

Gewaltprobleme in Familien

Gewalt in Familien ist seit nunmehr 20 Jahren Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung (Engfer 1986; Finkelhor et al. 1983; Gelles/Cornell 1990; Gelles/Loseke 1993; Honig 1986; Steinmetz/Strauss 1974) sowie intensiver Bemühungen um die Entwicklung und Anwendung sozialpädagogischer, therapeutischer und medizinischer Konzepte und Hilfeprogramme (Bast et al. 1975; Brinkmann/Honig 1984; Olbing et al. 1989). Für den Bereich des sexuellen Missbrauchs sind zahlreiche Präventionskonzepte in Anlehnung an US-amerikanische Projekte entwickelt worden (vgl. Gilbert et al. 1989; Marquardt-Mau 1993, S. 143).

Die in der Forschungsliteratur offen gelegte Bandbreite der Erscheinungsformen und Komplexität familialer Gewalt umfasst die Gewalt gegen Kinder, gegen Frauen, unter Geschwistern, gegen Eltern und alte Menschen (für alle Formen familialer Gewalt vgl. Gelles/Loseke 1993; Godenzi 1993). Den Schwerpunkt bildet im Folgenden aber die Auseinandersetzung mit dem Problembereich familialer Gewalt gegen Kinder.

Kinder sind sowohl die häufigsten als auch zugleich die verletzlichsten Opfer familialer Gewalt. Die Konfrontation hiermit stellt insbesondere für Angehörige sozialer Berufe ein schwieriges und auch belastendes Problemfeld dar (Rothmaier 1983, S. 79ff.; Hege/Schwarz 1992, S. 79). Sie stehen in ihrer Alltagsarbeit mit gewaltbelasteten Familien oft – aus ihrer gesetzlich bestimmten Funktion heraus, *das Kindeswohl zu schützen* – in dem Dilemma, zwischen Hilfe und Kontrolle, aber auch zwischen Kindeswohl und Elternrecht entscheiden zu müssen (vgl. Hege/Schwarz 1992, S. 79; Mörsberger 1983, S. 85; Zenz 1979).

Trotz der positiven Wandlungsprozesse im Eltern-Kind-Verhältnis (Fend 1982; Textor 1992, S. 15ff.) sind dennoch die alltäglichen Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen durch ihre Eltern nicht unerheblich, und für viele Eltern gehören Gewaltanwendungen zur alltäglichen Erziehungspraxis (Bussmann/Horn 1995, S. 33; Honig 1986, S. 25). »Das Kind in der modernen Familie genießt zwar die Aufmerksamkeit der Eltern, aber nicht deren Achtung« (Faltermeier 1992, S. 160). Den veränderten familialen und gesellschaftlichen Einstellungen zu Kindern, die im Laufe des 18. Jahrhunderts mit der »Entdeckung der Kindheit« begann (zur Sozialgeschichte der Kindheit vgl. Ariès 1985), und ihrer heute zweifellos verbesserten gesellschaftlichen Position im Vergleich zu vergangenen Jahrhunderten steht jedoch auf politischer und rechtlicher Ebene ihre einflusslose und schwache Position gegenüber (Frehsee 1992, S. 43; Sücker 1993, S. 44). Das Züchtigungsrecht von Eltern sei hier nur als *ein* markantes Beispiel genannt (Petri 1989, S. 182). Vor allem die soziale Abgeschlossenheit der Familie gegenüber ihrer Umwelt, die auch durch das Recht weitgehend unterstützt wird (siehe Art. 6 Abs. 2 GG; dazu Frehsee 1992, S. 43) wird zunehmend in die Analyse für die Entstehung familialer Gewalt mit einbezogen.

Die auf den ersten Blick banale Aussage, dass Gewalt gegen Kinder oder Kindesmisshandlung ein »normales« Problem in Familien sei (Honig 1986, S. 28), weist darauf hin, dass Kindesmisshandlungen nicht durch »abartige« Personen verübt werden. Gleichwohl scheint die Familie ein geeigneter Nährboden familialer Gewalt zu sein (Hurrelmann 1989, S. 12f.), und die Gefahr für Kinder, Opfer von Gewalt zu werden, ist hier besonders groß: »Gewalt in der Familie ist die ... weit verbreitetste Form von Gewalt« (Schwind et al. 1990, Bd. 1, S. 90).

Definitionen familialer Gewalt gegen Kinder

Der Begriff der familialen Gewalt gegen Kinder wird sowohl in der Theorie- und Praxisdiskussion als auch in empirischer Hinsicht sehr uneinheitlich gebraucht. Während bis zu Beginn der 70er Jahre überwiegend der Begriff der Kindesmisshandlung verwendet wurde, wird heute auch von »Gewalt gegen Kinder« gesprochen, da dieser Begriff gesellschaftliche Gewaltbedingungen mit einbezieht (Hasebrink 1995, S. 225). Misshandlung, Vernachlässigung und sexueller Missbrauch von Kindern werden vor dem Hintergrund dieser Begriffserweiterung nicht mehr wie früher in den Zusammenhang mit Problemfamilien oder Unterschichtsangehörigen gestellt, sondern verweisen auf die allgemeinen gesellschaftlichen Lebensbedingungen von Kindern und die damit verbundene strukturelle Gewalt. Hierzu gehören beispielsweise Gefährdungen im Straßenverkehr, Umweltbelastungen, schlechte Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit der Eltern und auch die schwache rechtliche Stellung von Kindern in unserer Gesellschaft.

Für alle Formen der Gewalt gegen Kinder oder Kindesmisshandlung (beide Begriffe werden im Folgenden gleichbedeutend verwendet) ist festzuhalten, dass es keine allgemein gültigen Definitionen gibt. Es muss zwischen weiten und engen Misshandlungsbegriffen unterschieden werden. Enge Interpretationen umfassen Fälle körperlicher Verletzungen, während weiter gefasste Misshandlungsbegriffe sämtliche gewaltförmigen Verhaltensweisen von Eltern mit einbeziehen (Frank 1989, S. 18; zur ausführlichen Diskussion der unterschiedlichen Misshandlungsbegriffe und ihrer Konsequenzen für die Intervention und Prävention vgl. Engfer 1986, S. 3 ff.). Zur Kindesmisshandlung zählen folgende Formen: körperliche und seelische Misshandlung, körperliche und seelische Vernachlässigung sowie sexueller Missbrauch.

In einem umfassenden Verständnis ist Gewalt gegen Kinder »nicht allein die isolierte gewaltsame Beeinträchtigung eines Kindes. Die Misshandlung von Kindern umfasst vielmehr die Gesamtheit der Lebensbedingungen, der Handlungen und Unterlassungen, die dazu führen, dass das Recht der Kinder auf Leben, Erziehung und wirkliche Förderung beschnitten wird. Das Defizit zwischen diesen Rechten und ihrer tatsächlichen Lebenssituation macht die Gesamtheit der Kindesmisshandlungen aus« (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1984, S. 15).

Körperliche Misshandlung: Unter körperlicher Misshandlung versteht man physische Gewaltanwendungen (Schlagen, Verbrennen, Schütteln etc.) durch die Eltern oder andere Personen, die Verletzungen beim Kind mit sich bringen können. Sowohl Form und Schwere der Gewalthandlung als auch die Empfindlichkeit des kindlichen Organismus bestimmen den Grad der Schädigung. So kann beispielsweise schon bei Säuglingen ein heftiges Schütteln Hirnverletzungen verursachen oder können Schläge mit der Hand zu Hämatomen oder auch zu Knochenbrüchen führen.

Seelische Misshandlung: Unter seelischer Misshandlung versteht man sämtliche Verhaltensweisen, die die gesunde seelische Entwicklung des Kindes beeinträchtigen. Hierzu zählen Demütigungen, Drohungen, ständige Beschimpfungen oder das Bestrafen mit Liebesentzug. »Der Begriff der psychischen Misshandlung (ist) möglicherweise der zentralste und umfassendste Misshandlungsbegriff, weil er die durch das elterliche Verhalten bedingten psychischen Beeinträchtigungen des Kindes zum entscheidenden Bestimmungskriterium macht« (Engfer 1986, S. 13).

Körperliche und emotionale Vernachlässigung: Unter Kindesvernachlässigung sind alle Handlungen oder Unterlassungen gefasst, die sowohl die psychische als auch physische Unterversorgung beinhalten und die die körperliche und seelische Entwicklung des Kindes in erheblichem Maße beeinträchtigen können. Vernachlässigung äußert sich u.a. in mangelnder Pflege, unzureichender körperlicher Hygiene, schlechter Ernährung und im Mangel emotionaler Zuwendung. Thyen (1986) beschreibt Vernachlässigung als »einen chronischen Zustand, der von schwerer Retardierung in der emotionalen und physischen Entwicklung gefolgt wird« (S. 104). Kindesvernachlässigung ist überwiegend ein Problem armer Familien und eng mit dem ökonomischen Status der Familie verknüpft (Knoller 1993, S. 2).

Sexueller Missbrauch: Unter sexuellem Missbrauch versteht man alle sexuellen Handlungen, die gegen den Willen des Kindes vorgenommen werden und denen das Kind aufgrund seiner körperlichen, psychischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung nicht wesentlich zustimmen kann (Bange 1992, S. 50ff.; Finkelhor et al. 1983). Der Missbrauch besteht vor allem darin, dass die erwachsene Person ihre Macht- und Autoritätsstellung zur eigenen sexuellen Befriedigung ausnutzt. Sexueller Missbrauch an Kindern unterscheidet sich in vielen Aspekten von den anderen Formen der Gewalt gegen Kinder: Beispielsweise ist sexueller Missbrauch vorrangig ein geschlechtsspezifisches Problem – in erster Linie sind Mädchen betroffen; die Täter sind in der Mehrheit Männer (vgl. Bange 1992). Er führt in den wenigsten Fällen zu sichtbaren körperlichen Verletzungen und geschieht unter dem Druck der Geheimhaltung (Enders 1990). Sexueller Missbrauch an Kindern hat sowohl in der Theorie- als auch in der Praxisdiskussion zu heftigen Kontroversen geführt, auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann (zur ausführlichen Diskussion siehe Enders 1990; Kave- mann/Lohstöter 1991; Rutschky/Wolff 1994).

Ausmaß und Folgen familialer Gewalt gegen Kinder

Verlässliche Aussagen über das Ausmaß aller Gewaltanwendungen gegen Kinder in der Familie können aufgrund der unterschiedlichen Definitionen (eng/weit) nicht getroffen werden. Studien zu diesem Problembereich können jedoch Annäherungen für das Ausmaß familialer Gewalt gegen Kinder bieten: Jüngere Studien zeigen, dass in ca. 20% aller Familien Kinder von ihren Eltern schwere körperliche Gewalt erfahren (Frehsee et al. 1997). Für den Bereich des sexuellen Missbrauchs zeigen Untersuchungsergebnisse, dass etwa 2 bis 6% aller Mädchen von ihrem leiblichen Vater und ca. 17% von Stief- und Pflegevätern sexuell missbraucht werden (vgl. Finkelhor et al. 1983; Russel 1986).

Die polizeiliche Kriminalstatistik weist für das Jahr 1996 gemäß § 223b StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen) 1.971 angezeigte Fälle von Kindesmisshandlung aus. Für den sexuellen Missbrauch gemäß § 176 StGB wurden 15.674 Fälle registriert (Bundeskriminalamt 1997). Hierunter fallen jedoch sehr unterschiedliche Straftatbestände (z.B. Exhibitionismus)

und nicht nur innerfamiliäre Vorkommnisse (vgl. Baurmann 1990, S. 37 ff.).

Über das Ausmaß seelischer Misshandlung sind kaum Aussagen zu treffen, da die Grenzziehung zwischen allgemein toleriertem Elternverhalten (z.B. Strafen mit Hausarrest) und schädigendem Elternverhalten (z.B. Einsperren im Keller) schwer fällt.

Die Folgen familialer Gewalt können sehr unterschiedlich für das betroffene Kind sein. Sie hängen sowohl von der Art als auch von der Dauer der Gewaltanwendung ab. Neben eindeutigen körperlichen Symptomen (vgl. Olbing et al. 1989), die auf körperliche Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch hinweisen, ist jedoch für sämtliche Formen der Gewalt an Kindern festzuhalten, dass körperliche Symptome und auffällige Verhaltensweisen auch andere Ursachen haben können. Dennoch sind bei der überwiegenden Mehrheit der misshandelten Kinder gravierende Beeinträchtigungen in der psychischen und sozialen Entwicklung festzustellen (vgl. Lynch 1989, S. 59). Dabei ist der Mangel an Liebe und Anerkennung für die Kinder teilweise schwerer zu ertragen als die körperlichen Spuren von Misshandlung. Sie fühlen sich trotz der erfahrenen Gewalt an ihre Eltern eng gebunden (Engfer 1986, S. 122f.). Deshalb brauchen betroffene Kinder Hilfen, die sich an die ganze Familie richten, ihre gesamte Lebenslage verbessern und den Opferschutz in den Mittelpunkt stellen – der gegebenenfalls nur durch eine Trennung von der Familie gewährleistet sein kann (vgl. Hartwig 1990; Hege/Schwarz 1992).

Erklärungsansätze familialer Gewalt gegen Kinder

Die Theorieentwicklung zur Erklärung familialer Gewalt gegen Kinder hat sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten von einer täterzentrierten zu einer umfassenden Sichtweise bewegt, die sowohl familiendynamische als auch sozialstrukturelle Aspekte mit einbezieht.

Psychopathologische Erklärungsansätze: Anfänglich wurde versucht, Typizitäten ausfindig zu machen und die Ursachen für die Misshandlungen von Kindern in Familien in den Persönlichkeitsmerkmalen der Eltern (insbesondere Depressionen, niedrige Selbstwertgefühle etc.) zu suchen (vgl. Steale/Pollock 1978, S. 172). Dieser Ansatz ist jedoch in seiner Erklärungskraft unzureichend geblieben. In anderen Studien wird nachdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die betroffenen Familien trotz vielfältiger seelischer Probleme nicht von der Normalbevölkerung unterscheiden (vgl. Engfer 1986; Ziegler 1990, S. 19).

Weit verbreitet und plausibel in ihrer Analyse ist die These der mehrgenerationalen Weitergabe von Gewalt. Vorerfahrungen mit Gewalt und Ablehnung in der eigenen Kindheit können das Risiko späterer Misshandlungen der eigenen Kinder erhöhen. Jedoch zeigen neuere Studien einerseits, dass nur ca. ein Drittel der Eltern die eigenen Gewalterfahrungen an ihre Kinder weitergeben, und andererseits, dass auch Eltern ohne selbst erlebte Gewalt ihre Kinder schlagen (Engfer 1986; Frehsee et al. 1997; Kaufman/Zigler 1993, S. 209).

Ein weiterer Erklärungsansatz auf psychologischer Ebene beschreibt Gewalt gegen Kinder als Symptom gestörter Eltern-Kind-Beziehungen. Eltern, denen in ihrer eigenen Kindheit primäre mütterliche Zuwendung vorenthalten wurde, mangelt es häufig an der Fähigkeit, sich in die Bedürfnisse ihres eigenen Kindes einzufühlen. So werden Verhaltensweisen des Kindes wie Schreien oder Verweigerung als Kritik verstanden. Dadurch wird die Erinnerung an das Kritisiertwerden durch die eigenen Eltern hervorgerufen. Es kommt dabei zur Rollenumkehr (Steale/Pollock 1978, S. 161ff.): Die Eltern arbeiten ihre eigenen frühkindlichen Entbehrungen in der Beziehung zu ihren Kindern auf und verlangen von ihnen Zuwendung, Geborgen-

heit und Bestätigung. Vermitteln die Kinder ihren Eltern jedoch ein Gefühl von Unsicherheit und Angst, kann es aus der Enttäuschung heraus zu Misshandlungen kommen (vgl. Faltermeier 1983a, S. 13).

