilfsmaßnahmen, Projekte und Konzepte, in welchen die Disziplin der Sozialen Arbeit beteiligt ist, für Sucht belastete Familien kritisch überprüft. Eine kritische Auseinandersetzung mit den Maßnahmen ist erforderlich. Derzeit leben in Deutschland, nach einer Studie aus dem Jahr 2018, um die 600.000 Menschen, die regelmäßig Cannabis und andere illegale Substanzen konsumieren. Die Anzahl der Menschen die rauchen, liegt bei 12 Millionen Personen. In Deutschland gibt es rund 1,6 Millionen Menschen, die alkoholabhängig sind, bei diesen wird geschätzt, dass die Dunkelziffer weitaus höher ist. Es ist davon auszugehen, dass zurzeit 500.000 Menschen in der Bundesrepublik an einer Spekulationssucht leiden. Um ein Minimum höher ist die Anzahl der Personen, die online abhängig sind (vgl. Sucht und Drogen, BMG, 2023). Der Anteil an suchtkranken Menschen, die eigene minderjährige Kinder haben, liegt bei 28 %. Auffällig hierbei, dass Menschen, die eine Spekulationssucht (allgemein bekannt als Spielsucht) haben, ebenfalls häufiger Eltern sind. So haben von zehn spielsuchtkranken Menschen drei bis vier eigene minderjährige Kinder (36 %). Der Anteil von eigenen minderjährigen Kindern bei Alkoholkranken liegt bei 28,3 %.

Im Schnitt leben in einem Haushalt mit Sucht belasteten Eltern 1,7 Kinder (vgl. Schwarzkopf et al. 2022: 29-32). Nach einer anderen Statistik aus dem Jahr 2017, gibt es rund drei Millionen Minderjährige, bei denen ein oder beide Elternteile eine Suchterkrankung haben (vgl. Bundesministerium 2017: 83). Diese Arbeit verfolgt die Ziele, über die Thematik aufzuklären sowie Möglichkeiten für Betroffene aufzuführen. Ebenso Fachkräfte für Problemlagen dieser Klienten*innen zu sensibilisieren und hierbei insbesondere auf die Kinder und Jugendlichen einzugehen, die in Sucht belasteten Familien leben. Das letzte Ziel dieser Bachelorarbeit ist die Anregung der kritischen Auseinandersetzung mit den angebotenen Maßnahmen.

Die primäre Frage dieser Bachelorarbeit lautet: „Inwiefern sind Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien hilfreich in der sozialen Arbeit?“. Unter dem Begriff „Maßnahmen“ werden hierbei alle Hilfsangebote, soziale Gruppen, Beratungen, Projekte oder Konzepte, welche die Disziplin der Sozialen Arbeit anbietet, aufgezeigt. Bei den im Anschluss präsentierten Maßnahmen werden lediglich Angebote der Sozialen

Arbeit aufgeführt. Auf Hilfsangebote von anderen Disziplinen wird nicht näher eingegangen. Die Zielgruppe der Arbeit sind Kinder und Jugendliche mit suchtkranken Eltern. Die Begrifflichkeiten „Kinder“ und „Jugendliche“ werden in dieser Arbeit folglich wie im Jugendschutzgesetz definiert. Demnach sind alle Personen, welche das vierzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, als Kinder zu bezeichnen. Alle Menschen, welche sich zwischen dem vierzehnten und achtzehnten Lebensjahr befinden, werden als Jugendliche verstanden (JuSchG, § 1 „Begriffsbestimmung“). „Hilfreich“ ist im Kontext dieser Arbeit als zielführend („Können die Ziele dieser Maßnahme erfüllt werden?“) und unterstützend („Wurde den Familien so geholfen, dass sie selbst helfen können?“) zu verstehen. Auf die Begriffe „Sucht“ und „Suchtkrankheit“ wird im nächsten Kapitel näher eingegangen. Mit der Bezeichnung „Familie“ sind Menschen zu verstehen, die eine verwandtschaftliche Beziehung zu einem Suchtkranken haben und/oder mit einem Suchtkranken im gleichen Haushalt wohnen.

In der Arbeit werden zusätzlich sekundäre Fragen bearbeitet. Eine dieser Fragen ist, was unter einer Suchtkrankheit verstanden und ab wann von einer Sucht gesprochen wird. Zusammenhängend mit diesen Fragen, ist die Frage nach den Symptomen einer Suchtkrankheit. Im weiteren Verlauf der Bachelorarbeit wird beantwortet, welche Anzeichen auf eine Suchtkrankheit in einer Familie hindeuteten. Bei dieser Frage werden hauptsächlich die Verhaltensweisen behandelt, die eine Sucht belastete Familie aufzeigt. Es wird im folgenden Text ebenfalls auf Problemsituationen und Konsequenzen eingegangen, mit denen suchtkranke Eltern konfrontiert werden. Diese Thematiken werden zu Beginn dieser Arbeit behandelt und erläutert, um ein allgemeines Verständnis der Lebenswelt der Menschen, die dieses Problem haben, zu bekommen.

Mithilfe dieses allgemeinen Verständnisses der Realität von Sucht belasteten Familien, wird näher auf die Frage nach den Maßnahmen eingegangen. Eine Frage, die es dafür zu beantworten gilt ist, welche Angebote die Soziale Arbeit anbietet. Der Begriff „Angebote“ wird hierbei als Synonym für Maßnahmen verstanden und meint anhand Projekte, Programme, Beratungen, Konzepte und weitere Möglichkeiten der Sozialen Arbeit Hilfe für betroffene Familien anzubieten. Die Ziele der Angebote sind ebenfalls zu nennen sowie die Wahrscheinlichkeit, dass diese erreicht werden. Eine weitere Frage bezüglich der Maßnahmen ist, an welche Rolle in der Familie sie sich richten.

Zum Aufbau dieser Bachelorarbeit werden im ersten Kapitel die allgemeinen Fragen zur Sucht und Suchtkrankheit beantwortet und es erfolgt die Definition weiterer Begrifflichkeiten. Im dritten Kapitel werden die verschiedenen Maßnahmen vorgestellt und beschrieben. In diesem Abschnitt werden die im oberen Teil genannten Fragen behandelt. Im Anschluss werden drei Angebote der Sozialen Arbeit aufgeführt und

kritisch analysiert. Analysiert wird, inwiefern die Maßnahmen die Ziele erfüllen, die sie sich gestellt haben. Ebenfalls wird untersucht, welche positiven wie negativen Konsequenzen die Klienten*innen nach der Teilnahme an den Angeboten erfahren haben. In einem weiteren Kapitel werden zusätzliche Hilfsmittel, Materialien und Orte aufgeführt und erläutert, die Klienten*innen mit Suchtproblem Unterstützung und Hilfe anbieten. In diesem Kapitel werden auch Unterstützungsangebote von anderen Disziplinen oder Angebote, bei denen die Soziale Arbeit mit anderen Disziplinen zusammenarbeitet, vorgestellt. Zum Ende dieser Arbeit werden alle gesammelten Erkenntnisse zusammengefasst.

2. Eigenschaften und Folgen einer Suchtkrankheit

Das nachfolgende Kapitel handelt von den Eigenschaften der Suchtkrankheit. Es wird darauf eingegangen, ab wann das Konsumieren einer Substanz oder ein Wiederauftretensverhalten als Sucht eingestuft wird. Im Zusammenhang mit einer konkreten Begriffserklärung werden einige Kennzeichen der Krankheit sowie Risiken für Kinder und Jugendliche genannt. Im darauffolgenden Kapitel wird auf die Verhaltensweisen von minderjährigen Personen eingegangen, welche in einer suchtkranken Familie aufwachsen. Bei den Aufführungen der Verhaltensweisen werden auch Rollen aufgezeigt, welche Kinder und Jugendliche einnehmen können. Im Anschluss wird konkreter auf Konsequenzen eingegangen, die eine Kindheit mit suchtkranken Eltern mit sich bringt.

2.1. Allgemeine Information über Sucht

Im Jahr 1952 hat die WHO zum Thema Sucht eine gemeinsame Erklärung veröffentlicht. In dieser Veröffentlichung wurden einige Kriterien genannt, ab welchem Punkt die Einnahme eines Stoffes oder die Wiederholung einer Handlung als Sucht und somit als Suchtkrankheit verstanden wird. Die WHO legte fest, dass es sich bei einer Sucht um ein wiederkehrendes Ereignis handelt. Bei der suchtkranken Person muss zudem eine Art zwanghaftes Bedürfnis vorliegen, das Verhalten zu wiederholen oder den Konsum der Droge fortzusetzen. Hierbei wird die Dosierung und Intensivierung der Substanz stetig erhöht und das Verhalten der suchtkranken Person verändert sich. Die Person zeigt psychische und körperliche Symptome, die durch das eingenommene Mittel hervorgerufen werden. Der suchtkranke Mensch wird durch das Einnehmen der Substanz oder das wiederkehrende Verhalten an der Teilnahme an den gesellschaftlichen Ereignissen verhindert und ausgegrenzt (vgl. Kammerer 2000: 12).

Die oben genannten Punkte sind allgemeine Aspekte, auf die sich international geeinigt wurde. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) hat noch weitere Faktoren festgelegt, um bestimmen zu können, ob eine Suchtkrankheit vorliegt. Ein Punkt ist das Wegfallen von Kontrolle, wenn eine Person nicht mehr selbst entscheiden kann, ob er/sie konsumiert oder nicht. Ein weiterer Faktor ist, ob Entzugserscheinungen auftreten, wenn das Suchtmittel wegfällt oder nicht verfügbar ist. Der letzte zusätzliche Punkt der DHS ist, wenn eine Person den Konsum fortsetzt, obgleich er/sie die Nebenwirkungen kennt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 24).

Jede Art von Sucht ist unterschiedlich und hat verschiedene Erscheinungsformen. Süchte, bei denen das Suchtmittel eine Substanz, wie Alkohol, Drogen, Tabak oder Tabletten sind, haben einige Folgen und Symptome gemeinsam. Darunter sind beispielsweise körperliche Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit oder Veränderung des Hautbildes. Ebenfalls kommt es zu seelischen Folgen wie Unruhe, starke Stimmungsschwankungen oder Abnahme der geistigen Leistungen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 26-27). Hierbei ist anzumerken, dass es sich dabei nicht um alle Folgen und Symptome handelt. Die zuvor genannten kommen lediglich bei mehreren verschiedenen Suchtformen vor. Viele Menschen, welche eine Suchtkrankheit haben, besitzen zusätzlich noch eine psychische Störung, wie Depression. Wenn dies der Fall ist, wird von einer Comorbidität gesprochen (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 40).

Eine Suchtkrankheit unterliegt einer Entwicklung. So sind bei einer Sucht vier Phasen auszumachen, welche die abhängige Person und auch ihre Angehörige durchlaufen. Allerdings ist anzumerken, dass die Angehörigen nicht alle Phasen durchlaufen und diese bei ihnen anderes ablaufen. Die erste Phase ist die „Lernphase“. In dieser Phase wird das Objekt der späteren Sucht ausprobiert. Hier stellen die abhängigen Menschen oftmals fest, dass ihnen die Wirkung, die sie bekommen, gefällt. Der Name der zweiten Phase ist die „Suchphase“. In dieser steigern die Menschen die Intensität des Konsums. Die Personen wünschen sich dieselbe Wirkung wie in der „Lernphase“. Die Einnahme des Mittels oder die Ausführung einer Handlung wird zum Ritual (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 32). In den ersten beiden Phasen sind die Angehörigkeit des Abhängigen in der „Unterstützungsphase“. Die Menschen werden in ihrer Sucht unterstützt und manchmal wird ihnen auch noch geholfen, die Substanz zu beschaffen. In der „Lernphase“ wird die Sucht in den meisten Fällen gebilligt, besonders, wenn es sich um ein legales Mittel handelt. In der „Suchphase“ werden für die Abhängigen Entschuldigungen und Ausreden erfunden, wie beispielsweise „Einmal einen Blackout haben ist doch ganz normal.“ Jedoch entstehen bereits in der „Unterstützungsphase“ Spannungen in der Familie und es kommt häufiger zu Streit (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 34). Nach der „Suchphase“ folgt bei den

suchtkranken Menschen die Phase „der schädlichen Konsequenzen“. In dieser Phase erfahren die Personen die Nebenwirkungen ihres Konsums. Folgen, wie bereits in diesem Kapitel genannt, können eintreten. Die körperliche und geistige Verfassung der Menschen wird eingeschränkt. In der letzten Phase benötigen die abhängigen Menschen ihr Suchtmittel oder ihre Handlung, um sich wieder „normal“ zu fühlen sowie um Entzugserscheinungen vorzubeugen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 32). In den letzten beiden Phasen der Abhängigen verändert sich auch das Verhalten der Angehörigen. Auf dieses veränderte Verhalten der Angehörigen wird genauer im folgenden Abschnitt dieses Kapitels eingegangen.

In dieser Arbeit werden besonders die Kinder und Jugendlichen, welche in einer Familie mit einem oder zwei suchtkranken Elternteile aufwachsen, betrachtet. In der Einleitung wurde bereits auf eine Studie hingewiesen, die besagt, dass rund drei Millionen Minderjährige in einer Familie mit einer Suchtkrankheit aufwachsen (vgl. Bundesministerium 2017: 83). Menschen, die mit suchtkranken Eltern aufwachsen, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, körperlich, geistig oder seelisch von ihren Personensorgeberechtigten missbraucht zu werden (vgl. Lindemann 2006: 20). Als Jugendliche probieren sie sich schon früher als ihre Gleichaltrigen mit Alkohol oder Zigaretten aus (vgl. Klein et al. 2013: 12). Diese Kinder haben ebenso eine sechsmal höhere Wahrscheinlichkeit selbst eine Suchtkrankheit zu entwickeln (vgl. Oswald/Meeß 2018: 174; Klein et al. 2013: 12). Bei Mädchen, deren Mütter eine Alkoholsucht hatten, ist die Wahrscheinlichkeit ebenfalls eine zu entwickeln, sechzehnmal so hoch (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 52). Mithilfe dieser Erkenntnisse lassen sich die nächsten beiden Ergebnisse erklären. Zum einen wurde festgestellt, dass in Entzugskliniken (in der Literatur wurde von einer Entzugsklinik für eine Alkoholabhängigkeit geschrieben) rund jeder dritte Patient aus einer Familie mit suchtkranken Eltern kommt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 52; Zobel 2008: 55). Die zweite Erkenntnis, die sich mit der hohen Wahrscheinlichkeit erklären lässt ist, dass sich Suchtkrankheiten über Generationen hinweg vererbt werden (vgl. Lindemann 2006: 12). Bei den weiblichen Kindern und Jugendlichen ist das Risiko, dass sie sich einen suchtkranken Partner suchen, doppelt so hoch wie bei Frauen, die nicht in einer Sucht belasteten Familie aufgewachsen sind. Ebenfalls sind Minderjährige mit suchtkranken Eltern anfälliger eine Angststörung zu entwickeln, als andere Gleichaltrige (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 52).

2.2. Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen aus Sucht belasteten Familien

Kinder und Jugendliche, die mit einem oder zwei suchtkranken Eltern aufwachsen, müssen sich Situationen und Herausforderungen stellen, welche andere ihres Alters nicht erleben. Durch diese einzigartigen Umstände unterscheidet sich die Gefühlswelt und Verhaltensweise dieser Heranwachsenden von denen anderer. Im folgenden Abschnitt wird darauf eingegangen.

Eltern, welche unter einer Suchtkrankheit leiden, glauben häufig, dass ihre Kinder nichts von ihrer Krankheit bemerken. Diesen Irrglauben entwickeln sie, da das Kind doch gut in der Schule ist oder die/das Eltern(teil) nicht vor den Minderjährigen konsumiert (vgl. Lindemann 2006: 19). Die Vorstellung der Eltern entspricht allerdings nicht der Wirklichkeit. Bereits Babys haben ein Gespür entwickelt, um die Emotionen der Eltern zu erkennen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 42). Auf dieses Gespür sind Kleinkinder angewiesen, um die Reaktionen der Eltern zu verstehen und zu überleben.