Das sozial-situationale Erklärungsmodell: Diesem Ansatz zufolge lösen kindliche Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Aggressivität, Quengeln, Ungehorsam etc.) gewaltförmiges Elternverhalten aus: »... Kindesmisshandlungen (werden) als Symptome und Endpunkte gestörter und konflikthaft verlaufender Eltern-Kind-Beziehungen gesehen, in denen sich elterliche und kindliche Anteile vermischen oder auch potenzieren können« (Engfer 1989, S. 11). Reagieren Kinder mit Trotz auf verhaltensverändernde Aufforderungen durch die Eltern, können eskalierende Konflikte die Folge sein. Diesen Mechanismus hat Patterson (1982) recht anschaulich in dem Modell der *Zwangsprozesse* beschrieben. Zwangsprozesse in der Interaktion zwischen Eltern und Kindern entstehen häufig in Konflikt- und Stresssituationen, in denen Eltern zu immer massiveren Gewaltformen greifen, um das erwünschte Verhalten beim Kind zu erreichen.

Faltermeier (1983b) erweitert diesen Ansatz, indem er den prozesshaften Charakter von familiengeschichtlichen Misshandlungen mit einbezieht: »Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass »situative« Misshandlungen immer auch auf familiengeschichtliche Misshandlungen und somit auf Störungen in der Beziehung und Kommunikation zwischen Eltern und Kindern schließen lassen« (S. 145). Hierzu zählt vor allem ein gewalthaltiges Familienklima, in dem Kinder wenig positive Erfahrungen im familiären Zusammenleben machen. Gerade die Beschreibung familiendynamischer Beziehungsmuster macht deutlich, dass familiäre Gewalt nichts Außergewöhnliches oder Spektakuläres ist, sondern vielmehr ein integraler Bestandteil familiärer Beziehungsdynamiken (Honig 1986, S. 46).

Soziologische Erklärungsansätze: Aus soziologischer Sichtweise werden andere Ursachen für familiäre Gewalt gegen Kinder in die Analyse mit einbezogen. Dazu zählen z.B. auf gesellschaftlicher Ebene die Tolerierung von Gewalt, die Zugehörigkeit zur unteren Sozial-schicht, Arbeitslosigkeit sowie niedriges Einkommen (Garbarino 1993; Gil 1975). Das Zusammentreffen familiärer Lebensbelastungen und auch das Fehlen sozialer Unterstützungssysteme werden in dieser Sichtweise als Gewalt begünstigende Bedingungen angesehen. Bedeutsam für die Erklärung familiärer Gewalt gegen Kinder in diesem Ansatz ist, dass vielmehr die stressauslösenden Belastungssituationen wie familiäre Krisen (z.B. Tod eines Familienmitglieds, Trennungen, Einkommensarmut) für das Entstehen familiärer Gewalt von Bedeutung sind. Darüber hinaus begünstigt die aus familialen Krisensituationen resultierende soziale Isolation gewalthaltige Reaktionen gegenüber Kindern. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang nicht die Belastungssituation an sich, sondern die Unbewältigbarkeit dieser Situation aufgrund fehlender sozialer Unterstützungssysteme (Engfer 1986; Garbarino 1993). Gewalt gegen Kinder ist vor diesem Hintergrund ein *sozialer Indikator* für die zerstörte Lebensqualität des gesamten Familiensystems (Garbarino 1993). Dieser Erklärungsansatz hat für die Entwicklung hilfeorientierter Konzepte in der Kinderschutzarbeit den größten Einfluss gehabt (vgl. Brinkmann/Honig 1984; Deutscher Kinderschutzbund 1989).

Hilfen für Familien mit Gewaltproblemen

Der Zugang zu Familien mit Gewaltproblemen ist äußerst schwierig. Aus Angst vor Öffentlichkeit, Zerstörung der Familie und vor Strafe vermeiden insbesondere Familien mit gravie-

renden Gewaltproblemen, um professionelle Hilfe nachzuholen. Hinzu kommt, dass in diesen Familien gewalthaltige Erziehungsstile, z.B. in Form von körperlicher Züchtigung als »normal« akzeptiert werden. Je häufiger Kinder und auch Jugendliche von körperlicher als auch seelischer Gewalt betroffen sind, desto eher rechtfertigen sie auch das Verhalten ihrer Eltern (Frehsee et al. 1997).

Gewalt gegen Kinder, verstanden als sozialer Indikator gestörter Lebensqualität, ist immer auch ein Zeichen der Ohnmacht und Hilflosigkeit der betroffenen Eltern, ihren Lebensalltag angemessen zu bewältigen. Traditioneller Kinderschutz reagiert auf familiäre Gewaltprobleme vorwiegend kontroll- und sanktionsorientiert – mit der Folge, dass betroffene Familien in Krisen- und Notlagen wenig bereit sind, Hilfe zu akzeptieren.

Vor diesem Hintergrund orientiert sich die freie, aber auch zunehmend die öffentliche Kinderschutzarbeit im Umgang mit familialen Gewaltproblemen an dem Prinzip »Helfen statt Strafen« (Brinkmann/Honig 1984; Deutscher Kinderschutzbund 1989; Hege/Schwarz 1992). Das primäre Ziel liegt darin, eine lebensweltorientierte und alltagsbegleitende Familienarbeit zu leisten. Kinderschutz kann nur gelingen, »wenn wir sie auf Veränderung der persönlichen und familialen Probleme richten und zugleich den sozialen Code der Gewalt und seine gesellschaftlichen Voraussetzungen bekämpfen« (Wolff 1982, S. 78). Schlüsselbegriffe des neuen Kinderschutzes sind u.a. *Freiwilligkeit*, *Offenheit* und *Transparenz* in der Arbeit mit betroffenen Familien (vgl. Brinkmann/Honig 1984).

Insbesondere das sozialökologische Erklärungsmodell Garbarinos (1993) bietet für Familien mit Gewaltproblemen ein umfassendes und zugleich auch präventiv wirkendes Handlungskonzept. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den sehr zu empfehlenden Projektbericht von M. Hege und G. Schwarz (1992) »Gewalt gegen Kinder. Zur Vernetzung sozialer Unterstützungssysteme im Stadtteil«. Sozialpädagogische Hilfs- und Unterstützungsangebote sind demnach auf den folgenden drei Ebenen anzusetzen:

1. Stärkung der persönlichen Ressourcen,
2. Unterstützung des Familiensystems sowie
3. Stadtteil- und Netzwerkarbeit.

Die *Stärkung der persönlichen Ressourcen* zielt vor allem auf die Stärkung der Eigeninitiative und der sozialen Kompetenz der betroffenen Personen. Um die Akzeptanz der geplanten Handlungsschritte im Hilfeprozess zu erhöhen, ist es wichtig, die Klientin/den Klienten aktiv in alle Entscheidungsprozesse einzubeziehen (ebd., S. 164).

Der *Unterstützung des Familiensystems* dienen Hilfen und Angebote, die zum einen die Stärkung der personenbezogenen Netzwerke im sozialen Umfeld (Freunde, Nachbarn, Verwandtschaft) anstreben, um die gewaltbegünstigende soziale Isolation aufzuheben. Zum anderen sollen die Eltern befähigt werden, wieder Verantwortung für ihre Kinder zu übernehmen und ihren Alltag selbst zu organisieren. Unabdingbar hierfür ist u.a., dass die familialen Gewaltverhältnisse benannt sowie die Anlässe und Bedeutungen der Gewalthandlungen geklärt werden. Dazu gehört auch, die Probleme der Eltern zu diskutieren, den Kindern bei der Bewältigung ihrer Ängste und Gewalterfahrungen Unterstützung zu bieten, sowie nach Lösungen zu suchen, wie Gewaltsituationen künftig vermieden werden können (ebd., S. 167).

In diesem Zusammenhang bietet das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) eine umfassende Beschreibung der Hilfen zur (Familien-)Erziehung (vgl. Münder 1993, S. 105; Textor 1992, S. 14). Das Leistungsangebot »Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie« (§

16 Abs. 2 KJHG) zielt auf Unterstützung bei allgemeinen Fragen der Erziehung für Eltern und Personensorgeberechtigte, aber auch auf Hilfen für Kinder in familiären Konfliktlagen. Die aktive Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an den familienbezogenen Leistungen und ihr Rechtsanspruch auf Beratung ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten sind in § 8 KJHG (»Beteiligung von Kindern und Jugendlichen«) abgesichert (zum gesamten Spektrum der sozialpädagogischen Anwendung des KJHG vgl. Textor 1992).

Stadtteilarbeit und *Netzwerkförderung* haben zum Ziel, das Versorgungsangebot von Hilfeeinrichtungen und -angeboten aufzubauen und diese untereinander zu vernetzen. Insbesondere nicht professionelle Einrichtungen mit einem leicht zu erreichenden Hilfeangebot (Selbsthilfegruppen, Kinderschutzzentrum/Kinderschutzbund) werden von Hilfesuchenden eher angenommen als eine kommunale Einrichtung wie das Jugendamt oder der Allgemeine Sozialdienst (ASD). Gerade in Familien mit Gewaltproblemen ist die Angst vor der »eingreifenden« Behörde besonders groß.

Vor diesem Hintergrund ist vor allem die institutionelle Kooperation beispielsweise in Form von Arbeitskreisen, Berufsgruppen und/oder Fallkonferenzen verschiedener sozialer Dienste öffentlicher und freier Träger sowie von Schulen, Kindertagesstätten, medizinischen Einrichtungen usw. unabdingbar: Oft verhindern Informationsdefizite über Beratungsangebote und Behandlungsansätze anderer Institutionen, dass Familien mit Gewaltproblemen nicht die richtige Form der Hilfe finden und von einer Institution zur nächsten »weitervermittelt« werden. Dies birgt häufig die Gefahr in sich, dass die Hilfesuchenden die Motivation verlieren und ein Kontaktabbruch die Folge ist (vgl. Weber/Rohleder 1995, S. 95ff.).

Extremfälle familialer Gewalt

In jeder Gewaltsituation, besonders in aktuellen Krisenlagen, muss die Intervention am *Wohl des Kindes* ausgerichtet werden. Bei Familien, in denen Kinder immensen Gefährdungen wie schwerer körperlicher und seelischer Misshandlung, Vernachlässigung sowie sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind, ist zumindest eine vorübergehende Unterbringung des Kindes (nach § 42 KJHG – Inobhutnahme) bei gleichzeitiger intensiver Beratung der Eltern notwendig (vgl. Koers 1989). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Eingriffsschwelle für die öffentliche Kinder- und Jugendhilfe sehr hoch liegt. Nach § 1666a BGB dürfen die Trennung des Kindes von der Familie und der Entzug der gesamten Personensorge nur als letztes Mittel zur Anwendung kommen, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise – z.B. in Form sozialpädagogischer Hilfen – begegnet werden kann. Entsprechende Maßnahmen trifft das Vormundschaftsgericht, wenn das Kindeswohl (§ 1666 BGB) gefährdet ist oder bei der Gefahr »nachhaltiger und schwerer Beeinträchtigung der Entwicklung des Kindes« (§ 1631a BGB; vgl. Bringewat 1997; Mann 1996, S. 77). Die Inobhutnahme ist in der Regel eine kurzfristige Betreuung, d.h., dass während der Inobhutnahme das Jugendamt (hier der ASD) in Absprache mit dem betroffenen Kind (gemäß § 8 KJHG) den weiteren Verbleib sowie Perspektiven zukünftiger Hilfen klären muss (vgl. Schreiber 1992, S. 191). Insbesondere für schwere Gewaltformen, bei denen Kinder zunächst nicht wieder in ihre Familie zurückkehren können, müssen sowohl *kurz- und mittelfristige* Möglichkeiten für eine Krisenunterbringung (z.B. Zufluchtsstätten oder Bereitschaftspflegefamilien) als auch *längerfristige* Unterbringungsmöglichkeiten (z.B. Pflegefamilien, Wohngruppen) zur Verfügung stehen (vgl. Hartwig 1990).

Wirksamer Kinderschutz bei familialer Gewalt gegen Kinder setzt neben einer hohen

fachlichen Qualifikation auch ein großes Maß an persönlichem Engagement der involvierten Mitarbeiter/innen der Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe voraus (vgl. Hege/Schwarz 1992, S. 133; Wolff 1997). Ein wirksamer Kinderschutz muss darüber hinaus auf gesamtgesellschaftlicher Ebene eingebettet sein. Hierzu zählen u.a. der Aufbau einer gezielten Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf Kinderbedürfnisse und Kinderrechte, der Einsatz für eine gewaltfreie Erziehung sowie der Abbau sozialer Benachteiligung, um eine Verbesserung prekärer Lebensverhältnisse zu erzielen.

Literatur

- Ariès, P.: Geschichte der Kindheit. München: Deutscher Taschenbuchverlag, 7. Aufl. 1985
- Bange, D.: Die dunkle Seite der Kindheit. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Ausmaß – Hintergründe – Folgen. Köln: Volksblatt 1992
- Bast, H./Bernecker, A./Kastien, I./Schmitt, G./Wolff, R. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Reinbek: Rowohlt 1975
- Baurmann, M.C.: Sexuelle Gewalttätigkeit in der Ehe. In: Deutsche Richterakademie (Hrsg.): Gewalt an Frauen – Gewalt in der Familie. Heidelberg C.F. Müller Juristischer Verlag 1990, S. 37–47
- Boogaart, H. van den/Fenske, J./Mankau, G./Struck, N./Trede, W. (Hrsg.): Rechte von Kindern und Jugendlichen – Wege zu ihrer Verwirklichung. Beiträge zum Frankfurter Rechte Kongress. Münster: Votum 1996
- Bringewat, P.: Tod eines Kindes: Soziale Arbeit und strafrechtliche Risiken. Baden-Baden: Nomos 1997
- Brinkmann, W./Honig, M.-S.: Kinderschutz als sozialpolitische Praxis. Hilfe, Schutz und Kontrolle. München: Kösel 1984
- Bundeskriminalamt (Hrsg.): Polizeiliche Kriminalstatistik Bundesrepublik Deutschland. Berichtsjahr 1996. Wiesbaden: Selbstverlag 1997
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Kindesmisshandlung – Erkennen und Helfen. Eine praktische Anleitung. Bonn: Selbstverlag, 3. Aufl. 1984
- Bussmann, K.-D./Horn, W.: Eltern- und Lehrerstrafen. Eine Untersuchung zur Strafpraxis in Schule und Familie. In: Bastian, J. (Hrsg.): Strafe muss sein? Das Strafproblem zwischen Tabu und Wirklichkeit. Pädagogik, 2. Beiheft. Weinheim: Beltz 1995, S. 29–41
- Deutscher Kinderschutzbund (Hrsg.): Hilfe statt Gewalt. Die Erklärung des Deutschen Kinderschutzbundes zur gewaltsamen Beeinträchtigung von Kindern in Familien. Hannover: Selbstverlag 1989
- Enders, U.: Zart war ich, bitter war's. Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen. Köln: Volksblatt 1990
- Engfer, A.: Kindesmisshandlung. Ursachen, Auswirkungen und Hilfen. Stuttgart: Enke 1986
- Engfer, A.: Erklärungsansätze bei Kindesmisshandlungen – kontrovers. Thema Jugend 1989, Heft 1, S. 9–11
- Faltermeier, J.: Gewalt gegen Kinder – zur Repression im Erziehungsalltag. In: Faltermeier, J./Sengling, D. (Hrsg.): Wenn Kinder und Jugendliche an ihren Lebenswelten scheitern – eine Herausforderung für die Sozialpädagogik. Frankfurt/Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1983a, S. 4–16
- Faltermeier, J.: Kindesmisshandlungen – die Jugendhilfe im Dilemma? In: Faltermeier, J./Sengling, D. (Hrsg.): Wenn Kinder und Jugendliche an ihren Lebenswelten scheitern – eine Herausforderung für die Sozialpädagogik. Frankfurt/Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1983b, S. 141–163
- Faltermeier, J.: Gewalt gegen Kinder. Anmerkungen zur Sozialgeschichte der Kindheit und zum Stand der Theorie- und Praxisdiskussion in der Bundesrepublik Deutschland. Blätter der Wohlfahrtspflege 1992, 139, S. 159–165
- Fend, H.: Sozialgeschichte des Aufwachsens. Bedingungen des Aufwachsens und Jugendanstalten im zwanzigsten Jahrhundert. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1982
- Finkelhor, D./Gelles, R.J./Hotaling, G.T./Straus, M.A.: The dark side of families. Beverly Hills: Sage 1983
- Frank, R.: Definitionen und Epidemiologie. In: Olbing, H./Bachmann, K.D./Gross, R. (Hrsg.): Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1989, S. 18–25
- Frehsee, D.: Die staatliche Förderung familiärer Gewalt an Kindern. Kriminologisches Journal 1992, 24, S. 37–49

- Frehsee, D./Bussmann, K.-D./Horn, W.: Familiäre Gewalt gegen Kinder und die Ambivalenz des Rechts. Abschlussbericht des Teilprojektes C5 des Sonderforschungsbereichs 227: Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter. Bielefeld: Selbstverlag 1997
- Garbarino, J.: Children and families in the social environment. New York: Aldine de Gruyter, 2. Aufl. 1993
- Gelles, R.J./Cornell, C.P.: Intimate violence in families. Newbury Park: Sage, 2. Aufl. 1990
- Gelles, R.J./Loseke, D.R. (Hrsg.): Current controversies on family violence. Newbury Park: Sage 1993
- Gil, D.G.: Gewalt gegen Kinder. In: Bast, H./Bernecker, A./Kastien, I./Schmitt, G./Wolff, R. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder. Kindesmisshandlungen und ihre Ursachen. Reinbek: Rowohlt 1975, S. 241–263
- Gilbert, N./Berrick, J.D./Le Prohn, N./Nyman, N. (Hrsg.): Protecting young children from sexual abuse. Does preschool training work? Lexington: Lexington Books 1989
- Godenzi, A.: Gewalt im sozialen Nahraum. Basel: Helbing & Lichtenhahn 1993
- Hartwig, L.: Sexuelle Gewalterfahrungen von Mädchen. Konfliktlagen und Konzepte mädchenorientierter Heimerziehung. München: Juventa 1990
- Hasebrink, M.: Gewalt gegen Kinder – Kindesmisshandlung. In: Bienemann, G./Hasebrink, M./Nikles, B.W. (Hrsg.): Handbuch des Kinder- und Jugendschutzes. Münster: Votum 1995, S. 225–231
- Hege, M./Schwarz, G.: Gewalt gegen Kinder. Zur Vernetzung sozialer Unterstützungssysteme im Stadtteil. München: Fachhochschulschriften Sandmann 1992
- Honig, M.S.: Verhäuslichte Gewalt. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1986
- Hurrelmann, K.: Gewalt in der Familie. Jugendschutz 1989, 34, S. 10–18
- Kaufman, J./Zigler, E.: The intergenerational transmission of abuse is overstated. In: Gelles, R.J./Loseke, D.R. (Hrsg.): Current controversies on family violence. Newbury Park: Sage 1993, S. 209–221
- Kavemann, B./Lohstöter, I.: Väter als Täter. Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. Reinbek: Rowohlt 1991
- Knoller, E.-C.: Kindesvernachlässigung – ein Problem zwischen Verleugnung und Resignation. Thema Jugend 1993, Heft 3, S. 2–3
- Koers, A.J.: Intervention bei körperlicher und emotioneller Misshandlung und Vernachlässigung. In: Olbing, H./Bachmann, K.D./Gross, R. (Hrsg.): Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1989, S. 65–68
- Lynch, M.: Symptomatik bei körperlicher und emotioneller Misshandlung und Vernachlässigung. In: Olbing, H./Bachmann, K.D./Gross, R. (Hrsg.): Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1989, S. 59–65
- Mann, M.: Spannungsverhältnis Elternrecht, Kindeswohl, staatliches Wächteramt. In: Boogart, H. van den/Fenske, J./Mankau, G./Struck, N./Trede, W. (Hrsg.): Rechte von Kindern und Jugendlichen – Wege zu ihrer Verwirklichung. Münster: Votum 1996, S. 77–96
- Marquardt-Mau, B.: Erste Schritte der Prävention in der Grundschule. In: Johns, I. (Hrsg.): Zeit alleine heilt nicht. Sexuelle Kindesmisshandlung – wie wir schützen und helfen können. Freiburg: Herder 1993, S. 143–156
- Mörsberger, T.: Kindesmisshandlung und Behördenauftrag – Kritische Hinweise zum Verhältnis von Rechtspflicht und Fachlichkeit. In: Faltermeier, J./Sengling, D. (Hrsg.): Wenn Kinder und Jugendliche an ihren Lebenswelten scheitern – eine Herausforderung für die Sozialpädagogik. Frankfurt/Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1983, S. 85–116
- Münder, J./Greese, D./Jordan, E./Kreft, D./Lakies, T./Lauer, H./Proksch, R./Schäfer, K.: Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum Kinder- und Jugendhilfegesetz. Stand: 1.4.1993. Münster: Votum 1993
- Olbing, H./Bachmann, K.D./Gross, R. (Hrsg.): Kindesmisshandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1989
- Patterson, G.R.: Coercive family process. Oregon: Castalia 1982
- Petri, H.: Erziehungsgewalt. Zum Verhältnis von persönlicher und gesellschaftlicher Gewaltausübung in der Erziehung. Frankfurt/Main: Fischer 1989
- Rothmaier, E.: Kindesmisshandlungen und Sozialarbeit – Anmerkungen einer Sozialarbeiterin zur Praxis behördlicher Familien- und Jugendhilfe. In: Faltermeier, J./Sengling, D. (Hrsg.): Wenn Kinder und Jugendliche an ihren Lebenswelten scheitern – eine Herausforderung für die Sozialpädagogik. Frankfurt/Main: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 1983, S. 79–84
- Russel, D.E.H.: The secret trauma. Incest in the lives of girls and women. New York: Lexington 1986
- Rutschky, K./Wolff, R. (Hrsg.): Handbuch sexueller Missbrauch. Hamburg: Klein 1994
- Schreiber, M.: Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen. In: Textor, M.R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe. Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. Weinheim: Beltz 1992, S. 191–195

- Schwind, H.-D./Baumann, J./Lösel, F./Remschmidt, H./Eckert, R./Kerner, H.-J./Stümper, A./Wassermann, R./Otto, H./Rudolf, W./Berckhauer, F./Kube, E./Steinhilper, M./Steffen, W. (Hrsg.): Ursachen, Prävention und Kontrolle von Gewalt. 4 Bände. Berlin: Duncker & Humblot 1990
- Steale, B.F./Pollock, C.B.: Eine psychiatrische Untersuchung von Eltern, die Säuglinge und Kleinkinder misshandelt haben. In: Helfer, R.E./Kempe, C.H. (Hrsg.): Das geschlagene Kind. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1978, S. 161–243
- Steinmetz, S.K./Straus, M.A. (Hrsg.): Violence in the family. New York: Harper & Row 1974
- Sünker, H.: Kinderpolitik und Kinderrechte. Politische Strategien im Kontext der UN-Konvention für die Rechte des Kindes. In: Neubauer, G./Sünker, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Opladen: Leske + Budrich 1993, S. 44–58
- Textor, M.R. (Hrsg.): Praxis der Kinder- und Jugendhilfe. Handbuch für die sozialpädagogische Anwendung des KJHG. Weinheim: Beltz 1992
- Thyen, U.: Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Lübeck: Hanseatisches Verlagskontor 1986
- Weber, M./Rohleder, C.: Sexueller Missbrauch. Jugendhilfe zwischen Aufbruch und Rückschritt. Münster: Votum 1995
- Wolff, R.: Kindesmisshandlung als ethnopsychische Störung. In: Bernecker, A./Merten, W./Wolff, R. (Hrsg.): Ohnmächtige Gewalt. Kindesmisshandlung: Folgen der Gewalt – Erfahrungen und Hilfe. Reinbek: Rowohlt 1982, S. 69–80
- Wolff, R.: Kinderschutz auf dem Prüfstand. Überlegungen zur Notwendigkeit von Qualitätssicherung. In: Kinderschutzzentrum Mainz (Hrsg.): Sternschnuppe 5. Mainz: Selbstverlag 1997
- Zenz, G.: Kindesmisshandlung und Kinderrechte. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1979
- Ziegler, F.: Kinder als Opfer von Gewalt. Ursachen und Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber 1990

Familien mit suchtkranken Mitgliedern

Die Übergänge vom Missbrauch zur Abhängigkeit von Genuss- und Suchtmitteln sind fließend. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) müssen wir in Deutschland mit mehr als 4 Mio. Menschen rechnen, die behandlungsbedürftig abhängig sind von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen. Am meisten verbreitet ist bei uns die Abhängigkeit vom Alkohol mit etwa 2,5 Mio. Betroffenen. An zweiter Stelle steht die Medikamentenabhängigkeit (überwiegend Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel) mit 1,2 bis 1,4 Mio. Betroffenen. Die Dunkelziffer ist bei diesen unauffälligen, »leisen« und in der Regel sogar ärztlich verordneten Suchtmitteln besonders hoch. Zudem schätzen wir, dass ca. 120.000 Menschen von illegalen Drogen abhängig sind. Weiterhin gibt es ca. 18 Mio. Raucher/innen, wobei ca. 6 Mio. als behandlungsbedürftig abhängig gelten. Die Zahl Essgestörter (Magersucht, Bulimie, Esssucht) ist nicht erfasst worden. Es gibt lediglich Erfahrungswerte der Geschlechterrelation von neun (weiblich) zu eins (männlich).

Insgesamt ist von mehreren Millionen Suchtmittelabhängigen und Menschen mit problematischem süchtigen Verhalten (incl. Spielsucht und Essstörungen) auszugehen; dazu kommt eine entsprechend große Zahl an Angehörigen (Partner/innen, Kinder, Geschwister und Eltern), die unmittelbar von der Suchterkrankung eines Familienmitgliedes betroffen sind. Es sind schätzungsweise 5% der Jugendlichen von einer Suchtgefährdung oder Abhängigkeit betroffen.

Sucht und Abhängigkeit

Sucht und Abhängigkeit haben im heutigen Sprachgebrauch nahezu die gleiche Bedeutung. Da Sucht in der Vergangenheit mit vielen negativen Bewertungen verbunden war, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihren Schriften das Wort »Sucht« durch »Abhängigkeit« ersetzt. Im heutigen Sinne wird der Begriff Sucht erst seit Beginn der Industrialisierung verwendet. Das Spezifische der Sucht ist der innere Zwang, der sich vor allem bei schwachem Selbstwertgefühl aus einer Gewöhnung nach dem Prinzip der Selbstverstärkung bis zum Kontrollverlust steigern kann. Im Falle der Suchtmittelabhängigkeit verfestigt sich süchtiges Verhalten zusätzlich durch die Integration des Mittels in den Stoffwechsel.

Süchtiges Verhalten und Abhängigkeit von Drogen werden allgemein als eine Form abweichenden Verhaltens gesehen, das auf dem Hintergrund besonderer Konfliktsituationen und einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung entstehen kann. Die DHS definiert Sucht mit Wanke (1985) als »ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die

freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums« (in Grigoleit/Wenig/Hüllinghorst 1991, S. 21). Mit dieser Definition wird deutlich, dass die Suchtproblematik nicht ausschließlich in den Bereich der körperlich-pharmakologischen Wirkungen gehört, sondern tief in menschliche Grundhaltungen und Formen des Zusammenlebens eingreift und damit nicht auf den Abhängigen selbst beschränkt bleibt. So gesehen kann jedes Verhalten süchtig »entarten«; man spricht dann von mittelunspezifischen Abhängigkeiten. Suchtmittel können sowohl alle Formen alkoholischer Getränke als auch Arzneimittel und gesetzlich verbotene Drogen sein. Das soziale Umfeld des/der Abhängigen ist ebenfalls beteiligt bzw. betroffen und muss daher in die Hilfeangebote einbezogen werden.

Suchterkrankung und Familie – »Niemand soll es merken ...«

Die Entwicklung einer Suchterkrankung dauert einige Jahre. Der/die Betroffene will die eigene Erkrankung lange nicht wahrhaben, verleugnet und bagatellisiert die Situation. Das bedeutet, dass auch die Familie über Jahre hinweg den schleichenden Prozess der Erkrankung erlebt und verschiedene Phasen des Nicht-wahrhaben-Wollens, Verleugnens und Bagatellisierens durchläuft, bis das Problem offen wird. Viele Familienmitglieder sind auch schon zuvor in ihrer Biografie mit Abhängigkeit konfrontiert worden: Etwa 70% aller Alkoholiker hatten innerhalb der letzten drei Generationen einen Suchtkranken in der Familie; 52% der befragten Alkoholiker waren laut Pierce (1976) selbst Kinder von Alkoholikern, und nach Foster (1976) hatten 60% der nicht trinkenden Ehefrauen von Alkoholikern einen abhängigen Vater (vgl. Wegscheider 1988).

In einer Suchtfamilie kommt es häufig aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit eines Elternteils, Partners oder Kindes zu massiven Problemen. Ist der Vater Alkoholiker, so verliert er vielleicht seine Arbeitsstelle. Die Familie leidet früher oder später unter finanziellen Problemen. Sozialkontakte werden erschwert, da die Suchterkrankung immer noch eine stigmatisierte Krankheit ist und das »Familiengeheimnis Sucht« gewahrt werden muss. Die Kinder lernen früh, das Geheimnis zu wahren und mit niemandem über die familiäre Situation zu reden. Die einzelnen Familienmitglieder erleben hautnah, wie sich der suchtkranke Angehörige seelisch und körperlich verändert.

Wie beim Abhängigen, so sind auch in der Familie die Abwehrvorgänge der Verleugnung, Verharmlosung, Rationalisierung und Projektion vorhanden. Im Umgang der Familienmitglieder untereinander wird meist ein Muster von intensiver Konfliktvermeidung praktiziert. Typisch hierbei sind massive Verleugnung der zugrunde liegenden Beziehungsprobleme, wie oft auch die Verleugnung der Existenz des Suchtproblems überhaupt. Verleugnen scheint oft die einzig gangbare Lösung zu sein, um überhaupt weitermachen zu können. Zudem gibt es

- Enttäuschung darüber, dass der Abhängige Versprechen nicht einhält;
- Verwirrung und Verunsicherung durch sein widersprüchliches Verhalten;
- Verletzung und Schmerz durch Anschuldigungen, Verdächtigungen und Verletzungen des Abhängigen;
- Schuldgefühle, da Familienmitglieder sich fragen, was sie falsch gemacht haben;
- soziale Ängste davor, was Nachbarn, Verwandte, Kollegen etc. sagen und denken, ver-

- bunden mit Isolation;
- Verzweiflung, wie das alles enden soll;
- einen »Gefühlsknoten«, da man glaubt, mit niemandem darüber reden zu können, um die Schande nicht noch größer zu machen.