Wenn Eltern eine Suchtkrankheit entwickeln, verändern sich ihre Prioritäten. Das Sicherstellen des nächsten Konsums ist in den meisten Fällen wichtiger als Partner*in oder Kind*er. Dieses veränderte Verhalten führt zu einem Wandel in der Eltern-Kind-Beziehung. Die Eltern, welche eine Suchtkrankheit haben, übergehen in vielen Fällen die emotionalen Signale ihres/ihrer Kindes*er. Im Gegenzug vermitteln die Eltern oder der Elternteil dem/den Kind*ern widersprüchliche Emotionen. Auf die widersprüchlichen Signale der Eltern wird zu einem späteren Punkt in dem Kapitel noch näher eingegangen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 65; Lindemann 2006: 25; Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 33). Die Kinder und Jugendliche haben oft Schwierigkeiten, die verschiedenen Gefühle ihrer Sucht belasteten Eltern zu verstehen. Aus Angst verletzt zu verwenden, gewöhnen sich viele dieser Minderjährigen an, ihre Gefühle zu verbergen. Als Konsequenz gelingt es den Kindern und Jugendlichen nicht, gesunde und intime Verbindungen zu ihren Mitmenschen aufzubauen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 26, 66; Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019:47; Barnowski-Geiser 2015: 80). Kinder und Jugendliche mit einem oder zwei suchtkranken Eltern haben einen weniger ausgeprägten Sinn von Moral, Werten oder Normen. Der/ die Personensorgeberechtigte*n verhalten sich oft nicht vorhersehbar. Barnowski-Geiser (2015) beschrieb in seinem Buch, das alltägliche Leben mit einer Metapher aus der Mathematik, dass sich die Minderjährigen zwischen zwei Extrempunkten bewegen. Diesen Extremen versuchen die Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden. Dies führt dazu, dass es immer wieder andere Regeln gibt, die eingehalten werden sollen. Als Konsequenz sind die Minderjährigen häufig verwirrt, haben Angst und tragen eine große

Unsicherheit in sich, da sie nicht wissen was sie zu Hause erwartet. Dadurch lernen die Kinder und Jugendlichen die Fähigkeit, sich flexibel neuen Situationen anzupassen (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 54-56; Zobel 2008:43; Oswald/Meeß 2018: 51; Lindemann 2006: 26).

Die Sucht wird in den Familien in beinahe allen Fällen als ein Tabu-Thema behandelt. Häufig kennen die Kinder und Jugendlichen nicht das Problem, sondern merken nur, dass es da ist. Zu der Weigerung der Eltern über das Thema der Sucht offen in der Familie zu sprechen, kommt hinzu, dass von außen niemand von der Suchtkrankheit erfahren soll, weshalb die Familie anfängt, andere Mitmenschen zu täuschen (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 27-28, 69-70; Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 34-35). Die Familie erschafft Regeln, an welche sich alle Mitglieder halten. Typische Regeln, welche Wegscheider (1988) für Familie mit einer Alkoholsucht aufgestellt hat, lassen sich auf andere Suchtarten übertragen. Darunter sind „Niemand darf darüber reden, was ‚wirklich‘ los ist.“, „Niemand darf sagen, wie er/sie sich fühlt.“, „Jeder ermöglicht die Sucht, bewusst oder unterbewusst.“ und „Der Status quo muss unbedingt erhalten bleiben, koste es, was es wolle.“ (vgl. Zobel 2008: 43).

Die Regeln, das Verbot über die Sucht zu sprechen und der Schein nach Außen führen dazu, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen eine Reihe an negativen Gefühlen entwickeln. Die Emotionen, die sie verspüren sind häufig Scham, Angst, Schuld oder Einsamkeit. Die Minderjährigen schämen sich für ihre Eltern, für ihre Krankheit und das damit verbundene Verhalten (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 74). Durch Scham vor der Krankheit und dem Verbot der Eltern über die Probleme zu sprechen, kapseln sich Kinder und Jugendliche oftmals von ihrem Freundeskreis und der Gesellschaft ab. Die Minderjährigen entwickeln Angst, dass Freunde die Sucht entdecken könnten, weswegen sie den Kontakt zu vermeiden versuchen. Ebenso kann es passieren, dass die schulischen Leistungen unter der elterlichen Suchtkrankheit leiden. Wenn dies der Fall ist, suchen die Eltern häufig die Schuld bei dem Kind, um den Schein nach außen zu wahren (vgl. Lindemann 2006: 27; Barnowski-Geiser 2015: 76; Schay et al. 2021: 52). Aufgrund der hohen Belastung, unter welcher die Minderjährigen permanent stehen, wird es ihnen erschwert sich altersgerecht zu entwickeln. In den meisten Fällen ist ihre Wahrnehmung und ihr Selbstbild stark verschoben. Häufig geben sich die Kinder die Schuld für die elterliche Sucht (vgl. Lindemann 2006: 26; Oswald/Meeß 2018: 51).

Durch das Aufwachsen mit einem oder zwei suchtkranken Eltern ergeben sich für Minderjährige einige Konsequenzen gegenüber anderen Gleichaltrigen. In der Schule haben sie häufiger Probleme, die Leistung zu erreichen, die von ihnen verlangt wird. Des Weiteren schneiden sie in Intelligenztests nicht gut ab. Ihre Sprache ist größtenteils nicht

dem Alter entsprechend ausgebildet. Die Kinder und Jugendlichen neigen zu Aufmerksamkeitsstörungen. Sie leiden im Vergleich zu anderen Minderjährigen häufiger unter Depressionen und anderen somatischen und psychosomatischen Symptomen (vgl. Zobel 2008: 48). Wenn die Minderjährigen Depressionen oder andere psychische Krankheiten entwickeln, beginnen sie in vielen Fällen mit Selbstmedikation (vgl. Klein et al. 2013: 13; Barnowski-Geiser 2015: 23). Für Kinder und Jugendliche, bei welchen beide Elternteile suchtkrank sind, ist die Wahrscheinlichkeit höher, Comorbidität zu entwickeln (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 40). Weiterhin ist es für sie wichtig, dass sie eine Bezugsperson außerhalb ihrer Familie haben. Mit dieser können sie lernen, wie gesunde Beziehungen geführt werden, gesellschaftlich anerkannte Werte und Normen übernehmen, sowie im Gespräch lernen, wie mit Gefühlen richtig umzugehen ist (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 76; Lindemann 2006: 17; Klein et al. 2013: 16).

Des Weiteren unterstützen Kinder und Jugendliche Resilienzfaktoren, welche sie entwickeln können. Resilienzfaktoren helfen den jungen Menschen, mit schwierigen oder traumatischen Situationen umzugehen. Wustmann (2004) benannte sechs Resilienzfaktoren für Kinder und Jugendliche: positives Selbstkonzept, Selbstvertrauen; Problemlösungs- und Kommunikationsfähigkeiten; hohe Selbstwirksamkeitsüberzeugung; internale Kontrollüberzeugungen; kognitive Kompetenzen; hohe soziale Kompetenz und damit verbunden die Fähigkeit, sich Unterstützung von anderen Menschen zu holen (vgl. Klein et al. 2013: 14-15). Wolin und Wolin (1995,1996) beschreiben weitere sieben Eigenschaften, die Kinder und Jugendliche schützen: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehung, Initiative, Kreativität, Humor und Moral (vgl. Lindemann 2006: 17; Klein et al. 2013: 15).

2.2.1. Rollen, die Minderjährige einnehmen

Kinder und Jugendliche, welche in einer Suchtfamilie aufwachsen, entwickeln Strategien, die es ihnen leichter machen, mit der familiären Situation umzugehen. Mit verschiedenen Taktiken schaffen die Minderjährigen Rollen, die sie einnehmen. Diese Rollen behalten sie oftmals bis ins Erwachsenenalter bei. Die nachfolgend beschriebenen Rollen sind nicht ausschließlich bei Kindern von suchtkranken Eltern beschränkt. Es ist möglich, dass das Annehmen einer dieser Rollen auch einen anderen Grund hat (vgl. Lindemann 2006: 20-21, 24).

Die erste Rolle ist die des „verantwortungsvollen Kindes“. Diese Kinder und Jugendliche übernehmen viele Aufgaben der Eltern und helfen diesen gerne, in der Hoffnung auf Anerkennung. Der Ehrgeiz der Anerkennung führt dazu, dass die Kinder die Rolle der

Eltern mit einnehmen. Diese Minderjährigen haben häufig eine große Angst, Fehler zu machen und setzen sich damit unter Druck. In der Schule erleiden sie oft Mobbing-erfahrungen. Ebenso haben diese Kinder eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter selbst eine Suchtkrankheit zu entwickeln (vgl. Lindemann 2006: 21, 28; Barnowski-Geiser 2015: 30, 79, 104-105).

Eine weitere Rolle ist die des „rebellischen Kindes“. Diese Kinder verstellen sich, und überspielen Schuldgefühle sowie Verletzlichkeit mit einem feindseligen und trotzigem Verhalten. In der Schule werden sie von ihren Mitschüler*innen oft geschätzt und zur selben Zeit gefürchtet. Im Buch von Barnowski-Geiser (2015) werden sie als Robin Hood bezeichnet, denn wenn sie anderen Menschen helfen, machen sie dieses oft im Verborgenen. Mit ihrem Verhalten versuchen die Kinder und Jugendlichen, die Aufmerksamkeit von ihren kranken Eltern(teil) wegzulenken. Auch diese Minderjährigen haben ein höheres Risiko, später eine Suchtkrankheit zu entwickeln (vgl. Lindemann 2006: 21-22; Barnowski-Geiser 2015: 107-108).

„Das verlorene Kind“ ist ein Einzelgänger und hat wenige Freunde. In vielen Fällen haben sie ein mangelndes Körpergefühl und leiden unter einem damit verbundenen Übergewicht. Sie stellen sich selbst an zweite Stelle. In der Familie fühlen sie sich nicht angenommen und ziehen sich oft zurück. Sie bevorzugen die Gesellschaft von Tieren und stellen diese über die von Menschen (vgl. Lindemann 2006: 22; Barnowski-Geiser 2015: 114; Oswald/Meeß 2018: 77).

„Das Familienkasper Kind“ wird von vielen Menschen gemocht, da es andere zum Teil zwanghaft versucht zum Lachen zu bringen, selbst wenn das Kind damit über seine Grenzen geht. Dieser Drang kommt aus der Angst heraus, verlassen zu werden (vgl. Lindemann 2006: 22; Barnowski-Geiser 2015: 112-113).

„Das harmonische Kind“ versucht unter allen Umständen Konflikte zu vermeiden, es ist verständnisvoll. Diese Kinder versuchen zu erreichen, dass alle anderen zufrieden sind. Als Erwachsene können sie meist ihre eigenen Bedürfnisse nicht wahrnehmen und durchführen (vgl. Lindemann 2006: 23; Barnowski-Geiser 2015: 109-110).

„Das über-erwachsene Kind“ nimmt seine eigenen Bedürfnisse nicht wahr oder leugnet diese. Die Kinder und Jugendlichen, die diese Rolle einnehmen, sind größtenteils selbstkritisch und versuchen, alles unter Kontrolle zu haben. Emotional erscheinen sie älter als sie sind. Sie kümmern sich mehr um andere, als um sich selbst. Von den gesunden Elternteilen werden sie häufig als Partnerersatz gesehen. Diese Wahrnehmung des Elternteiles kann bis zum Missbrauch des Kindes reichen. Es besteht

das Risiko, dass sich diese Beziehungsdynamik mit der nächsten Generation wiederholt (vgl. Lindemann 2006: 23; Barnowski-Geiser 2015: 30, 80, 110-111; Zobel 2008: 48).

„Das distanzierte Kind“ leugnet seine eigenen Gefühle und die Sucht der Eltern, es geht Konflikten aus dem Weg und wünscht sich, nicht verletzt zu werden. Diese Kinder leben in ihrer eigenen kleinen Welt, in der alles gut ist. Sie lernen keine Lösungsstrategien (vgl. Lindemann 2006: 23-24; Barnowski-Geiser 2015: 49, 102-103).

„Das unverletzbares Kind“ leugnet keine Gefühle und ist meistens am besten in der Lage, etwas an der Situation zu ändern. Diese Kinder sind sehr aufmerksam, bekommen viel mit und können gut mit anderen Menschen umgehen (vgl. Lindemann 2006: 24; Barnowski-Geiser 2015: 106).

2.3. Konsequenzen des Aufwachsens in einer suchtkranken Familie

Das Aufwachsen in einer Familie mit suchtkranken Eltern bringt Herausforderungen und Konsequenzen mit sich. Einige von diesen reichen weit in das Erwachsenenalter hinein. Im folgenden Abschnitt wird auf Konsequenzen eingegangen, welche Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien haben können, wenn sie selbst erwachsen sind.

Kinder und Jugendliche, welche in Familien mit suchtkranken Eltern aufwachsen, sind verpflichtet, ihre eigenen Bedürfnisse als eine sekundäre Priorität, zu behandeln. Als Erwachsene müssen sie daher erst lernen, dass es in Ordnung ist, wenn sie zuerst ihre eigenen Bedürfnisse befriedigen (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 41). Als Erwachsene laufen Kinder von suchtkranken Eltern Gefahr, dass sie ihre eigene Kindheit wiedergutmachen wollen. Aus diesem Grund bauen sie eine nicht geeignete Bindung mit ihren eigenen Kindern auf und übertragen diese elterlichen Aufgaben (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 86-87). Die negativen Gefühle, welche die Menschen in ihrer Kindheit erfahren haben, können in manchen Fällen nie vollständig verarbeitet werden. Dies führt dazu, dass die Menschen Depressionen entwickeln oder sie fühlen sich, als ob sie in ein schwarzes Loch gefallen wären. Häufig können die erwachsenen Kinder auch nicht allein sein und suchen immer die Gesellschaft von anderen Menschen. Sobald sie allein sind, haben sie ein Gefühl des Verlassenseins und der Einsamkeit (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 23-24, 28; Klein et al. 2013: 13). Damit gegen das Gefühl gesteuert wird hilft es, wenn die Menschen Aktivitäten oder stabilen Beziehungen nach gehen, bei denen sie Halt finden sowie Glück und Freude empfinden (vgl. Zobel 2008: 12, 54; Barnowski-Geiser 2015: 19-20). Aufgrund der Ungewissheit, die Kinder und Jugendliche bei ihren suchtkranken Eltern erleben, haben sie selbst wenn sie ausgezogen sind, noch Angst nach Hause zu gehen. Viele der erwachsenen Kinder wissen nicht, woher die Angst rührt

(vgl. Barnowski-Geiser 2015: 53, 55,77). Die Kinder und Jugendlichen sehnen sich nach Liebe und Anerkennung der Eltern. Wenn diese in der Kindheit nicht gegeben wurden, suchen sich die erwachsenen Kinder eine Person als Ersatz für die Eltern, wie Chef*in oder Partner*in. Die Beziehung mit den Bezugspersonen endet häufig nicht positiv, da der Drang nach der Liebe und Zuwendung zu groß wird (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 59-60).

Es bestehen noch weitere negative Konsequenzen, welche die Kinder und Jugendlichen von dem Aufwachsen in Suchtfamilien haben. Ihnen fällt es schwer Vorhaben bis zum Schluss auszuführen und es fällt ihnen leicht zu lügen, auch in Situationen in denen eine Lüge nicht sein müsste. Sie müssen die Kontrolle haben. Sie fühlen sich häufig anderes als andere Menschen. Kinder und Jugendliche benötigen durch ihr Aufwachsen in suchtkranken Familien oft psychosoziale Beratung, psychiatrische und psychologische Psychotherapeuten, psychiatrische Klinikambulanzen und Kliniken sowie psychosomatische Rehabilitationskliniken (vgl. Zobel 2008: 49-50; Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 97).

Den jungen Menschen gelingt es häufig nicht, sich von den Problemen ihre Herkunftsfamilie zu lösen. Die Verhaltensweisen der Eltern werden von den eigenen Kindern übernommen. Sowie zieht sich eine Suchterkrankung über mehrere Generationen hinweg. Es ist möglich, dass selbst eine überwundene Suchtkrankheit den Alltag einer gesamten Familie beeinflusst (vgl. Lindemann 2006: 30; Klein et al. 2013: 13; Barnowski-Geiser 2015: 58).

Die Kinder, welche in Suchtfamilien aufwachsen, lernen in ihrer Kindheit aber auch positive Fähigkeiten. Sie lernen, belastbar zu sein. Häufig ist es ihnen als Erwachsener möglich, viele und schwere Aufgaben an einem Tag zu meistern. Die Betroffenen erkennen dies bei ihrer enormen Arbeitsleistung oftmals nicht. In ihrer Kindheit lernen die Erwachsenen, dass es sich lohnt bei Personen und Vorhaben, in die sie Vertrauen haben, durchzuhalten. Es ist schwer, das Vertrauen von Kindern aus Suchtfamilien zu erlangen. Sobald sie allerdings Vertrauen zu jemandem oder in etwas geschlossen haben, halten sie zu der Person oder ziehen das Vorhaben durch, selbst wenn sie vorübergehend auf Dinge verzichten müssen. An den vorherigen Punkt anknüpfend sind Kinder aus Suchtfamilien sehr treu gegenüber Personen, mit denen sie als „wert“ ansehen, eine Beziehung zu haben. In der Kindheit lernen sie ihre Bedürfnisse außerhalb von der Familie zu befriedigen. Aufgrund dieses Umstandes mussten sie als Kinder lernen, wie positive Interaktionen zwischen Menschen ablaufen. Als Erwachsene verfügen sie über gute soziale Kompetenzen. Im Beruf sind sie häufig die offenen Mitarbeiter*innen. Menschen, die eine Suchtkrankheit haben, besitzen oftmals starke

Stimmungsschwankungen. Dies hängt stark von ihrem Suchtmittel und in welcher Dosierung es eingenommen wurde ab. Für die Kinder dieser Menschen bedeutet das, dass sie nie wissen, wie sich der Elternteil später verhält. Sie lernen schnell den Gemütszustand des Vaters oder der Mutter einzuschätzen und sich auf die gegebene Situation einzulassen. Die Eigenschaften des Feingefühls und Mitgefühls eignen sie sich als Schutzmechanismen an. Diese Fähigkeiten besitzen sie noch im Erwachsenenalter, somit können sie ebenfalls gut die Stimmungen in einer Gruppe einschätzen und wenn nötig verbessern (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 62-67).

3. Wissenschaftliche Ansätze der Hilfemaßnahmen

In diesem Kapitel werden die Herangehensweisen der Hilfsangebote analysiert. Zu diesem Zweck werden konkret die Ansätze in der wissenschaftlichen Literatur betrachtet. Dies beinhaltet Vorgehensweisen, Ziele und unterstützende Ansätze aus literarischen Quellen.

3.1. Die Ziele der Angebote

Hilfsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien verfolgen mit ihren Angeboten Ziele, welche sie erreichen wollen. Im folgenden Unterkapitel wird konkreter auf Ziele eingegangen, welche in der Literatur zu dieser Thematik vertreten sind. An dieser Stelle ist anzumerken, dass in der Literatur die Einzelarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Sucht belasteten Familien Erwähnung findet, allerdings auf diese mögliche Hilfsmaßnahme nicht konkreter eingegangen wurde. In der Literatur wird hauptsächlich Bezug auf Gruppenangebote genommen, weshalb in dieser Bachelorarbeit die Gruppenarbeit behandelt wird.

Im vorherigen Kapitel wurde bereits auf Probleme und Defizite eingegangen, welche Minderjährige entwickeln können, wenn sie mit einem oder zwei suchtkranken Elternteilen aufwachsen. Hilfsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien haben eine Vielzahl an Zielen. Dabei ist das primäre Ziel, die Adressaten*innen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung positiv zu bestärken. Weitere Ziele sind es, die Stärken der Klienten*innen zu fördern und über die elterliche Erkrankung eine altersgerechte Aufklärung zu leisten. Den Adressaten*innen soll es ermöglicht werden, Entwicklungsschritte nachzuholen und zu lernen, wie gesunde Beziehungen aufgebaut und gepflegt werden können (vgl. Schulze et al. 2014: 14; Lindemann 2006: 18; Zobel 2008: 123-124).

Kinder und Jugendliche, welche in einer solchen Familiendynamik aufwachsen, haben, wie im zweiten Kapitel bereits beschrieben, Schwierigkeiten ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen und nach diesen zu handeln. Weiterhin besitzen sie häufig ein Defizit, auf eine gesunde Weise mit ihren Gefühlen und Empfindungen umzugehen. Die Fähigkeiten werden im Elternhaus in den meisten Fällen nicht vermittelt oder den Kindern und Jugendlichen wird beigebracht, dass ihre Empfindungen und Bedürfnisse sekundär sind. Aus diesem Grund ist es ein wichtiges Ziel in einem Gruppenangebot, mit den Klienten*innen gemeinsam über Gefühle zu sprechen. Die Kinder und Jugendlichen sollen lernen, ihre eigenen Emotionen und Bedürfnisse zu erkennen und von denen der anderen zu unterscheiden. Mit dieser Fähigkeit fällt es den Adressaten*innen leichter, ihre Gefühle auf eine gesunde Weise zu äußern oder zu verarbeiten (vgl. Schulze et al. 2014: 78; Oswald/Meeß 2018: 65). Wichtig beim Umgang mit den Emotionen ist es für die Kinder und Jugendlichen zu erlernen, wie sie negative Gefühle verarbeiten. Negative Gefühle sind Angst, Aggressionen, Neid, Hass, Scham oder Chaos.

Ebenso sind soziale Interaktion und Konfliktbewältigung Eigenschaften, welche Klienten*innen mangelhaft oder in einer gesellschaftlich nicht akzeptierten Weise von den Eltern gelernt haben. Adressaten*innen von Gruppenangeboten können sich in Konfliktsituationen häufig nur mit Gewalt verteidigen und argumentieren. Daher ist ein Ziel in der Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien, dass bei einem aufgetretenen Konflikt alle Mitglieder (Klienten*innen und Fachkräfte) zusammenkommen. Bei diesem Zusammenkommen wird der Streit gemeinsam besprochen und nach Lösungen gesucht. Auf diese Weise sollen die Adressaten*innen, Methoden lernen, wie sie mit Konflikten umgehen können. Ihre emotionalen Fähigkeiten werden auf diese Art ebenfalls gefördert, da sie sich mit den negativen Gefühlen auseinandersetzen müssen. Des Weiteren fördern aufgearbeitete Konfliktsituationen die Kommunikationsfähigkeit der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen (vgl. Zobel 2008: 120-121; Klein 2008: 410).

In Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien ist ein weiteres Ziel, die Kommunikationsfähigkeit der Klienten*innen zu fördern. In Gruppenangeboten haben die Mitglieder daher die Möglichkeit, das Gruppengeschehen aktiv mit Wünschen und Ideen mitzugestalten. Mit dieser Methode lernen die Kinder und Jugendlichen nicht nur eine bessere Kommunikationsfähigkeit, ihnen wird verdeutlicht, dass sie ein Mitspracherecht in der Gruppe haben und ihre Ideen, Anliegen und Wünsche wichtig sind. Dies stärkt die Klienten*innen in ihrem Selbstwertgefühl. Durch das berücksichtigte Mitspracherecht in der Gruppe, wird auch die Entscheidungsfähigkeit gefördert. Die Kinder und Jugendlichen lernen bei

Gruppenabstimmungen das Prinzip der Demokratie kennen und entwickeln die Fähigkeit, gewaltfrei zu argumentieren (vgl. Oswald/Meeß 2018: 38; Zobel 2008: 123).

Ein weiteres, der in diesem Kapitel genannten Ziele ist es, die Klienten*innen über die Suchterkrankung der Eltern altersgerecht aufzuklären. Dieses Ziel dient dazu, dass den Kindern und Jugendlichen eventuelle Schuldgefühle genommen werden. Es hilft ihnen ebenfalls das zum Teil widersprüchliche Verhalten der Eltern oder des Elternteils nachvollziehen zu können. Den Klienten*innen wird aufgezeigt, dass es nicht in ihrer Macht steht, der Mutter oder dem Vater zu helfen und dass es auch nicht die Aufgabe der Minderjährigen ist. Die Teilnehmer*innen lernen, dass es die Aufgabe der Eltern oder des Erwachsenen ist, sich Hilfe zu holen und wenn es sein muss, dass diese professionell ist (vgl. Schulze et al. 2014: 14). Die Aufklärung über die Suchtkrankheit soll allerdings auch den Kindern und Jugendlichen zu verstehen geben, dass sie zu einer höheren Risikogruppe gehören, selbst einmal eine Suchtkrankheit zu entwickeln. Aus diesem Grund ist bei vielen Gruppenangeboten ein sekundäres Ziel, die Klienten*innen über den Umgang mit Alltagsdrogen aufzuklären. Zu diesem Ziel gehört, dass die Adressaten*innen eine kritische, selbstverantwortliche Haltung zu illegalen und legalen Suchtmitteln entwickeln. Es soll vorgebeugt werden, dass die Kinder und Jugendlichen im späteren Alter eine Suchtkrankheit bekommen, indem sie lernen, kritisch und selbstreflektiert sucht-spezifisches Verhalten bei der eigenen Person zu erkennen (vgl. Zobel 2008: 123-124; Klein 2008: 410).

Ein weiteres Ziel, welches im oberen Teil des Kapitels genannt wurde, ist, den Klienten*innen zu zeigen, wie man gesunde und positive Beziehungen zu anderen Menschen ausbaut und führt (vgl. Lindemann 2006: 18). Dieses Ziel rührt von der meist negativen Beziehung, die die Kinder mit ihren Eltern haben. Die Eltern-Kind-Beziehung ist in den meisten Fällen durch die Suchtkrankheiten und damit verbundenen Symptome belastet. Die Kinder und Jugendlichen haben häufig schlechte Erfahrungen mit den suchtkranken Eltern durchleben müssen. Es ist auch möglich, dass es zwischen dem Kind und den Eltern einen noch offenen Konflikt gibt. Aufgrund dessen ist es ein Ziel in der Gruppenarbeit, Kinder und Jugendliche darin zu unterstützen, gesunde Beziehungen zu bilden. Des Weiteren bietet die Fachkraft den Klienten*innen und besonders den Eltern der Klienten*innen Methoden und Möglichkeiten an, die Eltern-Kind-Beziehung neu und positiv zu gestalten (vgl. Zobel 2008: 123-124; Klein 2008: 410). Der Zusammenhang sekundäre Ziele, bereits oben genanntes Ziel, ist den Eltern ein realistisches Bild über das Verhalten, die Gefühle und die Bedürfnisse des/der betroffenen Kind/er zu vermitteln. Es ist für die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung wichtig, dass die Eltern die Bedürfnisse ihres Kindes / ihrer Kinder verstehen (vgl.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 81). Die Möglichkeiten und Methoden des Fachpersonals werden in dem folgenden Teil des Kapitels analysiert.

Bei den Gruppenangeboten für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien, gibt es in jedem Konzept und jeder Gruppe unterschiedliche in der Zielsetzung, der Formulierung, der Gewichtigkeit der Ziele, abhängig der lokalen Gegebenheiten. Weitere sekundäre Ziele sind es, den Klienten*innen Selbstvertrauen zu vermitteln und ihnen die Möglichkeit zu bieten, in der Gruppe positive Erfahrungen zu machen, da aufgrund der elterlichen Suchterkrankung die Familie häufig isoliert lebt. Den Kindern und Jugendlichen soll das Prinzip der Solidarität nähergebracht werden, sowie ihre Selbstsicherheit gefördert werden und sie sollen einen gesunden und sicheren Umgang mit Macht und Minderwertigkeitsgefühlen erlernen. Im Falle, dass die Adressaten*innen auffällige Verhaltensweisen zeigen, ist es ein Ziel diese aufzugreifen und gemeinsam mit dem Klienten*in und dem/der Personensorgeberechtigten eine Veränderung des Verhaltens zu bewirken (vgl. Lindemann 2006: 18; Zobel 2008: 123-124; Klein 2008: 410).

Für die generelle Gestaltung des Gruppenalltags ist es wichtig, den Klienten*innen Bewegungsmöglichkeiten zu geben sowie ihnen genügend Zeit im Freispiel zu lassen. Kinder spielen häufig Erlebtes nach (vgl. Klein 2008: 411). Jede Maßnahme muss an das Alter der Klienten*innen angepasst werden. Bei Kindern über sechs Jahren und Jugendlichen sind die primären und sekundären Ziele größtenteils übereinstimmend. In der Art und Weise der Übermittlung unterscheiden sich die Altersgruppen, da zum Beispiel das sprachliche Niveau von Kindern und Jugendlichen verschieden ist. Bei Gruppenangeboten für Kinder unter sechs Jahren ist das primäre Ziel die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung und eine gute Kommunikation innerhalb der Familie (vgl. Schulze et al. 2014: 142, 152). Das letzte wichtige Ziel der Gruppenarbeit ist es, den Adressaten*innen genügend Fähigkeiten und Methoden an die Hand zu geben, damit sich ihre familiäre Situation verbessert und sie nicht in eine Lage geraten, in welcher sie dauerhaft professionelle Unterstützung für ihr Leben benötigen (vgl. Zobel 2008: 117).

3.2. Die angewandten Methoden und Verhaltensweisen

Im vorherigen Kapitel wurde genauer auf die Ziele eingegangen, die Gruppenangebote für Kinder und Jugendlichen aus suchtkranken Familien verfolgen. In diesem Teil wird beschrieben und analysiert, mit welchen Methoden, Verhaltensweisen und Voraussetzungen diese Ziele erreicht werden.

Die Gruppenangebote orientieren sich an dem Alter, der Befindlichkeit, der Lebenserfahrung und den Bedürfnissen der Kinder und/oder Jugendlichen, für die sie gedacht sind. Wichtig ist hierbei ebenfalls die mitgebrachten Kompetenzen des Fachpersonals zu berücksichtigen (vgl. Zobel 2008: 119; Schulze et al. 2014: 14). Eine Hilfsmaßnahme hat die Aufgabe, einen Ort für die Klienten*innen zu schaffen, an dem sie sich sicher fühlen, um Gefühle, Emotionen und Gedanken zu zeigen und zu äußern (vgl. Oswald/Meeß 2018: 66). Fachkräfte, die in einem solchen Gruppen-Setting arbeiten, sollten stets bedenken, dass die Situationen, in welchen sich die Klienten*innen befinden, höchst individuell sind. Dies gestaltet auch das Arbeiten in der Gruppe. Es macht einen Unterschied in der Arbeit der Sozialarbeiter*innen, ob der Vater oder die Mutter des Kindes suchtkrank ist. Ebenfalls ist es ein unterschiedliches Arbeiten, wenn zwei Elternteile eines Minderjährigen die Krankheit haben (vgl. Zobel 2008: 44-45). Es ist hilfreich, wenn wie in der Suchthilfe ein individuelles Konzept mit einem eigenen Ziel für jedes Kind und Jugendlichen angefertigt wird (vgl. Schay et al. 2021: 26).