So werden die negativen Gefühle eingeschlossen und mit einem Abwehrring von Verleugnung, Verharmlosung, Projektion und Rationalisierung umgeben (vgl. Harsch 1979). Wenn man über Gefühle überhaupt spricht, dann höchstens in Form von gegenseitigen Anklagen und Vorwürfen. Angstgefühle werden eher unterdrückt und treten in verzerrter Weise durch die Äußerung von Aggression und abwertendem Ärger zutage. Gefühle von Hilflosigkeit werden kompensiert durch den Versuch, andere in der Familie zu kontrollieren. Die Abwehr der Gefühle führt dazu, dass die Beteiligten sich selbst immer fremder werden, nicht mehr wissen, was sie fühlen und denken. Die Familie beherrscht die Kunst, ein gutes Bild von sich abzugeben, während sie sich gleichzeitig schlecht fühlt (vgl. Harsch 1979). So sucht das am Mangel an emotionaler Zuwendung und Wertschätzung leidende Familienmitglied fortwährend den Schmerz dieser Realität zu lindern, indem es in alle möglichen Formen von Verhaltensweisen ausweicht. Zwanghaftes Arbeiten, Stehlen, Lügen, Glücksspielen und Essen sind nur einige Zwänge. Nicht selten greifen auch Familienangehörige in dieser Situation zur Droge (Alkohol, Medikamenten o.a.), um ihre Gefühle unter Verschluss zu halten.

Partnerinnen und Partner von Suchtkranken

In den amerikanischen Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suchtkranken wird folgende Geschichte erzählt: »Hast Du schon von der Frau gehört, die einen Frosch küsste? Sie hatte gehofft, er würde sich in einen Prinzen verwandeln – tat er aber nicht: Sie wurde auch ein Frosch.« In dieser Anekdote ist viel über das Wesen der Co-Abhängigkeit ausgesagt. Die Illusion, »wenn ich den Frosch küsse – also genug Liebe und Überwindung aufbringe –, wird er so werden, wie ich ihn haben will« steht im krassen Gegensatz zur Realität: Stattdessen wird die Co-Abhängige dem Abhängigen immer ähnlicher und verwandelt sich selbst in den »gars-tigen« Frosch, wie er im Märchen der Gebrüder Grimm beschrieben wird. Selbsthilfegruppen für Angehörige von Suchtkranken blicken in Amerika auf eine längere Tradition zurück als in Deutschland. Bei uns gibt es als spezielle oder »reine« Angehörigengruppen (in der Selbsthilfe) im Wesentlichen die Alanon- und Alateen-Gruppen, die nach ähnlichen Prinzipien wie die Anonymen Alkoholiker arbeiten, und die Elternkreise, in denen sich vor allem Eltern treffen, die ein drogenabhängiges oder -gefährdetes Kind haben. Seit kurzer Zeit gibt es auch in den traditionellen Selbsthilfe- und Abstinenzorganisationen erste Bemühungen, reine Angehörigengruppen zu initiieren (vgl. auch Arenz-Greiving 1995).

In den letzten Jahren ist es zwar gelungen, mehr Partner von suchtkranken Frauen in die Beratung und Therapie einzubeziehen. Jedoch ist das Verhältnis zwischen angehörigengruppen Frauen und Männern sowohl in der Beratungsstelle und Fachklinik als auch in den Selbsthilfegruppen nach wie vor unausgewogen: Es sind immer noch die Frauen, die – wie selbstverständlich – ihren suchtkranken Partner auf dem Weg aus der Sucht begleiten und für sich selbst Hilfsangebote nutzen. Hingegen ist die Zahl der angehörigengruppen Männer, die mit ihren suchtkranken Partnerinnen eine Beratung oder Therapie in Anspruch nehmen, weiterhin relativ gering. Dies hängt sicherlich auch mit der gesamtgesellschaftlichen Situation und mit der

traditionellen Frauenrolle zusammen: Frauen übernehmen immer noch den größeren Teil der Beziehungsarbeit und begleiten ihren (Ehe-)Partner durch die Krisen in *seinem* Leben.

Um der Partnerin/Ehefrau eines suchtkranken Mannes gerecht zu werden, ist es sinnvoll, sie in ihrer Individualität, ihrem Gewordensein und ihrer Entwicklungsambivalenz zu verstehen. Das bedeutet, sich ihrem eigenen Erleben zu nähern (ohne dass sie als »Eintrittskarte« eine Pathologisierung aufgrund ihrer Partnerwahl hinnehmen muss). In der Beratungsarbeit beschreiben Frauen von suchtkranken Männern sich selbst immer wieder folgendermaßen:

- Sie fühlen sich endlos (maßlos, grenzenlos) gebunden an den Partner.
- Sie nehmen sich selbst und ihre Entwicklung nicht wesentlich. Sie empfinden keine innere Richtschnur, keine Orientierung für ihr Selbst.
- Aus dem Ausmaß ihrer Leidensfähigkeit bemessen sie ihren Selbstwert und ihre Selbstachtung.
- Sie sind fürsorglich bis zur aufopfernden Hingabe.
- Sie fühlen sich verantwortlich für die Emotionen und die Atmosphäre in der Familie.
- Sie fühlen sich aber auch überanstrengt und versuchen, ihren Mann und sein Trinken zu verstehen, zu kontrollieren und zu therapieren.
- Sie suchen immer wieder die Schuld für sein Trinken und Verhalten bei sich selbst nach dem Motto: »Wenn ich eine richtige Frau wäre, würde er nicht trinken ...«, »Wenn ich schöner, schlanker, größer, kleiner, sexuell attraktiver etc. wäre, bräuchte er nicht trinken ...«, »Wenn ich ihn genug lieben würde, würde er nicht trinken ...«, »Was habe ich falsch gemacht ...?«

Es ist immer wieder das gleiche Muster: »Irgendetwas stimmt bei mir als Frau (Ehefrau, Mutter ...) nicht, deshalb trinkt mein Partner (Mann, Sohn, ...)!« Mit dieser Selbstwahrnehmung befinden sich die Partnerinnen von suchtkranken Männern in alter weiblicher Tradition: So hatte die Frau immer die Rolle der Hüterin von Gesundheit; sie pflegt die Kranken, sorgt für gesunde Lebensverhältnisse, für Ernährung, Vorratsbildung und Sauberkeit, aber auch für den emotionalen Bereich, für die gesamte Atmosphäre in der Familie. Auch die Selbstverleugnung hat ihre weibliche Tradition: So erfüllen die Partnerinnen von suchtkranken Männern sehr gut die gesellschaftlich an Frauen gestellten Rollenanforderungen. Vielleicht sind diese »Eigenschaften« bei solchen Frauen nur etwas stärker ausgeprägt (Arenz-Greiving 1995).

Eltern von suchtkranken Kindern

Die Schuldfrage ist auch für Eltern – im besonderen wieder für Mütter – von drogenabhängigen Kindern und Jugendlichen von enormer Bedeutung. Der Leidensdruck der Eltern ist bedingt durch ihre Bindung, ihre Liebe zum suchtmittelabhängigen Kind. Sie sind bemüht, den Drogenkonsum zu bekämpfen und ihr Kind zu retten. Dabei erleben sie meist fortwährend Misserfolge und Rückschläge. Die primäre Helferin ist in der Regel die Mutter; ihre Opferbereitschaft übersteigt oft jedes »vernünftige« Maß. Im Verlauf der Zeit zehren sie jedoch die ständigen erfolglosen Hilfeleistungen und Enttäuschungen auf, erschöpfen all ihre Kräfte. Die meisten Mütter und Eltern erkennen die eigene Hilflosigkeit und die damit verbundene Hoffnungslosigkeit aber erst, wenn die Probleme sie überwältigen – wenn die Suchterkrankung auch ihr eigenes Leben *beherrscht!* Diesen Zustand der Kraft- und Mutlosigkeit nennen die

Al-Anon den Tiefpunkt. Der Leidensdruck ist wohl der stärkste Beweggrund für die Suche nach Hilfe.

In der Literatur über Angehörige von Suchtkranken taucht immer wieder das Thema Trauer auf. Es wird darauf hingewiesen, dass die Unterdrückung von Gefühlen und die Entwicklung zwanghaften und kontrollierenden Verhaltens von Angehörigen mit co-abhängigen Verhaltensweisen dem normalen Abwehrverhalten von Menschen entspricht, die sich in der ersten Phase der Trauerarbeit befinden, wie diese von der Sterbeforscherin Elisabeth Kübler-Ross beschrieben wurde (siehe hierzu Rennert 1989, S. 109-115).

Die Übertragung der Erkenntnisse von Kübler-Ross auf den Prozess der Kapitulation und Genesung in der Arbeit mit Suchtkranken wurde insbesondere im Hinblick auf die Familien von jugendlichen Drogenabhängigen weitergeführt. Man vergleicht dabei die emotionale Belastung und Kränkung dieser Familien sowie deren Genesungs- und Wachstumsprozess mit den fünf Phasen der Trauerarbeit. Diese Phasen müssen nicht unbedingt in der dargestellten Reihenfolge auftreten und auch nicht ein- für allemal abgeschlossen sein, wenn sie einmal durchlaufen sind. Ein trauernder Mensch kann sich von einer Phase zur nächsten und auch wieder zurück bewegen, manchmal kann er sich gleichzeitig in mehreren Phasen befinden.

Die *erste Phase* im Verlauf von Trauerarbeit ist die *Verweigerung oder Verleugnung*. Dies ist ein Zustand von Schock, emotionaler Taubheit, Panik und genereller Weigerung, die Realität anzuerkennen. Die Betroffenen versuchen alles Mögliche, um den alten Zustand wieder herzustellen, oder verhalten sich sogar so, als habe sich nichts ereignet. Der Patient glaubt nicht, dass er tödlich krank ist, die Angehörigen zweifeln Diagnose und Prognose an.

Ähnlich verhalten sich die Familienmitglieder, die emotional mit einem Suchtkranken verbunden sind: Sie leugnen, dass das Kind abhängig ist und dass sie nicht in der Lage sind, den Abhängigen sowie die Gesamtsituation unter Kontrolle zu bekommen. Sie verharmlosen das Ausmaß und die Bedeutung des Drogenkonsums. Sie bagatellisieren ihre schmerzhaften Gefühle (»Das macht mir jetzt überhaupt nichts mehr aus, ich betrachte ihn schon lange nicht mehr als meinen Sohn«), und sie reagieren mit zwanghaften Vorstellungen und Verhaltensweisen, gegebenenfalls mit gesteigertem Schlafbedürfnis. Sie betäuben sich, indem sie ständig in Aktion sind, oder vermeiden auf andere Weise, die Realität zur Kenntnis zu nehmen.

Diese Verleugnung der Realität ist zunächst ein ganz normaler Abwehrmechanismus – eine natürliche Reaktion auf Schmerz, drohenden Verlust und Veränderung. Bei der Arbeit mit den Eltern ist es sehr wichtig, genau das zu vermitteln: Wenn die Angehörigen verstehen, dass es eine ganz natürliche Erklärung für ihr Erleben und Verhalten gibt und dass ihr Selbstwert hierdurch bedroht ist, dann können sie auch dieses Verhalten realistisch zur Kenntnis nehmen. Sie benötigen sehr viel Sicherheit und das Gefühl, angenommen zu sein, bevor sie ihren Blick von dem drogenabhängigen Kind lösen und darauf richten können, was mit den einzelnen Familienmitgliedern und dem Familienleben insgesamt geschieht. Wenn sie in die Lage versetzt worden sind zu beschreiben, wie chaotisch und unkontrollierbar ihr Leben geworden ist, können sie oft auch akzeptieren, dass sie die Existenz der Sucht geleugnet haben. Dies ermöglicht ihnen dann, in die zweite Phase der Trauerarbeit einzutreten.

Die *zweite Phase*, die ein todkranker Mensch durchlebt, wenn er den Charakter seiner Krankheit nicht mehr leugnen kann, aber das nahende Ende noch nicht akzeptiert, ist gekennzeichnet von *Wut*, *Ärger* und *Selbstmitleid*. Die typischen Fragen lauten dann: »Warum passiert das ausgerechnet mir?« – »Was habe ich getan, um dieses Schicksal ertragen zu müssen?« – »Warum gerade ich?« Die Familienangehörigen von Drogenabhängigen fragen dementsprechend: »Warum gerade wir – warum unser Sohn – unsere Familie?« und »Was haben

wir falsch gemacht?« Die Angehörigen von Suchtkranken geben oft zu, dass sie wiederholt versucht haben, den Abhängigen zu retten, aber ebenso häufig erleben mussten, dass ihre Bemühungen zurückgewiesen wurden. Auch hieraus resultieren Gefühle von Wut und Selbstmitleid: Die Angehörigen sind wütend auf den Abhängigen, auf sich selbst, auf das ganze Leben. Manche reagieren ihre Wut nach außen ab, sie werfen den Abhängigen aus dem Haus oder sie schlagen ihn. Andere schließen ihre Gefühle in sich ein und entwickeln eine passiv-aggressive Feindseligkeit.

In dieser Phase besteht das Beratungsziel darin, dass die Einzelnen lernen, ihre Wut wahrzunehmen und anzuerkennen, also ihre Gefühle zuzulassen und mit ihnen bewusst umzugehen. Die Eltern werden ermutigt, auf *ihre* Abhängigkeit zu achten – darauf, wie sie sich in ihrem Denken, Handeln und Fühlen auf das abhängige Kind konzentrieren. Überdies muss berücksichtigt werden, was dieser Prozess für die elterliche Beziehung bedeutet. Wenn die Eltern lernen, das Kind loszulassen, haben sie eine Möglichkeit, sich auf konstruktive Weise als Eltern zu verhalten und dem Abhängigen die Verantwortung für sich selbst zu überlassen.

Die *dritte Phase* im Trauerprozess ist durch Versuche gekennzeichnet, einen Handel abzuschließen – mit dem Arzt, der Drogenberatung oder mit Gott. So wie der Sterbende versucht, noch das Erleben des nächsten Frühlings auszuhandeln, so reagieren auch die Angehörigen von Suchtkranken: »Wenn wir es schaffen, unseren Sohn in diese als besonders gut bekannte Einrichtung zu bringen, dann wird er sich nicht weiter mit Drogen ruinieren.« Häufig werden in dieser Phase Wunderkuren aller Art gesucht. In der Beratung geht es darum, den betroffenen Eltern/Angehörigen zu helfen, sich aus ihrer Abhängigkeit zu lösen und ihre Ohnmacht wahrzunehmen. Sie benötigen Unterstützung, um akzeptieren zu lernen, dass sie ihr Kind nicht verändern können.

Wenn Verleugnung, Wut und Verhandlungsversuche schließlich als sinnlos erlebt werden, setzt als vierte Phase die *Depression* ein: Die Sterbenden erleben die eigene Ohnmacht, den drohenden Verlust des Lebens. Dies entspricht dem »ersten Schritt« der Anonymen Alkoholiker, bei dem sie ihre Ohnmacht gegenüber der Droge zugeben. Wenn die betroffenen Familienmitglieder das Gefühl der Ohnmacht erleben, fangen sie oft an zu weinen. Der emotionale Schmerz in dieser Phase ist so groß, dass sie sich häufig auf eine der früheren Phasen der Trauerarbeit zurückziehen und mit Wut, Verleugnung oder Verhandlungsversuchen reagieren. Oft ist Sarkasmus ein Ausdruck unterdrückter Wut und des Gefühls, persönlich versagt zu haben. Auch in dieser Phase hat die Arbeit mit den Eltern und Angehörigen zum Ziel, ihnen zu helfen, sich der eigenen Gefühle bewusst zu werden und sie zu verstehen.