Zu Beginn eines Gruppenangebotes ist zu bedenken, dass die Klienten*innen mit hoher Wahrscheinlichkeit Vorbehalte gegenüber der neuen Situation haben. Des Weiteren besitzen die Adressaten*innen kein Vertrauen in die Fachkräfte und haben oft Angst, über die Geschehnisse im Elternhaus zu sprechen. Dies bedeutet für Sozialarbeiter*innen, dass am Anfang des Gruppenangebotes das Fachpersonal zunächst daran arbeiten muss, das Vertrauen der Teilnehmer*innen zu gewinnen. Das Vertrauen der Klienten*innen zu bekommen, kann eine Herausforderung sein. Es ist sinnvoll, zu Beginn allen Teilnehmer*innen zu erklären, dass sie alle aus ähnlichen Gründen an der Maßnahme teilnehmen. Den Kindern und Jugendlichen sollte bewusst sein, dass sie ähnliche Erfahrungen und Erlebnisse haben. Dies fördert das Wohlbefinden der Klienten*innen, es fällt ihnen somit leichter über ihre individuellen Erfahrungen zu sprechen und Vertrauen in die Gruppe und das Fachpersonal aufzubauen (vgl. Schulze et al. 2014: 42).

Während der Interaktion mit den Adressaten*innen sollte auf einige Aspekte geachtet werden, um das Vertrauen der Kinder und Jugendlichen zu erlangen und diese zu bestärken. Ihnen sollte zugehört und gegebenenfalls Schuldgefühle genommen werden. Wenn Klienten*innen Hobbys haben, sollten sie bestärkt werden, diese auszuüben oder welche zu entwickeln. Die Teilnehmer*innen sollten angehalten werden, in Eigeninitiative zu handeln (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 80). Es ist nicht ungewöhnlich, dass Kinder und Jugendliche nach einiger Zeit anfangen zu rebellieren und bewusst gesetzte Grenzen überschreiten. Dies dient für die Adressaten*innen als Test. Sie wollen damit sehen, ob sie den Gruppenleiter*innen trauen können oder ob dieser das Kind oder den Jugendlichen „fallen lassen“. Sobald sich herausstellt, dass ein

Gruppenmitglied Vertrauen in eine Fachperson geschlossen hat, ist es für die Fachkraft hilfreich, sich dauerhaft Hilfe und Unterstützung von anderen Kollegen*innen zu holen, um den Anforderungen des Kindes oder Jugendlichen gerecht zu werden, sowie die Verantwortung nicht allein zu tragen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 79).

Die Angebote der Sozialarbeiter*innen sollten sich an den Stärken der Kinder und Jugendlichen orientieren. Gruppenarbeiten dürfen sich nicht an den Problemen der Klienten*innen orientieren. Die Angebote sind auf eine bestimmte Zeit beschränkt. Damit wird verhindert, dass die Kinder automatisch in ein lebenslanges Hilfsprogramm hineinfließen, welches sie nicht benötigen. Bei den Angeboten geht es um die Stärkung der Kinder und darum, ihnen Lebensfähigkeiten beizubringen sowie sie in ihrer Persönlichkeit zu fördern. „Hilfe zur Selbsthilfe“. Somit ist es nicht Ziel, dass sie für ihr gesamtes Leben Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Die Eltern sollten bei den Hilfsangeboten mit einbezogen werden, damit ihnen auch Verantwortung übertragen wird und diese nicht ausgegrenzt werden. Des Weiteren sind sie in vielen Fällen die Personensorgeberechtigten (vgl. Klein 2008: 409). Der Gruppenort soll Lernraum werden, in welchem die Adressaten*innen Sozialisationserfahrungen machen können (vgl. Zobel 2008: 117).

Besonders in der Anfangsphase sind neben dem Aufbauen von Vertrauen noch andere Aspekte wichtig, damit sich eine Gruppendynamik unter den Teilnehmer*innen entwickelt. Bei der Gestaltung der Gruppen ist es wichtig, die Klienten*innen von Beginn an Wissen zu lassen, welche Rollen und Aufgaben sie haben. Dies trägt zur Klarheit für die Minderjährigen bei (sie wissen, was sie erwartet). Wichtig sind klare Grenzen und Regeln. Die Anleitung führt dazu, dass ein Gruppenprozess gebildet wird. Zu Beginn benötigen besonders die jüngeren Teilnehmer*innen viel Anleitung für die Bildung des Gruppenprozesses. In diesen können die Adressaten*innen ihre eigenen Wünsche und Ideen in die Gruppe mit einfließen lassen. Zu beachten ist, dass diesen Prozess jede Person in seinem/ihrer eigenen Tempo macht (vgl. Klein 2008: 410; Zobel 2008: 120).

Ein primäres Thema, welches bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus suchtkranken Familien aufgegriffen und bearbeitet werden muss, ist die Aufklärung über die elterliche Krankheit. Die Aufklärung trägt dazu bei, dass die Minderjährigen ihre Situation besser verstehen und ihnen die negativen Gefühle wie Scham oder Schuld genommen werden können. Beispielsweise gibt sich das Kind nicht mehr selbst die Schuld, dass der eigene Vater immer wieder trinkt und schlechte Laune hat (vgl. Schulze et al. 2014: 60). Die Fachkräfte haben zudem die Aufgabe, die Minderjährigen in anderen Entwicklungsschritten zu unterstützen, unter anderem in der Entwicklung von sozialen

Kompetenzen. Kinder und Jugendliche haben häufig weniger Kontakt zu Gleichaltrigen. Durch die Suchtkrankheit der Eltern sind diese oft nicht als Ansprechpartner erreichbar. Daher ist es gut, wenn Minderjährige in Gruppenangeboten lernen, wie soziale Beziehungen aufgebaut und geführt werden (vgl. Schulze et al. 2014: 100).

Soziale Kompetenzen werden in der Gruppenkonstellation durchgehend gefördert, jedoch gibt es ebenfalls speziell dafür ausgelegte Spiele und Methoden, die darauf abzielen, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Zu diesen Methoden gehören unter anderem, spiel- und erlebnispädagogische Maßnahmen. Dies ist sinnvoll, damit die Kinder das Gefühl von Zugehörigkeit haben, sich wichtig fühlen und sich mit einbringen können (vgl. Zobel 2008: 119). Ebenso dienen Freizeitaktivitäten, welche gemeinsam außerhalb des Gruppenraumes umgesetzt werden, das Wir-Gefühl zu stärken (vgl. Oswald/Meeß 2018: 201).

Im Text werden nun die möglichen Ziele, welche mit Freizeitangeboten in Gruppenmaßnahmen verfolgt werden, aufgegriffen. Durch das Aufwachsen in einem suchtkranken Elternhaus besitzen die Minderjährigen häufig kein realistisches Selbstbild und Selbstwertgefühl. Ebenso ist die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen in den meisten Fällen nicht altersgerecht entwickelt. Die Aufgabe der Sozialarbeiter*innen ist es, die Klienten*innen dahingehend zu unterstützen, dass ihre zukünftige Persönlichkeitsentwicklung positiv verläuft (vgl. Schulze et al. 2014: 112). Zur Förderung von Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit eignen sich Rollenspiele. Diese bauen das Selbstwertgefühl auf. Der Aufbau des Selbstwertgefühls ist für die Kinder wichtig, da sie von zu Hause häufig das Gefühl bekommen, nichts wert zu sein. Mit einem Rollenspiel, welches sich an den Bedürfnissen der Kinder orientiert, können sich die Klienten*innen aufwerten (zum Beispiel: eine Geschichte mit Superhelden, die die Welt retten). Für den Aspekt der Selbstwirksamkeit sind Rollenspiele ideal, da diese den Adressaten*innen die Möglichkeit geben, Entscheidungen zu treffen. Die Kinder und Jugendlichen erleben in ihrem Alltag oft, dass sie keine Kontrolle über die Ereignisse haben. In dem Spiel können sie ihre Bedürfnisse befriedigen (vgl. Aichinger 2011: 155-156).

In dem Kapitel „2.2. Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen aus Sucht belasteten Familien“ wurde eine Regel aufgeführt, die in vielen suchtkranken Familien besteht. Dass mit niemandem über die Sucht der Eltern oder des Elternteils gesprochen wird (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 27-28, 69-70; Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 34-35). Aufgrund dieser weit verbreiteten Regel ist es bei der Arbeit mit Minderjährigen aus Suchtfamilien sinnvoll, Symbole zu verwenden. Diese Methode ist qualitativ für Kinder unter den zehn Jahren geeignet, um über ihre Erlebnisse zu berichten. Mit den Symbolen können sie über ihre Erfahrungen reden und gleichzeitig

Distanz zu der erzählten Situation aufbauen. Auch die Regel der Familie „Wir sprechen nicht darüber“ wird auf diese Weise nicht gebrochen. Mit der Symbolebene entsteht ebenfalls ein Rollenwechsel beim Erzählen. Das erzählende Kind kann hierbei aktiv das Geschehen gestalten und eine neue Art der Selbstwirksamkeit erleben (vgl. Aichinger 2011: 152).

Zum Erreichen der primären Ziele von Gruppenangeboten, dienen nicht nur Rollenspiele oder erlebnispädagogische Ansätze. Ebenso andere Spiele und Gestaltungsmittel können in den Gruppenalltag mit aufgenommen werden. Sie decken Themen ab wie die Neugier und Kreativität der Mitglieder zu wecken, die Wahrnehmung der Klienten*innen zu fördern, die spielerischen Methoden zur Konfliktbewältigung zu lernen, Vorurteile abzubauen, den eigenen Bewegungsdrang auszuleben sowie den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit zu geben, die Welt mit allen Sinnen zu erfassen (vgl. Klein 2008: 409). Bei der Arbeit und besonders bei der Gesprächsführung mit den Klienten*innen, ist es für das Fachpersonal hilfreich, nach fünf Strategien zu arbeiten. Sozialarbeiter*innen sollten offene Fragen stellen und dem Gegenüber aktiv zuhören. Ebenso sollten die Fachkräfte Aussagen der Adressaten*innen in eigenen Worten zusammenfassen, um festzustellen, ob sie das Gesagte korrekt verstanden haben. Für die positive Entwicklung der Kinder und Jugendlichen ist es zielführend, wenn das Fachpersonal sich diesen gegenüber beständig verhält sowie die Klienten*innen dazu animiert, selbstmotiviert zu handeln (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 69). Für die Gruppenatmosphäre ist es dienlich, nach einer thematisch anstrengenden Einheit, die Teilnehmer*innen zur Bewegung aufzufordern (vgl. Oswald/Meeß 2018: 42). Besonderes für jüngere Kinder ist es wichtig, in einer Gruppenmaßnahme viel Zeit mit dem Freispiel zu verbringen. Dies dient zum einen dem Ziel der Kontaktaufnahme und dem Austausch mit anderen Menschen, allerdings auch der Auseinandersetzung mit den thematischen Inhalten des Gruppengeschehens (vgl. Zobel 2008: 124).

Ein wichtiger Aspekt der Arbeit in der Suchthilfe ist die Motivationsarbeit. Diese gehört auch in der Jugendhilfe bei der Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Sucht belasteten Familien dazu. Besonders bei der Zielgruppe der Jugendlichen, die häufig bereits Erfahrungen mit Suchtsubstanzen gemacht haben, ist die Motivationsarbeit bedeutsam. Motivation bedeutet hierbei, die Heranwachsenden zu motivieren, keine Suchtkrankheit wie die der Eltern zu entwickeln und sie darin zu unterstützen. Dabei ist es förderlich, wenn die Sozialarbeiter*innen ehrlich und glaubhaft den Jugendlichen gegenüber sind. Wichtig ist hierbei, nicht als eine Autoritätsperson aufzutreten. Somit kann das Vertrauen der jungen Leute gewonnen werden und es ist leichter, sie zu motivieren. Bei der Motivation der Klienten*innen sollte darauf geachtet werden, dass

sie von ihnen selbst kommt und nicht von außerhalb, damit sie nicht dauerhaft von anderen Menschen fremdgesteuert werden. Ebenso sollte bei den suchtkranken Eltern der Zielgruppe Motivationsarbeit stattfinden. Hierbei ist zu beachten, dass die Sucht belasteten Eltern, bei den in diesem Text vorgestellten Hilfsmaßnahmen, zur sekundären Zielgruppe zählen. In der Suchthilfe können Motivationsarbeit und Beratung in einem fließenden Übergang stehen (vgl. Kuntz 2005: 238-240; Klein 2008: 417). In Gruppenmaßnahmen sollen die Klienten*innen intakte Beziehungen und Rituale erfahren. Die Zeit in der Gruppe ist auch dafür da, Beziehungen aufzubauen und zu erleben, wie sich diese verändern und entwickeln können. Am Ende des Hilfeangebots folgt eine Abschiedsphase. In dieser ist es wichtig den Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, dass die gemeinsame Zeit langsam zu Ende geht und sich die entstandene Beziehung dem entgegen wandelt. Diese Phase ist bestimmt von dem Ziel, dass sich der Adressat oder die Adressatin nicht zurückgewiesen oder verlassen fühlt (vgl. Zobel 2008: 124).

Ein weiterer Aspekt der Gruppenangebote ist die Elternarbeit. Das Fachpersonal hat die Aufgabe, ebenso wie die Kinder, die Eltern zu unterstützen. Eltern sollten in die Aktivitäten der Kinder und Jugendlichen mit eingebunden werden. Hier sind einige Faktoren für die Sozialarbeiter*innen zu beachten. Die gemeinsamen Eltern-Kind-Maßnahmen sollten die Beziehung und Bindung innerhalb der Familie stärken und schöne Erlebnisse miteinander schaffen. Dies wird mit gemeinsamen sportlichen, musischen oder kreativen Aktivitäten erreicht, beispielsweise mit Gruppenausflügen, bei welchen die Eltern ebenfalls mit eingeladen sind. Dazu kommt, dass mit Methoden gearbeitet wird, die es den Beteiligten ermöglichen, auf eine neue Weise offen zu kommunizieren (über Gefühl ...) (vgl. Thomasius 2005: 200; Oswald/Meeß 2018: 201). Das Kind oder der/die Jugendliche soll Unterstützung von den Eltern erfahren und diese als stabile Bezugsperson erleben. Durch Elterngespräche kann den Eltern geholfen werden, den Kindern die Krankheit besser zu erklären. Ebenso lernen sie Möglichkeiten und Hilfsmittel kennen, die ihnen helfen, in schwierigen Situationen mit ihren Kindern besser umzugehen und ihre Erziehungsfähigkeit zu optimieren (vgl. Oswald/Meeß 2018: 204; Klein 2008: 417).

3.2.1. Resilienzfaktoren nach Wolin und Wolin

Kinder und Jugendliche, welche in einer Suchtfamilie aufwachsen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit in der Zukunft keine eigene Suchtkrankheit zu entwickeln, wenn sie Schutz- und Resilienzfaktoren besitzen. Wolin und Wolin (1995,1996) haben sieben Schutzfaktoren analysiert, welche in der Literatur von vielen Autoren*innen aufgegriffen

und befürwortet werden. Während den Hilfsangeboten haben die Fachkräfte die Aufgabe den Klienten*innen diese sieben Eigenschaften näherzubringen und die Kinder und Jugendlichen darin zu bestärken. Mit dieser Unterstützung regt das Fachpersonal die Selbsthilfe der Adressaten*innen an. Weiterhin lernen die Klienten*innen Eigenschaften zur Bewältigung ihrer Lebensrealität. Die sieben Resilienzfaktoren, die Wolin und Wolin erarbeitet haben, sind. Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungen, Initiative, Kreativität, Humor und Moral.

Einsicht meint, dass die Klienten*innen über die Krankheit der Eltern Bescheid wissen und die Symptome wahrnehmen können. Die Adressaten*innen können dies teilweise spielerisch von Fachkräften lernen. Die Kinder und Jugendlichen verstehen, dass es sich bei der elterlichen Sucht um eine Krankheit handelt, an welcher sie nicht schuld sind und dass der betroffene Elternteil Hilfe braucht, welche die Minderjährigen nicht geben können. Die Unabhängigkeit bedeutet, dass die Klienten*innen die Möglichkeit haben, sich gefühlsmäßig und räumlich von der familiären Situation zu trennen. Damit sammeln Kinder und Jugendliche Erfahrungen außerhalb der Familie und lernen, wie andere Familiendynamiken funktionieren. Die Beziehungen (stabile emotionale Beziehungen) geben vor, dass die Adressaten*innen die Fähigkeit entwickeln, gesunde Beziehungen mit anderen Menschen zu führen. Um diese zu lernen ist der Schutzfaktor eine emotional stabile Bezugsperson außerhalb der Familie, von welcher das Kind oder der/die Jugendliche emotionale Sicherheit erhält. Von dieser Person kann im Anschluss gelernt werden, wie emotionale, gesunde Beziehungen geführt werden. Eine Fachkraft kann hierbei die Bezugsperson werden oder die gewählte Person aktiv unterstützen. Durch die Möglichkeit des Zusammenkommens mit Gleichaltrigen, erhalten die Klienten*innen direkte Rückmeldungen über ihr Verhalten. Gleichzeitig können sich die Kinder und Jugendlichen gegenseitig sozialisieren und neue Verhaltensweisen erproben. Auf diese Weise sammeln sie Erfahrungen und erhalten Selbstwirksamkeitserwartungen. Zudem können sie gemeinsam Lösungen bei Problemen sammeln. Dies beschreibt der Resilienzfaktor Initiative. Die Kreativität lenkt vom Alltag ab. Sie gibt den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, etwas zu erschaffen. Personen von außen, wie Sozialarbeiter*innen, erhalten einen Einblick in das innere Empfinden der Adressaten*innen. Hier kann gegebenenfalls später angeknüpft werden. In der Praxis ist zu beachten, dass jeder Mensch unterschiedlich lange braucht, um die Fähigkeit zu entwickeln, kreativ zu gestalten oder sich auszudrücken. Die Fähigkeit des Humors kann mithilfe von Rollenspielen geübt werden. Die Kinder und Jugendlichen erleben in ihrem Elternhaus meist nicht allzu viel Spaß oder Gründe zu lachen. Dies hat eine psychohygienische Bedeutung. Durch Humor können Kinder und Jugendliche emotional Distanz zu der häuslichen Situation aufbauen. Humor trägt des Weiteren dazu bei, die

Absurdität des problematischen Familienlebens zu erkennen. Der letzte Schutzfaktor ist Moral. In Gruppenangeboten müssen die Adressaten*innen häufig auch Werte und Normen erlernen. Im Elternhaus werden diese größtenteils nicht in einem gesellschaftlich akzeptablen Ausmaß vermittelt oder den Minderjährigen werden Werte beigebracht, die von der Gesellschaft nicht vertreten werden. Aus diesem Grund müssen den Klienten*innen diese in Angeboten beigebracht werden. Zu Beginn lernen sie, was gut ist und was schlecht. Die Kinder und Jugendlichen brauchen dies, damit sie sich besser in die Gesellschaft integrieren können und anerkannt werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 81; Klein 2008: 146-147).

3.2.2. Unterstützungsansätze für eingenommene Rollen

Im Kapitel 2.2.1. Angenommen Rollen, wurden Rollen vorgestellt, welche Kinder und Jugendliche annehmen, wenn sie mit suchtkranken Eltern aufwachsen. Im folgenden Unterkapitel werden Ansätze beschrieben, welche den Minderjährigen helfen, die eingenommenen Rollen abzulegen.

Hilfen für das „verantwortungsvolle Kind“ sind unterschiedlich. Für einige hilft es, wenn sie einen Fehler eingestehen können, für andere, wenn sie sich bewusst eine Pause gönnen. Das verantwortungsvolle Kind möchte Liebe und Anerkennung. Diese Kinder haben Angst, dass wenn sie nicht mehr alle Aufgaben auf einmal erledigen oder sagen, dass sie es nicht schafften, sie keine Liebe mehr erhalten. Aus diesem Grund ist es für diese Kinder und Jugendlichen eine große Herausforderung zu äußern, dass sie Hilfe benötigen oder etwas nicht allein schaffen. Ziel in der Arbeit mit diesen Kindern könnte sein: Verantwortung abgeben, lernen zu entspannen, Albernheiten zu veranstalten und Regeln für Machtverteilung und Verantwortung zu erkennen und zu akzeptieren. Erreicht werden kann dies mit Spielen ohne Sieger, bewussten Entspannungsübungen und Massagen sowie klarer Aufgabenverteilung bei gemeinsamen Aktivitäten (vgl. Zobel 2008: 126; Barnowski-Geiser 2015: 105).

Das „über-erwachsene Kind“ hat Schwierigkeiten, seine eigenen Bedürfnisse über die von anderen zustellen. Das große Problem der Rolle ist, dass diese Kinder und Jugendlichen immer versuchen jemandem zu helfen und zu retten. Hilfreiche Ansätze, Vorgehensweisen und Ziele sind die gleichen, wie bei den „verantwortungsvollen Kindern“. Zusätzlich hilft es, wenn man den Kindern und Jugendlichen zu verstehen gibt, dass sie das Recht haben auch etwas für sich selbst zu tun. Dies kann am Anfang auch etwas Kleines sein (vgl. Zobel 2008: 126; Barnowski-Geiser 2015: 111-112).

Das „rebellische Kind“ hat häufig ein großes Gefühl der Ungerechtigkeit, die ihm widerfahren ist. Weiterhin sehnt es sich nach Liebe. Diesen Kindern hilft es zu lernen, dass sie analysieren, was sie erreichen wollen und ob dies gelingen kann, bevor sie Handlungen ausführen, die eine anderen Person beeinflussen (positiv wie negativ). Ebenfalls ist es für diese Kinder und Jugendlichen wichtig, eine Person zu haben, welche sie hält und moralisch leitet. Hilfreich ist es, wenn die Kinder und Jugendlichen lernen, wie sie ihre Gefühlsausdrücke variieren und auch die negativen Gefühle zulassen können. Hilfreich sind Entspannungsübungen und die Teilnahme an Aktivitäten, wie dem Theaterspielen (vgl. Zobel 2008: 129; Barnowski-Geiser 2015: 108-109).

Das „verlorene Kind“ sind Kinder und Jugendliche, die das Gefühl benötigen, akzeptiert zu werden. Es soll ihnen bewusst gemacht werden, dass es gut ist wie sie sind. Es ist möglich, sie zu animieren und ihnen zu helfen, auf andere Menschen zuzugehen und neue Beziehungen aufzubauen. Allerdings sollte dies nur angewandt werden, wenn die Person sich wohlfühlt. Auch sollte man der Person die Zeit geben, die sie braucht. Weitere Ansätze für diese Kinder und Jugendlichen sind, sie immer wieder für neue Aktivitäten zu gewinnen und sie zu bitten, weiter mitzumachen, sowie sie in Entscheidungen und Verantwortungen miteinzubeziehen (vgl. Zobel 2008: 128; Barnowski-Geiser 2015: 114-115).

Bei dem „distanzierten Kind“ helfen die gleichen Ansätze, wie für das „verlorene Kind“. Zusätzlich ist es eine Unterstützung, wenn die Kinder und Jugendlichen merken, dass ihnen geholfen wird. Ihnen soll bewusstwerden, dass sie ihre Emotionen zeigen können. Ebenso sollen sie lernen, dass Sehnsucht nach Eltern und Liebe in Ordnung ist. In einigen Fällen hilft es zusätzlich, klare Regeln aufzustellen (vgl. Zobel 2008: 128; Barnowski-Geiser 2015: 103-104).

Für die Rolle des „Familienkasper Kindes“ ist es hilfreich, wenn das Kind die Möglichkeit bekommt, die Perspektive zu wechseln. Positiv ist ebenfalls, wenn Kinder und Jugendlichen lernen, auch sich selbst einmal zum Lachen zu bringen und somit nicht nur Bestätigung von anderen zu suchen (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 113).

Bei dem „harmonischen Kind“ ist es förderlich, wenn es Konfliktfähigkeit lernt. Diese Klienten*innen leiden in manchen Fällen jahrelang an unterdrückten negativen Gefühlen. Mit Unterstützung von Fachkräften lernen die Kinder und Jugendlichen, wie sie ihre Gefühle zeigen und „herauslassen“. Durch die höhere Konfliktfähigkeit werden zukünftige Gefühle nicht mehr unterdrückt. Die Adressaten*innen fördern durch eine verbesserte Konfliktfähigkeit außerdem ihre Ausdauer und Durchhaltevermögen (vgl. Barnowski-Geiser 2015: 110).

Das „unverletzbar Kind“ sucht, wie die anderen Rollen, Liebe von anderen Menschen. Für diese Klienten*innen ist es wichtig, die Situation unter Kontrolle zu haben. Darin benötigen sie Unterstützung von anderen Menschen, denen sie vertrauen. Nach einiger Zeit lernen die Kinder und Jugendlichen durch diese Menschen, dass sie sich auch entspannen und die Kontrolle abgeben können. Die Vorgehensweisen und Ziele sind daher ähnlich, wie bei den „über-erwachsenen Kindern“ und den „verantwortungsvollen Kindern“ (vgl. Zobel 2008: 126; Barnowski-Geiser 2015: 106-107).

3.3. Jugendhilfe und Suchthilfe

Das Jugendamt hat die Aufgabe die Leitungen des SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe durchzusetzen und zu überwachen. Im §1 SGB VIII steht: „... 1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen ...“. Dieses Gesetz gibt jedem Minderjährigen das Recht auf Förderung der Persönlichkeit zum individuell bestmöglichen Ergebnis und weiterhin, dass negative Umstände abgebaut oder vermieden werden. Für die Kinder und Jugendlichen, welche in suchtkranken Familien aufwachsen, bedeutet das, dass sie ein Recht auf Hilfsmaßnahmen haben, die sie dabei unterstützen, die Benachteiligungen des Elternhauses zu überwinden. Geschätzt wird, dass 40 % aller Maßnahmen der Jugendhilfe in irgendeiner Art und Weise an Kinder und Jugendliche mit suchtkranken, Eltern oder Stiefeltern richten (vgl. Aichinger 2011: 150).

Die Suchthilfe ist im Gesetz genauer, dem Sozialgesetzbuch fünftes Buch gesetzliche Krankenversicherung in den Paragraphen 27 und 39 verordnet. Diese Leistungen richteten sich an die suchtkranken Eltern. Jeder Mensch hat das Recht, sich über Suchterkrankungen beraten zu lassen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 92). Das primäre Ziel der Suchthilfe ist es, die Betroffene wieder bestmöglich in die Gesellschaft zu integrieren und zu helfen, ihr Leben wieder selbstständig geregelt führen zu können (vgl. Schay et al. 2021: 24). Hilfsmaßnahmen der Suchthilfe für die Jugendlichen sind, die Lebensqualität der von dem Problem betroffenen Familien, zu verbessern und die beste Persönlichkeitsentwicklung zu ermöglichen (vgl. Thomasius 2005: 199). Allerdings gibt es verschieden Probleme, weshalb die bestmögliche Unterstützung der Familien in vielen Fällen nicht erreicht werden kann. Ein Problem ist, dass viele Konzepte der Angebote nicht dazu ausgelegt sind, individuell an die Gegebenheiten und Bedürfnisse der Klienten*innen angepasst zu werden. Viele der Maßnahmen sind von Finanzen anderer abhängig, beispielsweise von Streugeldern. Dies bedeutet, dass nicht immer sichergestellt werden kann, ob ein Projekt den gleichen Betrag im nächsten Jahr wieder bekommt oder ob die Politik entscheidet, dass ein

anderes Projekt Vorrang hat. Ebenso stehen Kooperation und Austausch mit verschiedenen Instituten immer wieder in Verhandlungen und sind nicht dauerhaft. Der Austausch ist besonderes auf lokaler Ebene wichtig (Schay et al. 2021: 30; Klein 2008: 125). Ein weiteres Problem ist, dass die Behörden und Ämter häufig nicht wissen, wer für die Finanzierung und die Leistung von Projekten für Sucht belastete Familien verantwortlich sind. In der Suchthilfe ist die primäre Zielgruppe die suchtkranken Eltern, in der Jugendhilfe die Kinder und Jugendlichen. Die Unsicherheit über die Zuständigkeit verursacht, dass die betroffenen Familien die Leistungen, die ihnen zustehen, oft nicht erhalten (vgl. Klein 2008: 407-408). Dies ist besonders problematisch, da die individuelle Lage der Familie betrachtet werden muss. Des Weiteren benötigen in vielen Fällen alle Familienmitglieder verschiedene sowie individuelle Hilfeleistungen, um mit der Situation umzugehen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 92). Aus diesem Grund muss die Zuständigkeit der Leistungen geregelt werden. Um die Ziele der Suchthilfe und der Jugendhilfe zu erreichen, ist es in vielen Fällen sinnvoll, mehrere Hilfsangebote parallel durchzuführen. Weiterhin ist ein konstanter Informationsaustausch der Behörden und Professionen erforderlich, damit die individuellen Ziele für die Familien stets neu ausgelegt und überarbeitet werden können.

Diese Maßnahmen können folgende Situation verhindern: Das Jugendamt leitet eine Maßnahme zu Hilfen zur Erziehung in einer Familie mit Suchterfahrung ein. Die Eltern sind schon bei der Suchthilfe bekannt. Nach einiger Zeit kommt das Jugendamt zu dem Entschluss, die Kinder nach § 42 SGB VIII aus der Familie zu nehmen. Die Suchthilfe der Eltern weiß nichts über die Entscheidung des Jugendamtes oder über den Zustand der Kinder. Die Kinder kommen in eine Fremdunterbringung. Das Jugendamt überblickt ab diesem Zeitpunkt nicht mehr die Fortschritte der Eltern. Das Personal der Fremdunterbringung weiß wiederum nichts über die Ausmaße der elterlichen Krankheit. Viele Einrichtungen der Jugendhilfe haben auch häufig keinen Suchtbeauftragten und sind nicht ausreichen in dem Themenfeld bewandert (vgl. Schay et al. 2021: 24-25, 120, 122; Klein 2008: 125). Durch einen dauerhaften Austausch und Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe können die Kinder und Jugendlichen profitieren. Mit einer Weiterentwicklung von Projekten, Programmen, Maßnahmen und Angeboten (vgl. Klein 2008: 125; Schay et al. 2021: 127). Angebote, in denen die Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe bereits gelungen ist, gibt es in Dortmund und Essen. In Dortmund beispielsweise, entstand 2006 die „Fachstelle für Kinder alkoholkranker Eltern des Jugendamts Dortmund“ (vgl. Schay et al. 2021: 128; Klein 2008: 137).

Derzeit gibt es viele verschiedene Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien. Die meisten Maßnahmen sind Einzelleistungen oder Gruppenangebote (vgl. Klein et al. 2013: 16; Klein 2008: 125). Ein Problem dieser

Leistungen ist, dass in den Konzepten der Angebote meistens nicht festgehalten wird, ab wann die Teilnehmer*innen die Leistung erhalten können. Es steht nicht fest, ob die Kinder und Jugendlichen die Leistung erst dann erhalten, wenn diese selbst danach fragen oder wenn Personensorgeberechtigte sie anmelden. Dies bedeutet, dass in den Konzepten nichts über die Motivation der Teilnehmer*innen enthalten ist und somit die Auswahl der Kinder und Jugendlichen schwerer fällt (vgl. Klein 2008: 407-408). Es ist mit aufzuführen, dass die Teilnahme an einem Programm nicht allein in der Krankheit der Eltern begründet werden darf. In vielen Fällen sind Kinder und Jugendliche nicht auf professionelle Hilfe angewiesen, solange sie in ihrem Umfeld eine konstante, emotional stabile Bezugsperson haben. Die Teilnahme an einer Maßnahme sollte darin begründet sind, wenn der/die Minderjährige mit dem ihm/ihr zur Verfügung stehenden Resilienzen und Ressourcen die häusliche Situation nicht überwinden kann, ohne einen negativen Einfluss auf die Entwicklung seiner/ihrer Persönlichkeit zu nehmen (vgl. Zobel 2008: 115; Klein 2008: 407,409). Um die Hilfsleistungen zu optimieren, sollten Angebote für einen frühen Zeitpunkt konzipiert werden, damit frühe Risikofaktoren aufgearbeitet und vorgebaut werden können. Es ist hilfreich mit Resilienz und Ressourcen der Familien zu arbeiten, die Hilfsangebote möglich individuell zu gestalten sowie die Zustimmung zur Teilnahme an der Maßnahme von mindestens einem Elternteil zu haben. Wenn diese vorhanden ist, ist es leichter einen Zugang zum Kind zu bekommen und das Kind lässt sich mehr auf die Maßnahme ein. Weniger wichtig ist dies bei Jugendlichen, welche schon begonnen haben, sich von der Familie abzulösen (vgl. Klein 2008: 125; Zobel 2008: 118).