Für tödlich erkrankte Patienten und deren Familien bedeutet die *letzte Phase* des Trauerprozesses, ihre Grenzen bzw. ihre Ohnmacht, etwas an der Situation zu ändern, anzunehmen. *Akzeptieren* kann dann eine Veränderung der Lebensziele bedeuten oder das Einbeziehen von Krankheit und Tod in das Familienleben. Hieraus kann sich Gelassenheit entwickeln – eine Art von ruhigem Optimismus.

Derselbe Prozess ist auch dem Suchtkranken und seiner Familie möglich. Der Süchtige lernt zu akzeptieren, dass seine Beziehung zur Droge ein Ende haben muss. Die Angehörigen müssen akzeptieren, dass sie ihre Rollen – z.B. als Helfer – aufgeben müssen. An diesem Punkt sind sie in der Lage, sich emotional von den Problemen des Abhängigen zu lösen und ihm seine Probleme »zurückzugeben«. Sie können nun den Süchtigen verstehen – auch dann, wenn dieser sich doch wieder für die Droge entscheiden sollte. Weiterhin akzeptiert die Familie, dass sie nicht dafür verantwortlich ist, ob der Abhängige gesund wird – die Angehörigen können ihn weiterhin lieb haben, brauchen aber weder ihn noch seine Sucht zu versorgen.

Das *Akzeptieren* der Situation bedeutet *nicht Resignation*, sondern den Entschluss, mit dem Problem zu leben und *aktiv damit umzugehen*. Die Kräfte, die bisher durch Leugnung, Wut, Verhandlung und Depression gebunden waren, sind nun frei für das Leben mit selbstbestimmter Gestaltung dessen, was da ist. In den Betroffenen vollzieht sich direkt und indirekt eine Umstrukturierung der Werte und Prioritäten aufgrund von verarbeiteten Erfahrungen. Die Kontrolle über das Verhalten des Kindes wird nicht mehr als vorrangige Elternpflicht betrachtet, sondern die Eltern achten wieder mehr auf ihr persönliches Glück, ihre individuelle Entwicklung und ihre Partnerbeziehung. Sie lernen, sich das Recht zuzugestehen, auch noch etwas vom Leben haben zu wollen.

Kinder suchtkranker Eltern – Atmosphäre in einer Suchtfamilie

Genauso wenig wie es *den* Abhängigkeitskranken, *den* Co-Abhängigen oder *die* Sucht- bzw. Alkoholikerfamilie gibt, sowenig kann es *das* Kind von suchtkranken Eltern geben. Die Entwicklungsverläufe können sehr unterschiedlich sein, Kompensationsmöglichkeiten variieren, und das Ausmaß von Auffälligkeiten hängt auch immer vom Grad der Störung der Familie ab. Die Atmosphäre in der Suchtfamilie ist durch eine ängstlich-gespannte Erwartungshaltung, Unruhe und Ungeborgenheit gekennzeichnet. Werden die Kinder z.B. einerseits vom alkoholisierten Vater wegen Nichtigkeiten bestraft, kann er andererseits im nüchternen Zustand der beste Vater sein. Das Kind versucht, jede Situation genau zu beobachten und unter Missachtung seiner eigenen Gefühle sein Verhalten auf die Stimmungsschwankungen des Alkoholikers abzustimmen (Köppl/Reiners 1987).

Die süchtige Beziehung hat in allen Varianten etwas maßlos Forderndes (Salloch-Vogel 1987). Deshalb wachsen die Kinder unter einem besonderen Stress auf. Wut, Scham, Demütigungen und Hilflosigkeit prägen das Familienklima. Es herrscht eine ständig gespannte Atmosphäre mit extremen, manchmal minutiösen Stimmungsschwankungen in den negativen Bereichen. Die Kinder versuchen, durch erlernte schnelle Abstimmung des eigenen Verhaltens auf die momentane Situation unter Missachtung ihrer eigenen Gefühle zu reagieren: »Ich merke das sofort, wenn der schlechte Laune hat. Es ist irgendwie so sehr in mir drin, ich sehe das schon an der Tür. Ich sehe auch sofort, wenn er getrunken hat. Also das habe ich sehr gut eingeübt« (Bernd, 17 Jahre).

Die Atmosphäre ist von großen Unsicherheiten bestimmt, es herrscht eine ängstlich angespannte Erwartungshaltung: »So vom Grundgefühl in der Familie denke ich, dass da immer eine ständige Angst war – vor ihm. Und zwar davor, dass er schlechte Laune kriegt, weil irgendetwas nicht stimmt« (Daniel, 21 Jahre). Die Familie bewegt sich oft jahrelang zwischen neuer Hoffnung und wiederkehrender Enttäuschung. Besonders bei Rückfällen des abhängigen Elternteils, aber auch bei nicht eingehaltenen Versprechen, verstärken sich im Kind die Gefühle von Verlassenheit und Ablehnung.

Kennzeichnend für die Suchtfamilie sind der unsichere Familienzusammenhalt und die feindselige Stimmung zwischen den Eltern (Schwulenberg nach Köppl/Reiners 1987). Durch elterliche Streitigkeiten und eheliche Spannungen entstehen häufig Loyalitätskonflikte im Kind. Meist fühlt es sich hin- und hergerissen und kann zu keinem Elternteil eine emotional vertrauensvolle Beziehung herstellen. Die Eltern sind oft so sehr mit ihren eigenen Problemen beschäftigt, dass sie den Kindern nicht die nötige Aufmerksamkeit zukommen lassen. Das Kind empfindet sich als nicht erwünscht und überflüssig. Es versucht oft, die Probleme der

Eltern zu lösen. Vielfach wird es auch als Ursache für das familiäre Elend angesehen, also zum Sündenbock gemacht (Brakhoff 1987). Häufige Streitigkeiten verursachen im Kind immer eine Angst vor Trennung (die auch von Zeit zu Zeit vorkommen können). Oft fühlen sich die Kinder für die Misere verantwortlich und glauben, sie könnten eine Besserung herbeiführen. Diese »meist unbewussten Grandiositätsideen« (Schmidt nach Brakhoff 1987) bringen die Kinder aber ebenfalls in ein sehr aufreibendes Dilemma: Sie versuchen, das Unkontrollierbare zu kontrollieren. Da ihnen dies jedoch nicht gelingt, resultiert aus der ständigen Frustration häufig eine latent oder mehr oder weniger offen wirkende depressive Haltung.

Da die Suchterkrankung immer noch eine stigmatisierte Krankheit ist, ist allen in der Familie klar, dass sie ein *Geheimnis* bleiben muss. Für die Kinder heißt das, in der Schule die Familiensituation vertuschen zu müssen und niemanden spontan mit nach Hause bringen zu können. Sie leben in einer »ängstlichen Dauerspannung«, denn sie wissen nie, was sie zu Hause erwartet. Die Geheimhaltung verstärkt ihr Schamgefühl, und dies führt zu verstärkter Isolation. Somit fehlen den Kindern Möglichkeiten zur Kompensation der Belastungen zu Hause, zum Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen, zum Erwerb sozialer Kompetenz, zur Entwicklung von Selbstachtung durch positive Kontakte mit anderen, zur Entlastung durch »Ausheulen« oder zur Orientierung an Modellen, die weniger defizitär sind als die der Eltern (Schwoon 1987).

Der alkoholabhängige Vater wird beispielsweise in seiner Beziehung zu den Kindern vornehmlich als angstausslösend, identifikationsunwürdig, intolerant, belastend und emotionslos erlebt (Feldmann nach Köppl/Reiners 1987). Dass auch der nichtsüchtige Elternteil einen schädigenden Einfluss auf das Kind ausüben kann, geht aus folgender Aussage hervor: »Wie mein Vater war, wenn er betrunken war, wusste ich ziemlich gut; wie sich meine Mutter verhielt, wenn mein Vater betrunken war, wusste ich nie.« Auch die Mutter ist infolge Arbeitsüberlastung und psychischem Stress nicht immer in der Lage, sich in adäquater Weise den Kindern zuzuwenden. Die Kinder fühlen sich ungeliebt, vernachlässigt und überflüssig.

Das *zentrale Problem* für diese Kinder ist wohl die *permanente Überforderung*. Oft können und dürfen sie ihre kindgemäßen Bedürfnisse nicht leben. Sie werden früh gefordert und überfordert, wenn sie Aufgaben der Eltern übernehmen müssen. So müssen sie häufig die Geschwister versorgen, die Mutter beruhigen, den Notarzt anrufen, die Eltern aus der Kneipe holen usw. Die inkonsequente Erziehungshaltung, d.h. das Wechselbad zwischen Härte und Verwöhnung, gibt den Kindern die Grunderfahrung, dass sie sich auf ihre Eltern (und auf Erwachsene generell) nicht verlassen können. So können sie frohe Stunden nicht genießen – aus Angst, was danach kommen könnte. Auch wenn es (wie schon vorangestellt) *die* Suchtfamilie nicht gibt, sind Kinder häufig folgenden Belastungsfaktoren ausgesetzt:

- Sie müssen Streit, Auseinandersetzungen und extreme Stimmungsumschwünge aushalten.
- Sie dienen als Objekt von Verwöhnung und Aggression.
- Sie sind Mittel in der Auseinandersetzung zwischen den Eltern und werden gezwungen, Partei zu ergreifen (Loyalitätskonflikte).
- Sie erleben keine Verlässlichkeit und müssen erfahren, dass Versprechen ihnen gegenüber in extremer Weise nicht eingehalten werden.
- Sie erfahren sexuelle Belästigungen und körperliche Misshandlungen.
- Sie erleben extreme körperliche Zustände mit (Rausch, Entzug).

All diese Belastungsfaktoren haben schon in der frühen Kindheit einen schädlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes, der sich bis in das Erwachsenenalter hinein auswirkt. Die Kinder erlernen schon früh ein dysfunktionales Lebensmuster. Sie sind um ihre Kindheit betrogen und zu früh zum Erwachsensein »verdammte« worden.

Kinder in Suchtfamilien wachsen in einem Gefühlschaos auf. Sie fühlen sich schuldig und verantwortlich für das elterliche Trinken; sie wissen nicht, dass z.B. Alkoholismus eine Krankheit ist, die sie weder verursacht haben noch kontrollieren oder gar heilen können. Sie haben das Gefühl, von den Eltern nicht wahrgenommen zu werden, und fühlen sich ungeliebt, denn das Familienleben dreht sich nahezu ausschließlich um den Alkohol und den suchtkranken Elternteil. Sie sind zutiefst verunsichert wegen des *verlässlich-unzuverlässigen* Verhaltens der Eltern, ihrer Einstellungen und Regeln. Auf nichts ist Verlass, außer auf die Unzuverlässigkeit und Unberechenbarkeit der Eltern. Was den Kindern bleibt, ist ängstliche Verwirrung und Misstrauen, häufig bis ins Erwachsenenalter hinein: »Papa war böse, er hat geschrien und uns alle geschlagen. Am nächsten Tag war er wieder lieb, so, als ob nichts passiert wäre. Er kann doch nicht vergessen haben, was er gesagt und getan hat!« (ein achtjähriger Junge in der Kindertherapie). Die Angst wird noch dadurch verstärkt, dass sie unter der ständigen Befürchtung leben, der alkoholabhängige Elternteil könnte krank werden, einen Unfall haben oder gar sterben – eine Angst, die durchaus realistisch ist: »Wenn er abends nicht kommt, gehen wir ihn suchen. Ich mache mir große Sorgen, habe Angst, dass wir ihn nicht wiederfinden« (ein zehnjähriges Mädchen). Ferner sind die Kinder eingeschüchtert durch familiäre Konflikte, die häufig genug in Gewalt und Misshandlung ausarten. Körperliche Gewalt bedeutet aber immer zu erniedrigen, zu beleidigen, Menschen in ihrer Würde zu verletzen. Misshandlung muss aber nicht immer und ausschließlich körperliche Gewalt bedeuten; sie tritt auch auf, wenn ein Kind ständig als Person abgewertet oder für alles Schlechte im Leben verantwortlich gemacht wird.

Auch Kinder, die mit suchtkranken Eltern aufwachsen, lernen Regeln für ihr Leben. Allerdings sind viele Regeln, die in diesen Familien vermittelt werden, entwicklungshemmend wie z.B. folgende:

1. *»Kontrolliere deine Gefühle, verleugne diejenigen, die als Wunsch an andere interpretiert werden, oder die, die eigene Verletzlichkeit und Schwäche zeigen könnten!«* Jedes Kind hat Gefühle, auch Kinder von suchtkranken Eltern. In einer Atmosphäre, in der Gefühle zu haben verboten ist, müssen Gefühle versteckt werden aus Scham oder aus Angst, sich bloßzustellen. In Suchtfamilien scheint es kein Gefühl für Gefühle zu geben.

2. *»Die Bedürfnisse der anderen sind wichtiger als die eigenen. Bedürfnisse dürfen – wenn überhaupt – nur indirekt und nur so geäußert werden, dass sie als die eigentlichen wahren Bedürfnisse anderer erscheinen, die man bloß interpretiert.«* Kindern in Suchtfamilien wird täglich deutlich gemacht, dass sie mit ihren Sorgen und Nöten, mit ihren Wünschen und Bedürfnissen nicht gefragt sind. Würden sie ihre eigenen Bedürfnisse äußern und durchzusetzen versuchen, würde das familiale System noch chaotischer, noch komplizierter werden. Das Kind hat seine Bedürfnisse zurückzustellen. Es muss Verständnis haben für die schwierige Situation von Mama und Papa. Aber: Wer hat Verständnis für die Kinder? Von diesen wird »erwachsenes« Verhalten verlangt. Die Eltern – insbesondere der Abhängige – dürfen sich nahezu alles erlauben, wie ein geliebtes, aber äußerst ungezogenes Kind. Wer es gewohnt ist, eigene Bedürfnisse nicht wahrnehmen zu dürfen, entwickelt mit der Zeit u.a. Identitätsprobleme etwa derart, dass er das, was *er* will, nicht von dem unterscheiden kann, was *andere* von ihm wollen.

Black (1988) hat die Regeln wie folgt zusammengefasst: »*Rede nicht, traue nicht, fühle nicht!*« Die Kinder suchtkranker Eltern sind gehalten, ihr Verhalten nach diesen Regeln auszurichten, und sie lernen diese Regeln früh und so intensiv, dass dies langfristige Folgen hat. Die Regeln werden vom abhängigen Elternteil aufgestellt und entsprechen *seinen* persönlichen Zielen – den Zugriff auf Alkohol zu garantieren, Schmerzen zu vermeiden und seine Abwehr zu schützen. Diese Regeln, nach denen sich alle Familienmitglieder richten müssen, werden durch Blicke, Gesten und Reaktionen vermittelt. Sie sind unausgesprochen, halten das Familiensystem geschlossen und blockieren die Entwicklung jedes Familienmitgliedes. Der Ausprägungsgrad der einzelnen Regeln ist familienspezifisch. All diese Belastungsfaktoren haben schon in der frühen Kindheit einen schädlichen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes, der sich bis in das Erwachsenenalter hinein auswirken kann.