4. Analyse von Hilfsmaßnahmen

In diesem Kapitel werden einige Hilfsmaßnahmen, Angebote und Projekte vorgestellt, die bereits in der Praxis existieren. Bei der Vorstellung wird konkreter auf die Rahmenbedingen, Vorgehensweisen und Ziele eingegangen. Diese werden mit den Zielen und Methoden aus dem dritten Kapitel verglichen. Auf diese Art werden die vorgestellten Angebote mit den Erkenntnissen aus der Literatur analysiert.

4.1. Vorstellung des „Trampolin“- Programms

Das Programm „Trampolin“ ist primär für Kinder mit suchtkranken Eltern konzipiert. Die Ziele dieses Projektes sind, den Klienten*innen Problemlösungsstrategien beizubringen, ihnen ein besseres Verständnis für die Krankheit zu vermitteln, sie zu lehren, mit adäquaten Emotionen umzugehen, ein besseres Selbstwertgefühl zu entwickeln, die

Erfahrung einer stabilen Beziehung zu sammeln, eine neue Wahrnehmung von der Eltern- und Erwachsenenrolle zu entwickeln, sowie den anderen Kindern gegenseitige Hilfestellung, Verständnis und Unterstützung zu geben. Die sekundäre Zielgruppe des Projektes sind die Eltern. Wichtige Ziele für die Eltern sind, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen sowie auf die Erlebnisse und Erfahrungen der eigenen Kinder sensibilisiert zu werden (vgl. Klein et al. 2013: 10). Das Einbeziehen der Eltern in die Maßnahme ist sinnvoll, da es die Eltern anregt Verantwortung zu übernehmen. Dies wurde in „3.2. Die angewandten Methoden und Verhaltensweisen“ erläutert.

Bei dem Projekt „Trampolin“ liegt das Alter der Teilnehmer*innen zwischen acht und zwölf Jahren. Dies wird dadurch begründet, dass nach der „Mentalisierungsfähigkeit“ von Fonagy, Gergely, Jurist und Target (2002) in diesem Alter die Kinder die Fähigkeit entwickeln, Verhaltensweisen mit mentalen Zuständen zu interpretieren. Ungefähr ab den dreizehnten Lebensjahren entwickeln Kinder die Frühadoleszenz. In dieser Zeit möchten sich die Klienten*innen erfahrungsgemäß nicht mit der elterlichen Krankheit auseinandersetzen, sondern mehr davon distanzieren. Die Entwicklung verläuft bei jedem Menschen unterschiedlich. Aus diesem Grund können auch Kinder von sieben und dreizehn Jahren an dem Projekt teilnehmen. Die Kriterien für die Teilnahme an dem Projekt sind, dass Kontakt zu dem kranken Elternteil besteht sowie die Zustimmung der Eltern, dass das Kind an dem Angebot teilnimmt. Des Weiteren muss das Kind über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen (vgl. Klein et al. 2013: 25). Es wird nicht auf die Ressourcen der Kinder, wie beispielsweise zusätzliche Bezugspersonen, geachtet. Ebenso wird bei der Auswahl der Teilnehmer*innen nicht darauf geachtet, ob die Kinder bereits über die Resilienzen von Wolin und Wolin verfügen. Wie in vorherigen Kapiteln bereits aufgefasst, ist die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Jugendliche professionelle Hilfe benötigen, geringer, wenn sie über Ressourcen und Resilienzen verfügen. Kinder sollten nicht ausschließlich aufgrund der elterlichen Suchterkrankung dauerhaft auf professionelle Hilfsangebote angewiesen sein.

Das Projekt „Trampolin“ wurde für Beratungseinrichtungen konzipiert. Die Gruppengröße soll fünf bis acht Kinder umfassen. Die Räumlichkeiten sollten keine bzw. wenig Ablenkungen bieten, damit ist gemeint, dass den Adressaten*innen nur wenige Spielsachen zur Verfügung stehen, damit die Klienten*innen nicht von den in der Gruppe behandelten Themen abgelenkt werden. Des Weiteren muss für genügend Möglichkeit zum Entspannen gesorgt sein (vgl. Klein et al. 2013: 26). Das Angebot erstreckt sich über neun Wochen, in welchen sich die Teilnehmer*innen wöchentlich treffen. Eine Gruppenstunde dauert neunzig Minuten.

Die Kinder sind zu Beginn der Stunde oft unruhig. Dies liegt daran, dass sie bei einem Angebot, welches von kurzer Dauer ist und ins besonders dessen zu Beginn, häufig wenig bis kein Vertrauen in die Menschen und Umgebung haben. Das Verbot der Eltern, nicht über das Thema zu sprechen, ist bei den Adressaten*innen präsent. Daher ist es sinnvoll, dass die Klienten*innen zu Beginn der Stunde Zeit bekommen, sich zu entspannen und sich auf die Erfahrung einzulassen. Das Projekt ist unterteilt in zehn Module. Neun dieser Module sind Gruppenstunden mit der primären Zielgruppe der Kinder. Das zehnte Modul ist zwei Stunden mit den Eltern, dies bedeutet neunzig Minuten. Es ist empfehlenswert, die Väter separat anzusprechen, da erfahrungsgemäß die Mütter öfter zu den Treffen kommen, als die Väter. Dies ist unabhängig davon, welches Elternteil die Suchtkrankheit hat (vgl. Klein et al. 2013: 11-12, 27).

Jede Stunde verläuft nach demselben Ritual. Zuerst erfolgt ein Begrüßungsritual, dann die Bekanntgabe des Themas des jeweiligen Tages. Als Drittes wird die vergangene Woche besprochen. Der vierte Punkt ist die Arbeitsphase, in welcher das Thema der Woche behandelt wird. Danach schließt sich die Entspannungseinheit an. Als Sechstes wird über das Thema der kommenden Woche gesprochen und der letzte Punkt ist das Abschlussritual. Auch Regeln und Grenzen werden den Klienten*innen zu Beginn klar aufgezeigt. Dies ist vorteilhaft, da die Kinder aus suchtkranken Familien häufig Klarheit über die Geschehnisse benötigen. Dies gibt ihnen Sicherheit. Im Kapitel „2.2. Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen aus Sucht belasteten Familien“ wird darauf eingegangen, warum dies für die Klienten*innen wichtig ist (vgl. Klein et al. 2013: 28).

Der Ablauf zu Beginn jeder Stunde ist immer gleich: die Kinder bekommen eine Wetterkarte, die zeigen soll, wie sie sich fühlen. Bei der Stunde gibt es Hausaufgaben, welche Gedanken sie zum Thema der letzten Woche haben. Dies soll einen Transfer zur Lebenswelt der Klienten*innen schaffen. In den Wetterkarten wird mit Symbolen gearbeitet. Dies hilft den Adressaten*innen die nötige Distanz zu schaffen, um das eventuelle Verbot der Eltern über die Suchtkrankheit zu reden, zu umgehen (vgl. Klein et al. 2013: 28-29).

Pausen während der Gruppenstunden sind ein wichtiges Element. Sie sollten gemacht werden, um zu vermeiden, dass die Klienten*innen unruhig werden. Die Pausen sollten lang genug für einen Gang zur Toilette sein. Andererseits sollte darauf geachtet werden, dass die Pausen nicht zu lange andauern, um zu vermeiden, dass die Kinder eine andere Aktivität beginnen und somit von dem behandelten Thema abgelenkt werden. Es empfiehlt sich die Pause vor der Entspannungseinheit zu machen (vgl. Klein et al. 2013: 31). Das Abschlussritual ist dafür gedacht, zum Ende der Stunde den Kindern noch

etwas Positives mitzugeben. Die Klienten*innen haben die Aufgabe einander Komplimente zu machen oder eine positive Rückmeldung zu geben (vgl. Klein et al. 2013: 71).

Im Projekt „Trampolin“ wird zur Themenbearbeitung mit verschiedenen Methoden und Herangehensweisen gearbeitet, unter anderem mit Geschichten und Liedern. Spiele werden dabei größtenteils dafür eingesetzt, dass die Klienten*innen eine Bewegungsmöglichkeit erhalten. Nach diesem Konzept ist die primäre Herangehensweise des Projektes, gemeinsam mit den Adressaten*innen in einem Stuhlkreis zu sitzen und Arbeitsblätter zum aktuellen Thema zu bearbeiten. Bei dieser Herangehensweise ist von den Teilnehmer*innen stets Aufmerksamkeit gefordert. Die Bewegungseinheit sowie die Entspannungsphase nehmen bei der Gruppengestaltung einen eher geringen Anteil ein (vgl. Klein et al. 2013: 41-92). Ein besonderes Augenmerk haben die Bewältigungs- und Problemlösestrategien im sechsten Modul. Bei diesen werden Rollenspiele genutzt. Die Situation ist an den Lebenslagen der Klienten*innen orientiert. Wichtig ist, dass die Adressaten*innen die Gruppenstunden als positiv wahrnehmen sollen, da das Thema der Gruppen (Suchtkrankheit) bereits negativ ist (vgl. Klein et al. 2013: 29). Kritisch zu betrachten ist bei dem Projekt, dass die Klienten*innen für die meiste Zeit der Gruppenstunden sitzen und aufmerksam mitarbeiten müssen. Diese Phase umfasst rund fünfzig Minuten der Gruppenstunden, ohne das Begrüßungs- und Abschlussritual. Das Konzept sieht nicht vor, dass den Adressaten*innen Zeit eingeräumt wird, sich alleine mit dem behandelten Thema auseinanderzusetzen. Auch die Möglichkeit des Freispiels, welches in der Literatur etabliert ist, findet sich in dem Konzept nicht wieder. Stattdessen scheint das Projekt „Trampolin“, nach dem Konzept sowie der Beschreibung, die Methode des Freispiels bestmöglich zu unterbinden. Zu dieser Meinung führen die Beschreibungen der Räumlichkeit, Pausen und allgemeinen Struktur der Stunden.

Jedes Modul hat ein wesentliches Ziel. Das Ziel des ersten Moduls ist, eine vertrauensvolle Gruppenatmosphäre zu schaffen. Die zweite Stunde hat das ursprüngliche Ziel, den Selbstwert zu fördern. In dieser Stunde wird das Begrüßungs- und Abschlussritual eingeführt. Das Ziel des dritten Moduls ist, über die Sucht in der Familie zu reden. In der darauffolgenden Stunde ist Psychoedukation zum Thema Sucht das Ziel. In dieser Stunde soll das Wissen zu Drogen erweitert werden. Das fünfte Modul hat das Ziel, den adäquaten Umgang mit Emotionen zu fördern. Die sechste Stunde soll, Probleme lösen und dabei unterstützen, Selbstwirksamkeit zu finden. In der darauffolgenden Stunde werden, Verhaltensstrategien in der Sucht belasteten Familie erlernt. Für das achte Modul ist das Thema, Hilfe und Unterstützung einzuholen. Die letzte Stunde mit der primären Zielgruppe der Kinder, hat ein positives Abschiednehmen

als Ziel (vgl. Klein et al. 2013: 11-12, 41, 47, 51, 55, 61, 67, 72, 76, 81). Bei der letzten Gruppenstunde sollte der*die Gruppenleiter*in darauf achten, dass er oder sie noch einmal betont, wie schön die gemeinsame Zeit empfunden wurde. Dies bestärkt die Klienten*innen. Kinder aus suchtkranken Familien haben häufig negative Gefühle, wie zum Beispiel, dass sie nicht erwünscht sind. Der Abschluss der Gruppenstunden soll positiv sein. Es ist sinnvoll, dass nach Beendigung des Projekts die Einrichtung Kindern wie Eltern weiterhin zur Verfügung steht, um, wenn nötig, weiter zu unterstützen (vgl. Klein et al. 2013: 33).

Das zehnte Modul sind zwei Gruppenstunden für die Eltern. Das primäre Ziel ist, die Eltern zu stärken. Die elterlichen Treffen sollen im idealen Fall vor dem Beginn des ersten Moduls und nach Beendigung des neunten Moduls stattfinden. Die Stunden für die Eltern dienen dazu, diese über die Entwicklung von Kindern aus Suchtfamilien und über die Ziele und Vorgehensweisen des Projektes aufzuklären. Sekundäre Ziele sind unter anderem, das Selbstbewusstsein der elterlichen Rolle und Verantwortung zu stärken, die Auflösung des Tabuthemas „Sucht“, ein reales Bild und Motivation des Kindes zu schaffen und sich, wenn nötig, Hilfe in der Erziehung zu holen (vgl. Klein et al. 2013: 11-12, 85,93). In dem Konzept des Projektes „Trampolin“ ist es nicht vorgesehen, Eltern-Kind-Aktivitäten gemeinsam zu gestalten, um die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken.

Aus Sicht der Verfasserin ist das Projekt als Einstieg und Zugang zu den Zielgruppen geeignet. Allerdings werden viele Aspekte aus der Literatur nicht übernommen, wie beispielsweise die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung oder den Kindern Zeit zum Freispiel zu lassen (siehe Kapitel 3). Dies ist aus Sicht der zeitlichen Ressourcen auch eher schwer umzusetzen. Ebenso sieht die Verfasserin es kritisch, dass alle angestrebten Ziele in der zur Verfügung stehende Zeit ausreichend erreicht werden können.

4.2. Analyse des „ECHT STARK“ Projekts

Das Projekt „ECHT STARK“ wurde von der Universitätsklinik Ulm entwickelt. Sein Konzept orientiert sich an bereits existierenden Angeboten sowie deren Erfolgsquoten. Das Angebot ist für Kinder und Jugendliche aus psychischen- oder suchtkranken Familien ausgelegt (vgl. Schulze et al. 2014: 12, 14). In dem folgenden Abschnitt wird die Herangehensweise und das Ziel des Projektes konkreter untersucht.

Das eigentliche Ziel des Projekts ist es, den Klienten*innen altersgerechtes Wissen über die elterliche Krankheit zu vermitteln (vgl. Schulze et al. 2014: 14). Damit ist eine zielführende, mit einem ausreichenden Wissen über die Krankheit entwickelte Einsicht

für die Teilnehmer*innen gemeint. Die Einsicht ist einer der Resilienzen, die Wolin und Wolin (1995, 1996) bestimmt für ein unbeschwertes Aufwachsen haben (siehe Kapitel 3). Weitere Ziele die das Projekt verfolgt sind die Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls und die Förderung der sozialen Kompetenzen. Hier soll die Persönlichkeitsentwicklung positiv unterstützt werden (vgl. Schulze et al. 2014: 14). Im Hinblick auf die primären Zielgruppen wurde die Hilfsmaßnahme so konzipiert, dass sie mit zwei verschiedenen Altersgruppen parallel durchgeführt werden kann. Es wird allerdings vorgesehen, dass kleine Veränderungen bei der Wissensvermittlung stattfinden, um dem Entwicklungsstand der Klienten*innen gerecht zu werden. Die erste Altersgruppe ist von sechs bis zwölf Jahre, die zweite von dreizehn bis siebzehn Jahren. Erfahrungsgemäß ist davon auszugehen, dass Jugendliche über fünfzehn Jahren nicht an dem Projekt teilnehmen, da in diesem Alter Personen vermehrt den Wunsch zu einer Einzelberatung oder Hilfsmaßnahme haben. Wie bei dem Projekt „Trampolin“ werden neun wöchentliche Treffen geplant. Das Kriterium für die Teilnahme ist, dass mindestens ein Elternteil eine psychische und/oder Suchtkrankheit hat. (vgl. Schulze et al. 2014: 14, 16). Ebenso wie bei dem Projekt „Trampolin“ wird nicht berücksichtigt, über welche Ressourcen und Resilienzen die Kinder und Jugendlichen verfügen. Positiv im Konzept des Projekts „ECHT STARK“ wird bewertet, dass hier keine Einwilligung des Personensorgeberechtigten für die Teilnahme erforderlich ist, sondern die Zustimmung der Minderjährigen ausreicht. Es wird expliziert festgehalten, dass die Teilnahme an dem Projekt freiwillig ist und kein Klient*in gezwungen wird (vgl. Schulze et al. 2014: 25). Ein Problem mancher Hilfsmaßnahmen, welche im Kapitel 3.3. „Jugendhilfe und Suchthilfe“ bereits aufgegriffen wurden, ist, dass viele Angebote nicht die Motivationen der Adressaten*innen berücksichtigen. In der Bestimmung, dass die Kinder und Jugendlichen freiwillig an dem Projekt teilnehmen, wird dieses Problem in diesem Angebot gelöst, sowie das Recht der Minderjährigen auf Selbstbestimmung respektiert.

In dem Projekt „ECHT STARK“ besteht eine Gruppe aus sechs bis acht Teilnehmer*innen. Das Konzept sieht zwei Gruppenleiter*innen vor, eine männliche und eine weibliche. Diese Entscheidung ist von Vorteil für die Befindlichkeiten der Klienten*innen sowie für den Aufbau des Vertrauens. Optimal ist eine gemeinsame Durchführung aller Stunden, allerdings ist, wenn es aus Ressourcengründen nicht möglich ist, das Abwechseln des Leitens der Gruppe eine Alternative. Vor dem Beginn des Projektes wird mit den teilnehmenden Familien ein Gespräch geführt (vgl. Schulze et al. 2014: 14). Die Räumlichkeiten für das Angebot sollten so gestaltet sein, dass es genügend Platz für einen Stuhlkreis, Schreib- und Basteltisch sowie für einen Bewegungsraum gibt. Sichtbare Spielzeuge sollten vermieden werden, damit die Klienten*innen nicht zu schnell abgelenkt werden (vgl. Schulze et al. 2014: 16-17).

Das Projekt „ECHT STARK“ besteht aus zehn Modulen, welche mit den Klienten*innen durchgeführt werden. Bei dem ersten Modul handelt es sich um ein Treffen mit den gesamten Familien, bevor die eigentlichen Gruppenstunden beginnen. Die restlichen neun Module sind Gruppenstunden. Eine Gruppenstunde dauert neunzig Minuten. Dies ist die gleiche zeitliche Dauer, wie bei dem Projekt „Trampolin“. In der Zeit des Projektes finden zusätzlich noch zwei Elterntreffen statt. Diese sind nach dem vierten und achten Modul angesetzt (vgl. Schulze et al. 2014: 15). Jede Stunde folgt dem gleichen Aufbau. Das gibt den Kindern und Jugendlichen Routine und Sicherheit. Die Klienten*innen wissen somit immer, was als Nächstes folgt und sind darauf vorbereitet (vgl. Schulze et al. 2014: 16).

Das Konzept sieht vor, dass der Einstieg etwa zehn Minuten dauert (vgl. Aichinger 2011: 152; Schulze et al. 2014: 16). Als Einstieg oder Begrüßungsritual wird, wie bei dem Projekt „Trampolin“, das Spiel mit den Wetterkarten gespielt. Die Klienten*innen können mit einer Karte zeigen, wie sie sich im Moment fühlen oder wie sie die vergangene Woche empfunden haben. Mit Symbolen zu arbeiten gibt den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, Gefühle oder Ereignisse anders zu formulieren sowie, wenn nötig, Distanz aufzubauen. Nach dem Einstieg folgt die Arbeitsphase. In dieser sollen das Thema und die Ziele des Moduls erarbeitet werden. Für diese Phase sind eine reguläre Stunde von sechzig Minuten angedacht. Als Ausgleich für die Arbeitsphase folgt im Anschluss eine Spiel- und Kreativphase von fünfzehn Minuten. Zum Schluss folgt die Abschlussrunde, welcher bei jeder Gruppenstunde gleich ist. Am Ende der Stunde geht eine Kiste mit Süßigkeiten im Kreis herum und die Adressaten*innen dürfen etwas nehmen. Dabei erhalten sie auch noch einmal die Möglichkeit etwas zu äußern, was ihnen an dem Tag gefallen hat. Damit sollen die Gruppenstunden positiv enden. Dies dauert ungefähr fünf Minuten (vgl. Schulze et al. 2014: 16, 47).

Das erste Modul ist ein Familiengespräch mit allen Mitgliedern. Das Gespräch dient dazu, dass die Eltern das Projekt (Themen und Ziele) und die Mitarbeiter*innen kennenlernen und Vertrauen aufbauen können. Ebenso sollten die Eltern die Möglichkeit haben, offen Fragen stellen zu können. Ein Gespräch vor Beginn des Programms ist ein großer Schritt für die Familien, da dies bedeutet, dass sich alle Familienmitglieder mit der Krankheit auseinandersetzen und Hilfe in Anspruch nehmen wollen (vgl. Schulze et al. 2014: 24). Aus diesem Grund ist es wichtig, die Familie, besonders die Eltern, in ihrer Handlung zu bestärken sowie ihnen zu versichern, dass der Schritt, sich professionelle Unterstützung zu holen, Mut verlangt. Diese Bestätigung stärkt zudem eine positive Beziehung zur Familie. Im ersten Modul sind die Gruppenleiter*innen ebenso Berater*innen. Das Treffen wird als Form von Beratung gesehen und es werden auch Methoden, wie das Joining verwendet (vgl. Schulze et al. 2014: 25). Ähnlich wie die

Minderjährigen benötigen häufig auch die Eltern ein gewisses Maß an Sicherheit. Um den Eltern diese Sicherheit zu bieten, werden sie über die Themen und Ziele des Projekts „ECHT STARK“ beim Familiengespräch in Kenntnis gesetzt. Dies gibt den Erwachsenen die Möglichkeit, sich auf das Angebot geistig vorzubereiten (vgl. Schulze et al. 2014: 32). Dieser Schritt hat einen positiven Aspekt. Damit die Ziele des Projekts erreicht werden können, benötigen die Fachkräfte die Unterstützung der Eltern. Die Eltern können die Kinder und Jugendlichen darin bestärken und motivieren, an dem Angebot teilzunehmen. Die Klienten*innen sollen nicht das Gefühl haben, die Familie oder die Eltern zu verraten, wenn sie an der Maßnahme teilnehmen. Durch die Unterstützung der Personensorgeberechtigten wird dies verhindert. Zu diesem Aspekt gehört ebenso die Aufgabe des kranken Elternteils oder der kranken Eltern, dem Kind explizit zu erlauben, über die Krankheit in der Gruppe reden zu dürfen (vgl. Schulze et al. 2014: 16). Im zweiten Kapitel wurde bereits darauf eingegangen, dass in vielen Familien eine ungeschriebene Regel gibt, nicht über die Krankheit zu sprechen. Das klare Erlauben der Eltern soll den Kindern helfen, sich nicht schuldig zu fühlen, wenn sie über ihre Erfahrungen reden.

Bei den Elterngruppenstunden sollte wie bei dem Projekt „Trampolin“ mindestens ein Elternteil anwesend sein. Hierbei wird der Elternteil bevorzugt, welcher die psychische und/oder die Suchtkrankheit hat. Die Elterngruppenstunden sind für einen persönlichen Austausch und Informationen gedacht. Sie sollen den Eltern zudem Hilfestellung liefern, wenn sich Verhaltensweisen der Minderjährigen geändert haben oder wie mit den Fragen der Kinder und Jugendlichen umgegangen werden soll. Die Eltern sollen auch über den bisherigen Verlauf informiert werden. Das zweite Elterntreffen ist zudem dazu gedacht, den Personensorgeberechtigten die Möglichkeit einzuräumen, nach Beendigung des Projekts weitere Hilfe zu erhalten (vgl. Schulze et al. 2014: 15, 16). Im Projekt „ECHT STARK“ sind die Eltern nicht in der Rolle der sekundären Zielgruppe. Es wird hier vorausgesetzt, dass sie die Elternrollen vollständig ausfüllen werden.

Jedes Modul hat sein eigenes Thema und Ziele für die Klienten*innen. In der ersten Gruppenstunde steht das Kennenlernen der Mitglieder und des Angebotes im Fokus. In dieser Stunde lernen die Adressaten*innen auch das Begrüßungsritual und das Abschlussspiel kennen (vgl. Schulze et al. 2014: 43). Die primären Ziele der Module lassen sich in Gruppen einteilen. So ist das übergeordnete Ziel des dritten Moduls die Aufklärung über die elterliche Krankheit. Das vierte und fünfte Modul streben das primäre Ziel vom Umgang mit Emotionen an. Das sechste und siebte Modul hat das Ziel, dass die Klienten*innen soziale Verhaltensweisen lernen. Bei diesen wird die Methode des Rollenspiels besonders hervorgehoben (vgl. Schulze et al. 2014: 15). Mit dieser Methode wird nicht nur das primäre Ziel dieser Module erfüllt. Sekundär wird auf das Ziel der

nächsten beiden Module hingearbeitet (vgl. Aichinger 2011: 155-156). Im achten und neunten Modul werden die Themen Ressourcen, Selbstwertgefühl sowie individuelle Stärken behandelt. Das zehnte Modul hat zum Ziel, die vorigen Themen zu vertiefen und einen positiven Abschluss zu schaffen (vgl. Schulze et al. 2014: 15).

Bei diesem Projekt besteht bei jedem Modul eine Arbeitsphase von ungefähr einer Stunde. In dieser Stunde bekommen die Klienten*innen in den meisten Modulen mehrere Aufgaben. Dies führt dazu, dass sich die Situation ein wenig auflockert. Ebenso steht im Konzept nicht fest, ob die einzelnen Aufgaben ausgeführt werden müssen. Die Kinder oder Jugendlichen haben dementsprechend eventuell die Möglichkeit, sich auch in der Arbeitsphase zu bewegen. Das Projekt „ECHT STARK“ sieht in seinem Konzept vor, dass die Kinder oder Jugendlichen ein Mitspracherecht in der Gestaltung der Spiel- und Kreativphase haben (vgl. Schulze et al. 2014: 16). Dies fördert die Kommunikationsfähigkeit der Klienten*innen sowie das Grundprinzip der Demokratie (vgl. Oswald/Meeß 2018: 38; Zobel 2008: 123). Das Prinzip einer Entspannungsphase ist in diesem Angebot nicht enthalten, lediglich im achten Modul wird eine Fantasiereise durchgeführt (vgl. Schulze et al. 2014: 114). Vermehrte Entspannungsübungen würden besonders den Adressaten*innen, welche die „rebellische“, „über-erwachsene“ oder „verantwortungsvolle“ Rollen einnehmen, unterstützen diese zu verlassen (siehe „3.2.2. Unterstützungsansätze für eingenommene Rollen“). Ebenso wie bei dem Projekt „Trampolin“ gibt es in diesem Angebot keine klare Zeit für die Klienten*innen in das Freispiel zu gehen, um so Kontakt aufzunehmen (vgl. Klein 2008: 411).

4.3. Analyse des „Wiesel“ Angebotes

Das Angebot „Wiesel“ wurde im Jahr 2006 in Neukirchen gegründet. Es wird von dem Beratungs- und Behandlungszentrum der Caritas durchgeführt. Die Maßnahme ist für Kinder und Jugendliche mit suchtkranken Eltern gedacht. Das Angebot ist so konzipiert, dass es für verschiedene Altersgruppen geeignet ist. Die Altersgruppe mit der höchsten Teilnehmer*innen Anzahl ist die Gruppe zwischen zehn und vierzehn Jahren. Die zweitgrößte Altersgruppe ist die zwischen sechs und zehn Jahren. Ein klein wenig kleiner ist die Gruppe der vierzehn bis achtzehn Jährigen. Die viertgrößte Altersgruppe sind die Kinder unter sechs Jahre. Das Angebot mit etwas weniger Adressaten*innen ist für Personen, die älter als achtzehn Jahre sind (vgl. Oswald/Meeß 2018: 14). Aufgrund der Tatsache, dass in dem Projekt keine Definition der Begriffe „Kind“ und „Jugendliche“ genannt wurde, wird in diesem Kapitel zum Verständnis von der Definition des JuSchG § 1 ausgegangen. Die Klienten*innen werden in der überwiegenden Mehrheit von

Institutionen wie Schule oder Jugendamt auf das Angebot aufmerksam gemacht und weitergeleitet (vgl. Oswald/Meeß 2018: 14).

Der Hauptbestandteil des Programms ist ein fortlaufendes Gruppenangebot. In den Fällen, dass Klienten*innen zusätzliche Unterstützung benötigen, gibt es noch das Angebot der Einzelberatung mit Therapeuten*innen. Ebenso ist die Weitervermittlung an andere Einrichtungen oder Maßnahmen möglich. Bei dem Angebot sind die Gruppen homogen gestaltet. Das Konzept geht auf diese alte homogene Gruppenkonstellation nicht genau ein. Allerdings ist anzunehmen, dass die Altersgruppe unter sechs Jahren, die Altersgruppe zwischen sechs und zehn Jahren, zwischen zehn und vierzehn Jahren, zwischen vierzehn und achtzehn Jahren sowie über achtzehn Jahren ihre eigenen Gruppenangebote haben (vgl. Oswald/Meeß 2018: 15-16). Die Gruppenstunden finden alle zwei Wochen statt. Wichtig für die Teilnehmer*innen ist die Zustimmung des Personensorgeberechtigten. Die eigene Motivation der Klienten*innen ist wichtig, ebenso wie ein positives Wohlfühlgefühl. Aus diesem Grund haben die Minderjährigen die Möglichkeit bei ein bis zwei Terminen unverbindlich teilzunehmen, bevor sie entscheiden, ob sie an der Maßnahme teilnehmen. Ebenso wie an dem Projekt „ECHT STARK“ haben die Eltern die Aufgabe, den Kindern und Jugendlichen zu erlauben, von zu Hause erzählen zu dürfen, damit diese nicht in einen innerlichen Konflikt kommen und negative Gefühle wie Angst entwickeln. Bei dem Angebot „Wiesel“ wird nicht vor Beginn des Angebotes ein Einzelgespräch mit dem Minderjährigen geführt, um sich kennenzulernen und zur Beantwortung von eventuellen Fragen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 15). Zwei Aspekte der Kritik an dem Angebot sind, dass bei der Auswahl der Teilnehmer*innen nicht daran gedacht wird, welche Ressourcen und Resilienzen die Kinder und Jugendlichen mit sich bringen. In dem vorherigen Kapitel wurde bereits darauf eingegangen, dass Kinder und Jugendliche, welche über die sieben Resilienzen von Wolin und Wolin (1995,1996) verfügen oder Ressourcen wie eine Bezugsperson außerhalb der Familie haben, ein geringes Risiko haben, von der elterlichen Krankheit in ihre Entwicklung eingeschränkt zu werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2019: 81; Klein 2008: 146-147; Zobel 2008: 115). Da dies in dem Auswahlverfahren nicht mitberücksichtigt wird, ist davon auszugehen, dass in manchen Fällen die Klienten*innen nicht den Bedarf, professionelle Hilfe zu erhalten. Dies führt zum zweiten kritischen Aspekt. Aufgrund der Tatsache, dass das Angebot fortlaufend und nicht festgelegt ist, wie lange ein Adressat*in die Unterstützung erhält. Es gibt kein klares vereinbartes Zeitlimit wie bei den anderen beiden Projekten welche vorgestellt wurden. Es darf nicht Ziel eines Angebotes sein, die Klienten*innen länger als sie benötigen, professionelle Unterstützung zukommen zu lassen (vgl. Klein 2008: 409). Um diese

Problematik zu umgehen, sollte in einem Hilfeplangespräch der Zeitraum der Teilnahme an dem Angebot konkret definiert sein.