Suchtgefährdung der Kinder suchtkranker Eltern

Rund 30% der Kinder suchtkranker Eltern wählen später suchtkranke Partner. Dabei scheinen zwei Prozesse vor sich zu gehen: (1) Es wird ein Partner ausgewählt, der dem eigenen Vater/der eigenen Mutter gleicht, und (2) wird die Partnerwahl des gleichgeschlechtlichen Elternteils imitiert, indem bei möglichen Partnern u.a. auf solche Signale besonders intensiv reagiert wird, für die auch die eigene Mutter bzw. der Vater schon besonders empfänglich waren (Burr 1985).

Die Kinder von Alkoholikern entwickeln häufig ein ähnliches Trinkmuster wie ihre Eltern oder eine andere Sucht (Stark nach Köppl/Reiners 1987). Etwa 50% der Kinder von Alkoholikern werden selbst alkoholkrank; dabei korreliert die Trinkhäufigkeit der Jungen hoch mit der der Väter, die Trinkhäufigkeit der Mädchen mit der der Mütter (Köppl/Reiners 1987). Nach Black (1988) bezeichnen sich selbst 36,8% der erwachsenen Kinder (Kontrollgruppe 9,5%) als alkoholabhängig. In einer Studie von Fox (1968) beträgt die Zahl der abhängigen erwachsenen Kinder 52% und bei Schuckit, Rimmer und Vinkowe (1971) sogar 72%. Obgleich (oder gerade weil?) viele Kinder aus Alkoholikerfamilien davon überzeugt sind, dass ihnen so etwas, wie sie es in ihrer Herkunftsfamilie erlebt haben, *niemals passieren* wird, werden überdurchschnittlich viele von ihnen selbst suchtmittelabhängig oder sind durch die Heirat eines Abhängigen erneut mit dem Problem konfrontiert.

Die Krankheit Alkoholismus wird durch vielfältige genetische, psychische, soziale und kulturelle Faktoren weitergegeben. Die Gewichtung der einzelnen Variablen ist nur sehr schwer zu analysieren. Ein Gen für Trunksucht wurde laut Zerbin-Rüdin (1977) bislang ebenso wenig nachgewiesen wie eine spezifische Keimzellschädigung durch exzessiven Alkoholenuss (vgl. von Villiez 1985). Genetische Erbfaktoren sind wohl darin zu sehen, dass auch das Verhalten als Anlage weitergegeben werden kann. Die »Vererbung« bzw. das Erlernen der Sucht als Verhaltensmuster, zum Teil über mehrere Generationen hinweg, scheint wesentlich eindeutiger. So diente z.B. Alkohol von jeher als »Hilfsmittel«, um in Kontakt mit anderen Menschen zu kommen. Das Trinkverhalten der Eltern wird von Heranwachsenden übernommen. Sie verinnerlichen die Selbstverständlichkeit, mit der zu allen möglichen Gelegenheiten Alkohol getrunken wird, und sehen auch, dass ihre Eltern keinen Ausnahmefall darstellen. Häufig wird der Konsum von Alkohol auch als äußeres Zeichen des Erwachsenseins gesehen.

Hilfsangebote für Suchtkranke und ihre Familien

Das Thema »Sucht und Familie« zwingt uns dazu, nicht nur über die Belastungen zu sprechen, denen die Kinder und Angehörigen Suchtkranker in diesen Familien begegnen, sondern auch über präventive, beraterische und therapeutische Maßnahmen nachzudenken, die es in diesem Feld gibt oder geben sollte (vgl. Arenz-Greiving 1997). Wichtigstes Ziel eines Angebotes für Kinder von suchtkranken Eltern ist, den *Teufelskreis der Abhängigkeit* zu unterbrechen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass sie (Lebens-)Regeln erlernen, die eine positive Entwicklung ermöglichen und fördern. Angebote für diese Kinder und deren Eltern sollten darauf abzielen, dass persönliche Ressourcen wie z.B. Flexibilität, soziale Intelligenz, Temperament und Sensivität gefördert und soziale Ressourcen wie Bindungsfähigkeit, stabile emotionale Beziehungen, offen unterstützendes Erziehungsklima, Modelle positiver Bewältigung und Wertorientierung angeboten werden.

Wenn wir uns mit der Situation und Lebensrealität der Kinder suchtkranker Eltern beschäftigen, geht es u.a. darum zu verhindern, dass sie die »neue Klientel« der Suchtkrankenhilfe werden – Prävention heißt das Stichwort. Alle, die mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien zu tun haben, müssen sich auch mit dem Thema »Suchterkrankungen – Auswirkungen und Hilfen« auseinandersetzen und jeweils in ihrem Arbeitsfeld nach Möglichkeiten der Unterstützung betroffener Kinder und ihrer Familien suchen. Eine intensive Kooperation ist sicherlich auch in dem Bereich der Elternarbeit erforderlich.

Angebote der Suchtkrankenhilfe

Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit führen im Verlaufe von mehreren Jahren in der Regel zu einer Vielfalt körperlicher, psychischer und sozialer Folgen. Genau genommen ist jede Suchtmittelabhängigkeit eine chronische Erkrankung, denn auch jeder trockene/ abstinenten Suchtkranke kann zeitlebens rückfallgefährdet sein. Abhängigkeitserkrankungen lassen sich – wie bereits erwähnt – nicht allein auf *eine* Ursache zurückführen. Das Bedingungsgefüge für die Entstehung und Verfestigung der Sucht ist vielschichtig. Daher erfordert die Behandlung Abhängigkeitskranker eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen, breit gefächelter Hilfsangebote und Maßnahmen, die in einem Verbund phasengerecht ineinander greifen und nahtlos zusammenarbeiten müssen. Die Behandlungsdauer richtet sich nach Schwere der Erkrankung und den daraus folgenden seelischen, körperlichen und sozialen Belastungen.

Heute lassen sich aus Kenntnis der Vielschichtigkeit der Suchtentwicklung heraus folgende Ziele der Behandlung Suchtkranker beschreiben. Es gilt,

- ein Leben ohne Suchtmittel führen zu können,
- die während der Abhängigkeit entstandenen Schäden im sozialen Bereich auszugleichen und wieder soziales Verhalten in der Familie, am Arbeitsplatz und in der Nachbarschaft zu lernen,
- das Vermögen für die Übernahme von Verantwortung für sich und andere wiederzuerlangen,
- die persönlichen, subjektiven und objektiven Schwächen anzunehmen,
- das Leben neu zu bewältigen sowie schließlich
- Perspektiven für sein zukünftiges Leben zu gewinnen.

Suchtkrankenhilfe orientiert sich an einem ganzheitlichen Menschenbild und will die Gesundheit der Abhängigen in körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht wieder herstellen oder fördern. Dazu dienen vorbeugende Maßnahmen, psychosoziale Beratung und ambulante Behandlung, stationäre und teilstationäre Therapie sowie ambulante und stationäre Nachsorge. Hierbei werden bewährte Methoden der Sozialarbeit, der Pädagogik, der Psychologie und der Medizin sowie benachbarter Disziplinen eingesetzt.

Die traditionelle Suchtkrankenhilfe der Beratung, Behandlung und Nachsorge hat sich in den letzten Jahren stark differenziert, qualifiziert und erweitert. Sie versteht sich heute als eigenständiges, auf den Abhängigen selbst sowie auf sein familiäres und soziales Beziehungsfeld ausgerichtetes, zeitlich früh einsetzendes Angebot menschlicher und fachlicher Beratung, Therapie und rehabilitativer Hilfen. Ambulante und stationäre Einrichtungen sind Teile dieses umfassenden Hilfesystems.

Suchtberatungsstellen

Diese ambulanten Beratungsstellen sind – neben den Hausärzten – die wichtigsten Ansprechpartner für das soziale Umfeld eines Abhängigen und den Kranken selbst, um eine Behandlung einzuleiten, zu begleiten oder selbst durchzuführen. Sie sind auch Anlaufstelle für alle, die erste Informationen über Suchtgefährdungen incl. Essstörungen und Spielsucht suchen. Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen gibt es in allen größeren und vielen mittleren und kleineren Städten. Ihre Träger sind häufig freie Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt usw. Manchmal sind diese Stellen auch den Gesundheitsämtern angegliedert.

Die psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige sind für jeden offen – unabhängig von Konfession, Nationalität oder Lebensalter. Sie bieten kostenlose Beratung für diejenigen, die sich mit Fragen und Anliegen direkt an sie wenden. Dazu gehört auch die Beratung von Multiplikator/innen wie z.B. Erzieher/innen oder Lehrer/innen.

Aufgabe der Suchtberatungsstellen ist es vor allem, Abhängige, Angehörige und Interessierte über Grundbegriffe, Ursachen und Folgen von Missbrauch und Abhängigkeitserkrankung sowie über die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Darüber hinaus gibt es verschiedene Gesprächs- und Gruppenangebote, die die Motivation zu einer Behandlung wecken und fördern sollen. Zudem wird Hilfestellung bei der Antragstellung für eine Therapiemaßnahme geleistet sowie Beratung in aktuellen Lebensfragen angeboten. Alle Mitarbeiter/innen unterliegen der Schweigepflicht, sodass die Bedingungen für Offenheit und Vertrauen gewährleistet sind.

In vielen Beratungsstellen können Betroffene auch an einer ambulanten Behandlung teilnehmen, sofern sie gut motiviert sind sowie ihr gesundheitlicher Zustand und die soziale Situation dies ermöglichen. Außerdem kann hier nach einer stationären Behandlung die Therapie ambulant fortgeführt werden, wenn dies angebracht und von den Betroffenen gewünscht wird. Zudem vermitteln diese Stellen in weiterführende Hilfen, wenn z.B. eine Selbsthilfegruppe gesucht wird oder Schuldnerberatung und Schuldenregulierung ein nächster wichtiger Schritt sind.

Ein wesentlicher Aspekt der Arbeit von Beratungsstellen ist die Einbeziehung der Familienangehörigen. Es werden Gespräche mit den Lebenspartner/innen, den Eltern und manchmal auch den Kindern durchgeführt. Diese müssen oft erst lernen, die Realität zu sehen und die Suchtkrankheit zu akzeptieren. Auch benötigen sie Unterstützung, wenn sie mit Pflichten und Aufgaben belastet sind, die früher der Suchtkranke selbst wahrnahm. Schließlich können sie all die negativen Erfahrungen in der Vergangenheit nicht »einfach vergessen«, wenn der Suchtkranke keine Suchtmittel mehr zu sich nimmt. Notwendig ist deshalb die Einbeziehung der Angehörigen mit mindestens folgenden Zielen:

1. Es soll das Verständnis für die Entwicklung (Hintergrund, Motive zum Missbrauch) und Art der Krankheit vermittelt werden.
2. Eine offene Aussprache zwischen den Betroffenen soll ermöglicht werden, damit die Vergangenheit bewältigt werden kann.
3. Gemeinsame Vorstellungen über ein zukünftiges Leben sollen entwickelt werden.
4. Möglichkeiten für den Umgang mit immer wiederkehrenden Gefühlen wie Misstrauen, Angst und Ärger sollen erarbeitet werden.
5. Vorbeugend soll ein Vorgehen bei Rückfälligkeit gemeinsam entwickelt und abgesprochen werden.

Die Adressen der Beratungsstellen sind im örtlichen Telefonbuch verzeichnet. Sie werden unter »Suchtberatung«, »Jugend- und Drogenberatungsstelle«, »Psychosoziale Beratungsstelle« und ähnlichen Begriffen geführt.

Besonderheiten in der Arbeit mit und für Jugendliche

Jugendliche brauchen niedrighschwellige Beratungsangebote in Form von aufsuchender Sozialarbeit, die den Kontakt in ihren eigenen Lebenswelten ermöglicht. In Bezug auf die Zielgruppe der konsumierenden und gefährdeten Jugendlichen, die (noch) nicht abhängig sind, und in der Regel ihre Situation nicht so problemhaft beurteilen, wie dies häufig ihr Umfeld tut, greift das Angebot der Beratungsstellen kaum bis gar nicht. Müsste aufsuchende Arbeit im Suchtbereich generell erweitert werden, so ist speziell für Jugendliche nur der Weg des niedrighschwelligem Zugangs denkbar, indem Sozialarbeiter/innen mit ihnen dort Kontakt aufnehmen, wo Jugendliche sich aufhalten.

Information, Austausch, Beratung und Begleitung ermöglicht Eltern und Multiplikator/innen Konsummuster von Jugendlichen besser einzuordnen, Ängste abzubauen und situativ angemessener zu reagieren. So können Beratungsstellen z.B. über unverbindliche Eltern-Info-Abende oder feste Gesprächskreise wie auch über Einzelberatung dazu beitragen, dass Eltern Informationen über Hintergründe und Zusammenhänge bei Suchtmittelkonsum erhalten. Diese sind notwendig, um Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema – und somit mit dem Kind – abzubauen.

In der Zusammenarbeit mit Multiplikator/innen aus den Bereichen Schule und Jugendarbeit können Mitarbeiter/innen aus Beratungsstellen – über einen ähnlichen Service wie für Eltern hinaus – selbst bei Projekten mitwirken und sich als Personen und mögliche Ansprechpartner/innen bekannt machen. Sie können Lehrer/innen helfen, die im Schulalltag auf für sie problematische Verhaltensweisen Jugendlicher stoßen oder sie des Drogenkonsums verdäch-

tigen und nicht wissen, wie sie darauf reagieren sollen. So zeigen Erfahrungen, dass Multiplikator/innen aus den Bereichen Schule und Jugendarbeit eine fachliche Beratung und Begleitung zur Durchführung von Projekten, aber auch im alltäglichen Umgang mit den Themen Konsum, Drogen und Sucht als sehr hilfreich und unterstützend erleben.

Stationäre Therapieeinrichtungen

Im Wesentlichen lassen sich folgende Einrichtungen zur stationären Versorgung Abhängiger aufzählen:

- Allgemeinkrankenhäuser mit besonderen internistischen und psychiatrischen Abteilungen,
- Psychiatrische Abteilungen,
- Psychiatrische Krankenhäuser,
- Fachkliniken für Suchtkranke,
- therapeutische Wohngemeinschaften und
- Nachsorgeeinrichtungen.

Dazu kommen Einrichtungen für spezielle Zielgruppen wie z.B. für

- gefährdete oder abhängige Kinder und Jugendliche,
- Drogenabhängige,
- abhängige Frauen,
- suchtkranke Mütter und ihre Kinder,
- suchtkranke ausländische Mitbürger,
- Menschen, die an (suchtartigen) Essstörungen leiden, oder für
- pathologische Spieler/innen.

In den letzten Jahren ist das Hilfesystem erheblich weiterentwickelt worden, sodass wir heute zahlreiche Einrichtungen haben, die für Menschen mit »speziellen« Ausprägungen der Suchterkrankung zur Verfügung stehen.

Die ambulanten Stellen stehen in engem Kontakt mit stationären Einrichtungen. Häufig haben die Suchtkranken, aber auch ihre Familien, Angst vor einer stationären Behandlung. Deshalb ist es wichtig, dass in einer Motivationsphase vor der stationären Behandlung diese Ängste abgebaut und die Beteiligten auf eine Therapie vorbereitet werden. Die Suchterkrankung hat meist eine recht lange Vorgeschichte; deshalb braucht auch der Weg der Genesung seine Zeit.

Die Einrichtungen nehmen mit unterschiedlicher Intensität und Dauer die Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung von Suchtkranken wahr. In stationären Einrichtungen wie Allgemeinkrankenhäusern und Psychiatrischen Kliniken werden die (körperlichen) Entgiftungsmaßnahmen durchgeführt. Die Entgiftungsphase dauert ca. eine bis drei Wochen; die Kosten für den Aufenthalt übernimmt in der Regel die Krankenkasse.

Im Anschluss an die Entgiftung kann eine stationäre Behandlung in einer Fachklinik für Suchtkranke begonnen werden (Entwöhnungsphase). Bevor ein/e Betroffene/r in einer Fachklinik aufgenommen wird, ist es erforderlich, dass eine Freiwilligkeitserklärung unterschrie-

ben wird und die Entgiftungsphase abgeschlossen ist. Bei Minderjährigen müssen die Eltern oder Sorgeberechtigten ihr Einverständnis erteilen. Im Vorfeld ist mit Hilfe der Beratungsstelle die Kostenübernahme zu klären. In der Regel übernehmen der Rentenversicherungsträger (BfA, LVA u.a.) oder die Sozialhilfe die Kosten für den Aufenthalt in der Klinik. Bei Minderjährigen wird die Krankenversicherung der Eltern erster Ansprechpartner sein.

Das Ziel der Behandlung ist die Abstinenz vom Suchtmittel, die es den Abhängigen erst ermöglicht, in ihrer Persönlichkeitsentwicklung nachzureifen und zu einer größeren Selbstverantwortlichkeit zu kommen. Die Dauer der stationären Therapie ist abhängig vom Zustand des Abhängigen und seiner sozialen Situation. Die Behandlungszeit wird also flexibel auf den Bedarf des/der Einzelnen abgestimmt. Außerdem gibt es Therapiekonzepte von unterschiedlicher Dauer. Für Jugendliche und junge Erwachsene beträgt die Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen häufig sechs bis zehn Monate.

In einer Fachklinik für Suchtkranke sind Mitarbeiter/innen der verschiedenen Fachrichtungen tätig: Mediziner/innen, Diplom-Psycholog/innen, Sozialarbeiter/innen und -pädagog/innen, Arbeits-, Beschäftigungs- und Sporttherapeut/innen. Durch das kooperative Zusammenwirken wird eine ganzheitliche Behandlung möglich. Es lassen sich folgende Schwerpunkte der stationären Behandlung beschreiben:

1. Behandlung der körperlichen Schäden: Die meisten Suchtkranken sind körperlich erheblich geschädigt; einige sind als schwer krank zu bezeichnen. Im Vordergrund stehen Lebererkrankungen, Schädigungen des Magens, der Bauchspeicheldrüse und des Herzens, Unregelmäßigkeiten des Blutdrucks, Diabetes und Schädigungen des Nervensystems. Deshalb ist eine sorgfältige Untersuchung und Behandlung erforderlich. Zur allgemeinen Kräftigung werden Sport, Hydrotherapie (Schwimmen, Kneipen etc.), Beschäftigungs- und Arbeitstherapie verordnet.
2. Bewusstmachung der Abhängigkeit: Der/die Suchtkranke soll erkennen, dass eine Abhängigkeit vorliegt. Die Betroffenen sollen herausfinden, wie sie zum jeweiligen Suchtmittel gekommen sind und wie sich ihr Konsumverhalten in verschiedenen Situationen ausgewirkt hat. Die Krankheitseinsicht ist die Basis, auf der die weiteren Behandlungsschritte aufbauen.
3. Realistische und kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte: Die Suchtkranken sollen lernen, die Schwierigkeiten, vor denen sie mit Hilfe von Alkohol, Medikamenten oder Drogen flüchteten, jetzt ohne ihr Suchtmittel zu bewältigen.
4. Einbeziehung der Familie oder anderer wichtiger Bezugspersonen in die Therapie: Es werden Seminare für Angehörige veranstaltet, zu denen Familienangehörige – meistens die Lebenspartner/innen oder Eltern – eingeladen werden. Sie müssen oft erst lernen, der Tatsache der Suchterkrankung ins Gesicht zu sehen und sich mit den Folgen auseinander setzen.

In einer Fachklinik begegnen die Suchtkranken einem umfassenden Therapieprogramm, das ihr Leben während des Aufenthaltes weitgehend bestimmt. Durch die Betonung der eigenen Entscheidung werden die Abhängigen aufgefordert, ihr Leben (wieder) selbst in die Hand zu nehmen.

Nachsorge

Oft können nicht alle psychischen und sozialen Folgen einer langjährigen Suchterkrankung im Rahmen der ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung behoben werden. Vielfach ist der behandelte Suchtkranke noch nicht stabil genug, um dem Ansturm der Belastungen bei einer Arbeits- oder Wohnungssuche standzuhalten. Häufig ist die familiäre Situation nicht ausreichend geklärt, Probleme mit den Eltern, dem/der Partner/in oder den Kindern treten deutlich hervor und müssen bearbeitet werden. Daher ist eine Nachbehandlung erforderlich. Sie wird je nach Schwere der noch zu behebbenden Probleme stationär, teilstationär oder ambulant in entsprechenden Übergangseinrichtungen durchgeführt. Das Spektrum der Nachsorgeeinrichtungen ist ebenfalls recht groß, insbesondere unter dem Aspekt der unterschiedlichen Angebote für Alkohol- bzw. Medikamentenabhängige und für die Konsumenten illegaler Drogen. Adressen von solchen Einrichtungen können sowohl bei den Fachkliniken als auch bei den Suchtberatungsstellen vor Ort erfragt werden.

Selbsthilfegruppen

Neben der Hilfe durch professionelle Einrichtungen haben sich ehrenamtlich tätige »trockene« Alkoholiker/innen, Medikamentenabhängige und Angehörige in Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen. Der Stellenwert dieser Selbsthilfegruppen ist nicht hoch genug einzuschätzen. Die meisten Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige haben sich inzwischen zu bundesweiten Organisationen zusammengeschlossen. Im Einzelnen sind dies:

- Anonyme Alkoholiker (AA),
- Alanon und Alateen (nur für Angehörige),
- Blaues Kreuz in Deutschland (BKD),
- Blaues Kreuz in der Ev. Kirche (BKE),
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freundeskreise (BAG der FK),
- Bundesverband der Elternkreise drogengefährdeter und drogenabhängiger Jugendlicher (BVEK) (nur für Eltern und Angehörige),
- Deutscher Guttempler-Orden (IOGT) sowie
- Kreuzbund (KB).

Dazu kommen noch Selbsthilfegruppen unter dem Dach der Arbeiterwohlfahrt (AWO), des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV). Eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen, die sich nicht verbandlich organisiert haben, arbeitet auf lokaler und regionaler Ebene. Insgesamt zählen wir heute in Deutschland mehr als 7.600 Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und deren Angehörige, in denen Menschen Hilfe finden können.

Eines der wichtigsten Ziele bei der Behandlung Suchtkranker ist es, die Selbstheilungskräfte wieder zu mobilisieren, die spätestens seit der Einnahme des Suchtmittels nach und nach verloren gegangen sind. Weitere Merkmale der Suchterkrankung sind zunehmend verzerrte Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsferne und soziale Isolation. Daher gehört das Erlebnis, wieder einer Gruppe von Menschen anzugehören, zu einer stark motivierenden Erfahrung für den Suchtkranken. In einer Selbsthilfegruppe erleben die Teilnehmer/innen, dass

- sie nicht allein mit ihren Erfahrungen und Ängsten stehen, dass Partner und Freunde, Kinder und Eltern auch erheblich unter ihrer Abhängigkeit gelitten haben;
- sie sich nicht schämen müssen, weil sie suchtkrank geworden sind;
- sie verstanden und akzeptiert werden sowie
- wieder Verantwortung für sich übernehmen müssen.

Für die Arbeit von Selbsthilfegruppen gelten im Wesentlichen fünf Prinzipien:

1. Die Teilnahme an der Gruppe ist kostenlos und geschieht freiwillig.
2. Alle Gruppenmitglieder sind oder waren selbst von einer Suchterkrankung betroffen (als Abhängige oder Angehörige).
3. Es gilt für alle Anwesenden die Schweigepflicht.
4. Alle Gruppenmitglieder sind gleichberechtigt.
5. Die Gruppen sind für *alle* offen, die sich mit der Suchterkrankung auseinander setzen wollen.

Die Selbsthilfegruppe wirkt als Anlaufstelle für Angehörige und Betroffene, da die Barrieren für den Suchtkranken und sein soziales Umfeld niedriger erscheinen als bei den offiziellen Stellen. Darüber hinaus sind Mitglieder von Selbsthilfegruppen auch abends ansprechbar und machen Hausbesuche. Jedem Suchtkranken wird empfohlen, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen, damit er dem Ansturm der einsetzenden Belastungen in der Außenwelt (z.B. nach einer Therapie) besser gewachsen ist.

Das (meist) wöchentliche Gespräch in der Gruppe mit Betroffenen und Angehörigen über gemeinsame oder ähnliche Probleme führt die eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen, aber auch die eigenen Fähigkeiten, vor Augen und fördert die Wachsamkeit gegenüber Risiken eines erneuten Suchtmittelkonsums. Neben dieser Aufgabe ermöglichen die Selbsthilfeorganisationen auch die Weiterbildung und Qualifizierung zu ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer/innen. Darüber hinaus bieten sie Freizeitaktivitäten ohne Alkohol (bzw. ohne Suchtmittel) und die Chance, neue Freundschaften zu schließen. Damit kann den Suchtkranken zu einer langfristig gesicherten Stabilisierung ihrer Persönlichkeit und ihrer Abstinenz verholfen werden.

Die Zahl der Selbsthilfegruppen speziell für junge Gefährdete oder Abhängige ist noch vergleichsweise gering. Das liegt sicherlich auch daran, dass junge Menschen eher eine »andere Art« von Selbsthilfeangeboten wollen als Erwachsene. Hinzu kommt, dass (ehemals) Drogenabhängige nach Überwindung einer Suchterkrankung meist nichts mehr mit Menschen aus dieser »Szene« zu tun haben wollen. Aus diesem und anderen Gründen gibt es – im Vergleich zum Alkoholikerbereich – weniger Ehemalige (Konsumenten illegaler Drogen), die Selbsthilfegruppen für junge Suchtkranke initiieren.

In vielen Städten gibt es heute die Selbsthilfegruppen von Alateen, die sich an Kinder und jugendliche Angehörige von Alkoholikern richten. Alateen-Gruppen arbeiten – wie die Anonymen Alkoholiker – nach einem 12 Schritte-Programm. In der Zentrale in Essen kann man die Adressen der einzelnen Gruppen vor Ort erfragen (Tel.: 0201/773007).

In Elternkreisen treffen sich in der Regel Eltern – vor allem Mütter – von Drogenabhängigen, um Erfahrungen auszutauschen, sich gegenseitig zu informieren und zu stützen. Die meisten Eltern möchten am liebsten ein Patentrezept – aber sie erfahren im Elternkreis: Es

gibt keine Patentrezepte, es gibt keine Wundermittel, welche alle aus dem Drama der Sucht befreien können. Das ist zunächst eine bittere Erkenntnis, und manche brauchen lange Zeit, um dies zu akzeptieren. Die meisten Mütter und Eltern erkennen dann die eigene Hilflosigkeit und arbeiten daran, dass die Drogenabhängigkeit ihres Kindes nicht länger ihr eigenes Leben beherrscht.

Literatur

- Appel, C.: Aber keiner soll das merken. Partner 1985, Nr. 6, S. 8–10
- Arenz-Greiving, I.: Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Kinder. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Sucht und Familie. Freiburg: Lambertus 1993, S. 265–281
- Arenz-Greiving, I.: Die Betroffenheit der Mitbetroffenen – Partnerinnen von suchtkranken Männern. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch SUCHT 95. Geestacht: Neuland 1995, S. 229–241
- Arenz-Greiving, I.: Situation der Kinder von Suchtkranken oder Was ist bloß mit Martin los. In: Landesstelle gegen die Suchtgefahren in Baden-Württemberg (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken – Probleme und Hilfemöglichkeiten. Stuttgart: Selbstverlag 1997, S. 7–26
- Black, C.: Mir kann das nicht passieren. Wildberg: Bögner-Kaufmann 1988
- Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken – Situation, Prävention, Beratung, Therapie. Freiburg: Lambertus 1987
- Burr, A.: Alkohol in der Familie. München: Kösel 1985
- Foster, W.: Our nation's drinking problem. National Council on Women in the USA. New York Times, 3.3.1976
- Fox, R.: Treating the alcoholic's family. In: Cantanzaro, R.J. (Hrsg.): Alcoholism. Springfield: Thomas 1968, S. 105–115
- Grigoleit, H./Wenig, M./Hüllinghorst, R.: Handbuch Sucht. Sankt Augustin: Asgard 1991
- Harsch, H.: Alkoholismus – Schritte zur Hilfe für Abhängige, deren Angehörige und Freunde. München: Blaukreuz 1979
- Köpl, B./Reiners, W.: Hilfen für Kinder von alkoholabhängigen Vätern. Freiburg: Lambertus 1987
- Krämer, H.: Helft mir – meine Eltern trinken. Hamburg: Neuland 1980
- Pierce, J.: Alcoholism: a family disease. Alcoholism and recovery within the naval service. Manuskript 1976
- Rennert, M.: Co-Abhängigkeit. Freiburg: Lambertus 1990
- Salloch-Vogel, R.-R.: Erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Was wird aus diesen Kindern? In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken – Situation, Prävention, Beratung, Therapie. Freiburg: Lambertus 1987, S. 11–24
- Schmidt, G.: Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten – eine systemische Betrachtung. In: Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken – Situation, Prävention, Beratung, Therapie. Freiburg: Lambertus 1987, S. 25–52
- Schuckit, M.A./Rimmer, J./Vinkowe, G.: Alcoholism: the influence of parental illness. British Journal of Psychiatry 1971, 119, S. 663–665
- Schwoon, D.: Die Kinder von Abhängigen. In: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.): Schriftenreihe zu Suchtfragen, Heft 1. Hamburg: Selbstverlag 1987
- Villiez, T. von: Sucht und Familie. Berlin: Springer 1985
- Wegscheider, S.: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg: Maria-Kaufmann 1988
- Zerbin-Rudin, W.: Das schwierige Kind. Stuttgart: Klett, 2. Aufl. 1977

Familie und psychische Krankheit

Schwere und andauernde psychische Krankheit hat bedeutende Auswirkungen auf Patient/innen, Familien und die Gesellschaft. Beispielsweise muss ein junger Erwachsener, der unter Schizophrenie leidet, für längere Zeit mit einer schlimmen Krankheit leben – welche die eigene Fähigkeit beeinträchtigt, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten, für sich selbst zu sorgen, die eigene Ausbildung abzuschließen oder einen Arbeitsplatz zu finden und zu behalten. Ergebnisse der »NIMH Epidemiological Catchment Area Study« (Robins/Regier 1991) zeigen, dass die Symptome der Schizophrenie im Durchschnitt neun Jahre lang bestehen. Die Krankheit bricht oft in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter aus und trifft so Menschen in einer Phase ihres Lebenszyklus, in der von ihnen erwartet wird, dass sie selbstständig werden und einen eigenen Haushalt gründen. Stattdessen werden diese Personen wieder von ihren Familien abhängig und benötigen fortwährende Unterstützung, um in der Gemeinschaft verbleiben zu können. Menschen mit Schizophrenie erleben häufig Rückfälle, die immer wieder zu einer Hospitalisierung führen. Schätzungsweise 50% von ihnen entwickeln eine Form der Behinderung, die im Verlauf ihres Lebens von Zeit zu Zeit zu Beeinträchtigungen führt. Weitere 25% gesunden nie und müssen für den Rest ihres Lebens betreut werden. Während der ersten paar Jahre nach Ausbruch der Schizophrenie nimmt das Ausmaß der Beeinträchtigungen häufig zwischen den Krankheitsepisoden zu (American Psychiatric Association 1987; Carpenter 1987; Keith/Matthews 1984).