In dem Gruppenangebot gibt es gemeinsame Ausflüge und Unternehmungen. Der reguläre Gruppenalltag ist strukturiert mit Ritualen, um den Mitgliedern ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln (vgl. Oswald/Meeß 2018: 15). Die Maßnahme ist ein Zusammenschluss von Jugendhilfe und Suchthilfe. Dies ist positiv, da in dem Themenbereich das professionelle Wissen beider Seiten benötigt wird, um den Familien und damit besonderes der primären Zielgruppe der Minderjährigen zu helfen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 18). Die Zusammenarbeit von Jugend- und Suchthilfe ist ein Punkt, der in der Literatur viel kritisiert wird, da die Jugend- und die Suchthilfe eher zu wenig zusammenarbeiten und nicht geklärt ist, wer verantwortlich ist (vgl. Klein 2008: 407). Dieses Angebot hat das Problem mit einer doppelten Leitung gelöst.

Ebenso wie bei dem Projekt „ECHT STARK“ werden die Gruppen von einer männlichen und einer weiblichen Person geleitet. Somit haben die Klienten*innen beide Geschlechtern als Identifikationsfiguren. Für die Kinder sollte die Gruppe nicht größer sein als sechs Personen. Für die Jugendlichen ist eine Gruppengröße von acht Personen vorgesehen. Die Adressaten*innen erhalten in vielen Fällen wenig Aufmerksamkeit von zu Hause. Die Gruppengrößen sind daher so klein, damit die Teilnehmer*innen von dem Gruppenleiter*in ausreichend Aufmerksamkeit und positive Zuwendung erhalten. Um weniger Neid und Rivalität zu schaffen, wird dazu geraten, Geschwisterkinder nicht der gleichen Gruppe zuzuteilen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 18). Das Angebot „Wiesel“ orientiert sich bei der Gruppenarbeit ebenfalls an den Bedürfnissen der Klienten*innen, wie die Projekte „Trampolin“ und „ECHT STARK“ und lässt ihre Ideen in die Gestaltung des Gruppenalltags mit einfließen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 19).

Die primären Ziele des Gruppenangebotes sind, den Klienten*innen die Möglichkeit zu bieten, sich über ihre Erfahrungen, Themen wie Gefühle, Rollen innerhalb der Familie, ihre Lebenswirklichkeit mit der Krankheit der Eltern sowie Aufklärung über die elterliche Krankheit auszutauschen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 15). Die sekundären Ziele sind der Aufbau von, Stärkung der Selbstwahrnehmung und Selbstbildes sowie Erarbeitung von Werten und Ressourcen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 51). Weiterhin das Aufarbeiten sowie die Auseinandersetzung von Emotionen und das Erlernen eines gesunden Umgangs mit den eigenen und fremden Gefühlen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 65-66). Ein Ziel, welches sich in den anderen vorgestellten Programmen nicht widerspiegelt, ist ein bewusster Umgang mit dem eigenen Körper (vgl. Oswald/Meeß 2018: 77). Ein Gefühl für den eigenen Körper zu entwickeln ist besonders für die Minderjährigen, welche die spezielle

Rolle des „verlorenen Kindes“ angenommen haben vorteilhaft, da diese in vielen Fällen ein mangelndes Körpergefühl besitzen (vgl. Lindemann 2006: 22; Barnowski-Geiser 2015: 114). Das Auseinandersetzen mit der eigenen Herkunft, Lebenswelt und Werdegang ist eine Thematik für Jugendliche sowie junge Erwachsene (vgl. Oswald/Meeß 2018: 88). Ein weiteres Thema ist die Darstellung der Familie, zum einen wie sie real ist, als auch wie sich die Klienten*innen diese wünschen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 93). Durch diese Thematik erhalten die Fachkräfte Einblick in die Gedankenwelt der Adressaten*innen. Mit diesem Wissen können sie die Personensorgeberechtigten (Eltern), über die Wirklichkeit und Befindlichkeit des Minderjährigen aufklären. Für die Klienten*innen ermöglicht es eine Auseinandersetzung mit dem familiären Alltag. Das letzte Ziel ist die Suchtprävention bei den Klienten*innen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 174). Wie bereits im zweiten Kapitel beschrieben, übernehmen Kinder im Erwachsenenalter häufig die Verhaltensweisen der Eltern. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Klienten*innen über die Suchtkrankheit und Konsequenzen aufzuklären sowie ihnen zu helfen, sich ihres erhöhten Risikos bewusst zu werden. Dies ist zielführend, damit die Suchtkrankheit nicht die nächste Generation beeinflusst (vgl. Lindemann 2006: 30; Klein et al. 2013: 13; Barnowski-Geiser 2015: 58).

Die Ziele der Elternberatung sind, den Eltern die Bedürfnisse und Lebenswelt der Kinder und Jugendliche näherzubringen, die Beziehungen in der Familie positiv zu bestärken, Schuld und Schamgefühle der Eltern und Bezugsperson abzubauen, das Wiederherstellen der Rollenverteilung sowie bei Bedarf, die Weiterleitung an andere Stellen und Angebote. Die Beratung sollte in einem ungefähren Abstand von sechs bis zehn Wochen stattfinden. Die Elternberatung können auch von Bezugspersonen der Minderjährigen, wie Großeltern oder Stiefeltern, genutzt werden. Es ist sinnvoll, dass es ebenfalls Beratungsangebot für Bezugsperson gibt (vgl. Oswald/Meeß 2018: 16, 203). Eine Bezugsperson außerhalb des Elternhauses ist ein Schutzfaktor für die Minderjährigen. Aufgrund ihrer Erfahrungen bringen die Kinder und Jugendlichen andere Erwartungen mit sich. Es ist möglich, dass Bezugsperson Schwierigkeiten haben, den Erwartungen der Minderjährigen gerecht zu werden (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage 2019: 78-79). Damit diese erfüllt werden können, ist es sinnvoll, dass die Bezugspersonen in dem Angebot ebenfalls beraten werden.

In dem Angebot „Wiesel“ gibt es noch weitere Formen der Elternarbeit. Neben dem Elterngespräch gibt es Elternabende und Elternseminare. Die Ziele der drei Formen überschneiden sich. Die Elternabende haben das primäre Ziel der Aufklärung über das Angebot und der behandelten Thematiken. Hingegen hat das Elternseminar das Ziel, bei Interesse, intensiver auf Themen einzugehen und die Familien auf diese Weise zu unterstützen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 203-205). Dies ist positiv, da häufig die

Elterngespräche im begrenzten Rahmen stattfinden. Mit den zusätzlichen Angeboten ist es möglich, sich konkreter mit Themen auseinanderzusetzen. Wenn ein Termin verpasst wurde, kann dieser gegebenenfalls an einem der anderen Veranstaltungen nachgeholt werden. Die Eltern und Personensorgeberechtigten stehen mit der zusätzlichen Veranstaltung in einem engeren Austausch mit den Fachkräften. Dies fördert das Vertrauen der Eltern zu den Mitarbeiter*innen. Das Angebot „Wiesel“ veranstaltet bewusst mit ihren Klienten*innen gemeinsame Freizeitaktivitäten. Diese sollen einen Ausgleich zu dem Gruppenalltag schaffen. Des Weiteren fördert es das Zugehörigkeitsgefühl der Adressaten*innen (vgl. Oswald/Meeß 2018: 201). In diesen gemeinsamen Ausflügen lernen die Klienten*innen in einem anderen Rahmen soziale Kompetenz und Werte kennen (vgl. Zobel 2008: 119).

Dieses Angebot ist größer angesetzt als die anderen beiden vorgestellten Projekte. Viel mehr Aspekte aus der Literatur finden sich in dem Angebot wieder. Das Angebot arbeitet disziplinübergreifend. Diese Arbeit berücksichtigt lediglich den Bereich, der die Soziale Arbeit widerspiegelt. Es ist davon auszugehen, um dieses Angebot erfolgreich zu kopieren, dass Probleme wie eine dauerhafte Finanzierung, Unterstützung der lokalen Politik sowie der Austausch und Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Suchthilfe und auch von verschiedenen anderen Disziplinen gelöst werden müssen.

5. Zusammenfassung

„Inwiefern sind Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien hilfreich in der sozialen Arbeit?“ Dies ist die primäre Frage dieser Bachelorarbeit. Im Verlauf der Arbeit wurden viele verschiedene Aspekte angeführt, von der Lebenslage der Minderjährigen über literarische Fakten bis zur Analyse von drei existierenden Angeboten. Die vorgestellten Projekte und Angebote enthalten viele Aspekte, welche sich in der Literatur über optimale Begebenheiten für eine Maßnahme sowie über die allgemeine Lebenswirklichkeit der Kinder und Jugendlichen befassen. Unter diesem Sichtpunkt ist die Frage als positiv zu beantworten. Die Ziele der Maßnahmen sind dazu ausgelegt, die Klienten*innen in ihrer Entwicklung positiv zu unterstützen, jedoch mit einzelnen Aspekten, welche weiterbilden wären. Allerdings ist mit anzuführen, dass die Frage lediglich im Rahmen der Bachelorarbeit beantwortet werden konnte. Es war nicht möglich, alle Aspekte der Thematik im ausreichenden Maße in dieser Arbeit zu behandeln. Um die Frage optimal beantworten zu können, wäre ein größerer Rahmen mit zusätzlicher fachspezifischer Literatur sowie mehr zu analysierenden Maßnahmen nötig.

Weitere Ziele der Arbeit waren, die Leser*innen, über die Thematik von Kindern und Jugendlichen aus suchtkranken Familien aufzuklären, sowie eine Anregung zu schaffen kritisch die bestehenden Angebote zu betrachten. Ebenso war das Ziel, Fachkräfte die diese Arbeit lesen, auf die Lebensrealität der Klienten*innen zu sensibilisieren. Diese Ziele wurden mit der Arbeit erreicht. Eine Absicht, welche in der Einleitung der Bachelorarbeit aufgeführt wurde, war, den Betroffenen Möglichkeiten aufzuzeigen, bei welchen Stellen diese Unterstützung erhalten können. Die Erfüllung dies Vorsatzes zählt zu einem der Aspekte, die aufgrund des begrenzten Rahmens der Arbeit nicht vollumfänglich behandelt werden konnten. Die Angebote aus dem vierten Kapitel bieten für dieses Ziel allerdings eine Anregung. Durch den Aufbau der Bachelorarbeit wurde es ermöglicht weitere sekundäre Ziele in den einzelnen Kapiteln ausreichenden zu beantworten.

Ein Ausblick aus den Ergebnissen dieser Arbeit für die Zukunft können sein, dass die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen Jugend- und Suchthilfe normalisiert wird. Eine solche Normalisierung würde dazu führen, dass die Zuständigkeit für Maßnahmen und Hilfen klaren definiert wird. Somit erhalten betroffene Familien schneller Unterstützung. Eine Zusammenführung beider Bereiche würde das erfüllen. Um dies zu erreichen, wären Weiterbildungen über den jeweils anderen Fachbereichen möglich, sowie die Einführung eines Masterstudienganges in die Themenfelder der Jugend- und Suchthilfe.

Ein weiterer Ausblick im Bereich der Literatur wäre, dass vermehrt über die Aspekte der Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien geschrieben wird. Die bisherige Literatur erwähnt dies lediglich am Rande und fokussiert sich auf die Ziele und Methoden der Gruppenarbeit mit dieser Zielgruppe.

Literaturverzeichnis

- Aichinger, Alfons (2011): *Resilienzförderung mit Kindern: Kinderpsychodrama*, Springer-Verlag.
- Bachmann, Meinolf/Andrada Andrea Bachmann (2022): *Der Alternativen-Finder: Manual zur Therapie-Unterstützung bei Suchterkrankungen, affektiven, Ess-, Zwangsstörungen und anderem Risikoverhalten mit Fehlfunktion des Belohnungssystems*, Springer.
- Barnowski-Geiser, Waltraud (2015): *Vater, Mutter, Sucht: Wie erwachsene Kinder suchtkranker Eltern trotzdem ihr Glück finden*.
- Bundesregierung, Die Drogenbeauftragte Der/Bundesministerium Für Gesundheit (2017): *Drogen- und Suchtbericht*, in: *Drogen- und Suchtbericht Juli 2017*, S. 83, [online] doi:10.15496/publikation-21049.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (o. D.): *Suchtprobleme in der Familie: Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen*, 7.10.07.19, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), [Buch].
- Erwachsenwerden in Familien Suchtkranker: Eine Arbeitshilfe für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen sowie der Arbeitswelt* (2020): 1. Aufl., Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Bd. 33240200, [PDF].
- Flad, Carola/Sabine Schneider/Rainer Treptow (2008): *Handlungskompetenz in der Jugendhilfe: Eine qualitative Studie zum Erfahrungswissen von Fachkräften*, Springer-Verlag.
- Giesert, Marianne (2012): *Sucht im Betrieb: Von der Suchtprävention zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement*.
- JuSchG, § 1 „Begriffsbestimmung“
- Kammerer, Bernd (2000): *Starke Kinder - keine Drogen: das Projekte-Handbuch zur Suchtprävention mit Kindern ; Einführung, Grundlagen, Praxis und Projekte*.
- Klein, Michael (2008): *Kinder und Suchtgefahren: Risiken - Prävention - Hilfen ; mit 40 Tabellen*, Schattauer Verlag.
- Klein, Michael/Diana Moesgen/Sonja Bröning/Rainer Thomasius (2013): *Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken: Das „Trampolin“-Programm*.
- Kostrzewa, Regina (2022): *Alkohol und Drogen in der Familie: Präventionswissen für Eltern und pädagogische Fachkräfte*, Kohlhammer Verlag.
- Krebs, Marcel/Roger Mäder/Tanya Mezzera (2021): *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis*, Springer VS.
- Kuntz, Helmut (2005): *Der rote Faden in der Sucht: Abhängigkeit überwinden und verstehen*.
- Lindemann, Frank (2006): *Den Suchtkreislauf durchbrechen: Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften*.

- Oswald, Corinna/Janina Meeß (2018): *Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien*.
- Plass, Angela/Silke Wiegand-Grefe (2012): *Kinder psychisch kranker Eltern : Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*.
- Quensel, Stephan (2010): *Das Elend der Suchtprävention: Analyse - Kritik - Alternative*, Springer-Verlag.
- Schay, Peter/Roland Helsper/Niklas Helsper (2021): *Durchgerutscht: Kinder und Jugendliche zwischen den Hilfesystemen!: Analysen und Lösungsansätze zur Sozialarbeit in suchtbelasteten Familien*.
- Schulze, Ulrike M.E./Katrin Kliegl/Christine Mauser/Marianne Rapp/Marc Allroggen/Jörg M. Fegert (2014): *ECHT STARK! Ein Manual für die Arbeit mit Kindern psychisch kranker und suchtkranker Eltern*, Springer-Verlag.
- Schwarzkopf, Larissa/Jutta Künzel/Monika Murawski/Sara Specht/IFT Institut für Therapieforschung, München (2022): *Suchthilfe in Deutschland 2021: Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS)*.
- SGB VIII § 1 „Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe“
- Sucht und Drogen | BMG (2023): Bundesministerium für Gesundheit, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html> [abgerufen am 29.04.2023].
- Sucht und Drogen | BMG (o. D.): App Title, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html>.
- Thomasius, Rainer (2005): *Familie und Sucht: Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention ; mit 13 Tabellen*, Schattauer Verlag.
- Zobel, Martin (2008): *Wenn Eltern zu viel trinken: Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien*.