Schwere und andauernde psychische Krankheit wirkt sich wie andere chronische Erkrankungen nicht nur auf den Patienten aus, sondern auch auf das ganze Familiensystem. Sie bringt oft das Familienleben durcheinander und mag zu einer Umverteilung von Rollen und Aufgaben bestimmter Familienmitglieder führen. Der mit chronischer Krankheit verbundene Stress kann auch zu Familienkonflikten führen und die Gesundheit einzelner Familienmitglieder beeinträchtigen (Bruhn 1977; Leventhal/Leventhal/Nguyen 1985). Die Versorgung chronisch kranker Menschen belastet vor allem die Pflegepersonen – jene Familienmitglieder, die sich ihrer Betreuung und Unterstützung widmen. Unabhängig von der Art der chronischen Erkrankung erleben viele Pflegepersonen einen mittleren bis hohen Grad der Belastung und einige auch einen mittleren bis hohen Grad von Depressivität (Biegel/Sales/Schulz 1991; Bruhn 1977; Leventhal/Leventhal/Nguyen 1985).

Eine große Zahl von Familien ist durch schwere und andauernde psychische Krankheit betroffen. Es gibt allerdings keine exakten Daten über ihre Anzahl bzw. über die Zahl psychisch Kranker, die alleine leben. Untersuchungen (z.B. Lefley 1996) belegen, dass Familien ein hohes Maß an Toleranz gegenüber ihrem psychisch kranken Mitglied zeigen, dass aber auch die Kosten und Belastungen sehr groß und durchgängig sind. Ein Überblick der Group for the Advancement of Psychiatry (1978) über den Rückkehrort von Patient/innen nach der

Entlassung aus dem Krankenhaus belegte, dass in den 60er und 70er Jahren fast drei Viertel (72%) der Patient/innen in den USA in ihre Familien zurückkehrten – 50% von ihnen zum Ehepartner, 30% zu den Eltern und 20% zu anderen Verwandten. Ähnliches galt auch für England. Heute kehren in den USA nur 25% der Patient/innen in ihre Familien zurück, aber auch dieser Prozentsatz umfasst noch eine recht große Zahl von Personen (a.a.O.; Talbott 1988). So wird geschätzt, dass rund 150.000 bis 170.000 chronisch Kranke pro Jahr heimkehren. Es liegen aber keine Daten vor, wie viele Personen mit schwerer und lang andauernder psychischer Krankheit derzeit in den USA bei ihren Familien leben (Goldman/Gattozzi/Taube 1981).

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Auswirkungen psychischer Krankheit auf die »versteckten Patient/innen«, die Pflegepersonen eines erwachsenen psychisch kranken Familienmitgliedes. Leider ignoriert das Gesundheitssystem oft die Bedürfnisse dieser Personen oder befriedigt sie nur zum Teil. Das ist recht kurzsichtig, da die Familienmitglieder bedeutende Elemente des Unterstützungssystems von Patient/innen sind und Untersuchungen zeigen, dass psychisch Kranke mit sehr kleinen sozialen Netzwerken häufiger rehospitalisiert werden (vgl. Cohen/Sokolovsky 1978). Ich werde zunächst auf Theorien über die Ätiologie von Schizophrenie und darauf eingehen, wie diese die Sicht von Familien durch Professionelle geprägt haben. Dann geht es um die Bedeutung psychischer Krankheit für Familien, um Untersuchungen über die Belastungen durch Pflege und die Folgen für die Gesundheit der Familienmitglieder, um einen Überblick über die Probleme und Bedürfnisse dieser Familien sowie um Veränderungen in der Gesundheitspolitik und in der Arbeitsweise psychosozialer Dienste, die zu einer besseren Unterstützung von Pflegepersonen in Familien führen würden.

Die Entstehung von Schizophrenie und die Familie

Die Familien psychisch Kranker betreffenden Fragestellungen können nur richtig verstanden werden, wenn man sich damit beschäftigt, wie in der Vergangenheit die Familie von Psychotherapeut/innen, Psychiater/innen und anderen Fachleuten gesehen wurde. Im Gegensatz zu anderen chronischen Erkrankungen wurden die Pflegepersonen psychisch Kranker als Verursacher der Krankheit »angeklagt«. So wurden ab den 30er und 40er Jahren neue Theorien über die Ätiologie der Schizophrenie entwickelt. Fromm-Reichmann veröffentlichte 1948 ihre Theorie, dass die Ursachen in der Interaktion zwischen Kleinstkind und Mutter lägen – letztere würde ihrem Kind gegenüber Gefühle der Zurückweisung und Ablehnung ausdrücken (Hatfield 1987). Diese Theorie und auf ihr aufbauende Arbeiten beeinflussten die Sichtweise der Professionellen von den Familien psychisch Kranker und färbten ihre Interaktion mit ihnen während der nächsten drei Jahrzehnte. Als Konsequenz fühlten sich die Familien etikettiert, angeklagt und zurückgewiesen von den Professionellen. Auf diese Weise wurde die Bürde, die auf diesen Familienmitgliedern schon aufgrund ihrer Pfl egetätigkeit lastet, noch vergrößert. Außerdem haben diese Theorien über die Entstehung psychischer Störungen die Chancen der Pflegepersonen verringert, die benötigte professionelle Hilfe zu erlangen. So waren die Beziehungen zwischen Fachleuten und Familienmitgliedern nicht immer unterstützend.

Allerdings beginnt sich diese Situation zu ändern. Obgleich es eine Entwicklung hin zur Unterbringung von aus dem Krankenhaus entlassenen psychisch Kranken in betreuten Gemeinschaften (anstatt in ihren Familien) gibt, werden in neuester Zeit die Theorien revidiert,

nach denen Familien als mitverantwortlich für die Entstehung psychischer Erkrankungen betrachtet wurden. Auch wurden neue Theorien über die Entstehung der Schizophrenie entwickelt. So haben sich die Einstellungen der Familienmitglieder und Fachleute hinsichtlich der jeweils anderen Seite zu verändern begonnen (Beels/McFarlane 1982).

Die Bedeutung psychischer Krankheit für Familien

Es gibt nur sehr wenige Untersuchungen über die Einstellungen und Haltungen von Familien gegenüber psychisch kranken Mitgliedern (Clausen/Yarrow 1955; Kreisman/Joy 1974; Terkelson 1987; Yarrow et al. 1955). In einer der frühesten Studien auf diesem Gebiet haben Yarrow und Mitarbeiter (1955) die kognitiven und emotionalen Probleme erforscht, die Ehefrauen in den ersten Phasen der Bewältigung der psychischen Erkrankung ihrer Ehemänner erleben. Hierzu haben sie eine kleine Anzahl klinischer Fälle analysiert. Nach diesen Autoren entdeckt die Frau zunächst neue und unterschiedliche Verhaltensweisen und versucht, sich diese zu erklären. In dieser frühen Phase schwankt sie hin und her, ob es ein Problem gibt oder nicht und ob das Verhalten normal ist oder nicht. Sie mobilisiert Abwehrmechanismen, die verhindern, dass sie das Verhalten als deviant auffasst; dies können Reaktionen wie Verneinung, Abschwächung oder Normalisierung des Problems umfassen. Irgendwann wird aber ein Punkt erreicht, an dem die Frau glaubt, dass es ein Problem gibt und dass sie alleine mit ihm nicht fertig wird. Zu diesem Zeitpunkt wird das Problem nicht notwendigerweise als eine psychische Erkrankung gesehen, sondern vielmehr als ein physisches, ein »Charakter-« oder ein umweltbezogenes Problem. Variablen, die das Erkennen des Problems in dieser Phase beeinflussen, liegen darin, als wie bedrohlich die psychische Krankheit von der Ehefrau wahrgenommen wird, ob sie sich selbst für die Entstehung der Krankheit mitverantwortlich macht, inwieweit sie befriedigende Beziehungsmuster im Umgang mit dem kranken Ehegatten ändern müsste und wie sie ihre eigene Zukunft als Ehefrau eines psychisch kranken Patienten sieht.

Auf diese Forschungsarbeit aufbauend identifizierte Terkelson (1987) folgende fünf grundlegende Variablen, mit deren Hilfe Unterschiede zwischen Verwandten hinsichtlich der Bestimmung der Bedeutung der psychischen Erkrankung eines Familienmitgliedes erklärt werden können:

1. das Ausmaß der Beteiligung der Verwandten am täglichen Leben des Patienten/der Patientin,
2. die Theorien der Verwandten über Ursachen, Symptome und Ausgang der Krankheit,
3. die Entstehungsgeschichte und Phasen der Erkrankung,
4. die Persönlichkeit und Biografie des Verwandten (einschließlich früherer Erfahrungen mit psychischer Krankheit) sowie
5. die Interaktionen der Verwandten mit Mitgliedern formeller und informeller Netzwerke.

Die erstgenannte Variable ist die wichtigste. Die dem Patienten/der Patientin nächsten Verwandten sind von dem Verhalten desselben/derselben am meisten betroffen und müssen die größte Bürde tragen. Andere Mitglieder des Haushalts mögen sich gegenüber dem Patienten/der Patientin abkapseln und bieten dann der Hauptpflegeperson in der Familie nur wenig Unterstützung. Die Erklärung der Entstehung der Krankheit kann ebenfalls die Reaktion von

Familienmitgliedern beeinflussen. Wenn z.B. eine biologische Sichtweise vertreten wird, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass eine Person die anderen Familienmitglieder oder sich selbst für das deviante Verhalten verantwortlich macht. Wenn eine interpersonale Erklärung übernommen wird, mag es in der Familie mehr Spannungen geben, da sie in Ankläger und Angeklagte zerfällt.

Die Gefühle der Verwandten bezüglich der psychischen Erkrankung werden unvermeidbar von den fluktuierenden Zyklen der Krankheit selbst beeinflusst. Verwandte, die eine akute Verschlechterung im Zustand des Kranken/der Kranken verstehen und akzeptieren können, mögen weniger fähig sein, zu verstehen und zu akzeptieren, dass er auch beim Nachlassen und Ruhen der Erkrankung noch krank ist. Eine immer wieder erwähnte Schwierigkeit für Familien ist der Umgang mit den immer seltener werdenden Zeichen der Zuneigung. Dies mag nicht als durch die Krankheit verursacht wahrgenommen werden und dann zu emotionalen Spannungen im ganzen Familiensystem führen.

Andere Variablen, welche die Reaktionen Verwandter auf psychische Erkrankungen beeinflussen, umfassen deren Alter, individuellen Stärken und Bewältigungsmechanismen, emotionale Belastbarkeit und Vorerfahrungen mit solchen Krankheiten. Schließlich werden ihre Reaktionen von Faktoren geprägt, die in ihrem sozialen Netzwerk liegen. Oft erleben sich Familienmitglieder als isoliert, wenn das Ausmaß der Beschäftigung Außenstehender mit dem/der psychisch Kranken im Verlauf der Zeit immer geringer wird und im gleichen Maße die Bürde der Hauptpflegeperson wächst. Die Interaktionen mit Professionellen, die Familienmitglieder als Verursacher der Erkrankung betrachten, kann ebenfalls eine verwirrende und negative Auswirkung auf Familien haben – obgleich sich diese Haltung ändert, wie bereits oben angedeutet wurde.

Art und Ausmaß der Belastung der Pflegeperson

Das Konzept der »Bürde« ist ein zentrales Merkmal nahezu aller amerikanischen Studien über die Betreuung psychisch Kranker durch ihre Familien, obwohl es immer noch keine Übereinstimmung hinsichtlich der Definition dieses Begriffes und der Messung der Belastung gibt. Einige Forscher unterscheiden zwischen objektiven und subjektiven Aspekten der Bürde (Brown et al. 1966; Thompson/Doll 1982). Mit »objektiver Bürde« sind die durch die Krankheit des Mitglieds hervorgerufenen Brüche im Familienleben und/oder die Zeit und Energie gemeint, welche die Pflegeperson aufbringen muss, um die Bedürfnisse des/der psychisch Kranken zu befriedigen. Dazu können Einschränkungen hinsichtlich bestimmter Aktivitäten oder der Zeitverwendung, mangelnde Unterstützung, übernommene Aufgaben, finanzielle Ausgaben u.Ä. gehören. Die »subjektive Bürde« umfasst hingegen die Menge an empfundener Belastung, die eine Pflegeperson im emotionalen und physischen Bereich, bei der Arbeit oder wegen der Ausgaben erlebt.

Die ersten derartigen Untersuchungen wurden in England durchgeführt und zeigten, dass die Familien ein beachtliches Maß an Belastung erfahren (Brown et al. 1966; Grad/Sainsbury 1963; Hoenig/Hamilton 1966; Sainsbury/Grad 1962). Grad und Sainsbury waren die ersten Wissenschaftler, die die »Bürde« der Pflegepersonen konzeptualisierten und maßen. Sie berichteten, dass mehr als die Hälfte aller untersuchten Familien Schwierigkeiten wegen der Krankheit der Familien ertragen musste, wobei ein Fünftel der Familien von großer Not sprach. Mehr als die Hälfte der Befragten erwähnte übergroße Angst aufgrund von Sorgen

über den Patienten/die Patientin, während ein Drittel von Einschränkungen bei sozialen und Freizeitaktivitäten sowie von Unterbrechungen in der häuslichen Routine berichtete. Verhaltensweisen des Patienten/der Patientin, die für die meisten Aufregungen sorgten, waren die fortwährende Betonung körperlicher Beschwerden, Selbstmordtendenzen und hohe Forderungen an andere. In einem Drittel der Familien waren Kinder gestört, und in einem Viertel musste jemand seine Stelle aufgeben, um sich um den psychisch Kranken/die Kranke kümmern zu können.

Untersuchungen von Brown und Mitarbeitern (1966) sowie von Hoenig und Hamilton (1966) zeigten die Folgen der Rückkehr eines zuvor hospitalisierten Mitgliedes in seine Familie auf. In der erstgenannten Studie wurden Arbeiterfamilien bzw. Familien aus unteren Schichten befragt. Fast die Hälfte der Pflegepersonen berichtete von Sorgen über die Patient/innen, mehr als ein Drittel von negativen Folgen für die eigene Gesundheit und der gleiche Prozentsatz von negativen Auswirkungen auf die Kinder. Fast ein Drittel musste Einschränkungen bei Freizeit- und kulturellen Aktivitäten hinnehmen, und mehr als ein Viertel erwähnte finanzielle Probleme. Trotz aller Schwierigkeiten wünschten nur ganz wenige Befragte, dass der/die psychisch Kranke hospitalisiert oder woanders leben sollte. Bei der zweiten Studie wurde der Begriff der Bürde komplexer konzeptualisiert, wobei objektive und subjektive Komponenten unterschieden wurden (s.o.). In mehr als der Hälfte der vier Jahre lang untersuchten Familien gab es objektive Belastungen wie Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens im Haushalt und das Auftreten anormaler Verhaltensweisen bei dem Patienten/der Patientin. Das Ausmaß der subjektiv empfundenen Bürde war geringer, als man hätte erwarten können. In fast einem Viertel derjenigen Haushalte, in denen der/die psychisch Kranke objektive Belastungen verursachte, wurde nicht von einer subjektiven Bürde berichtet. Dieses Forschungsergebnis belegt wie dasjenige von Brown und Mitarbeitern (s.o.) die Duldsamkeit der Pflegepersonen gegenüber ihrer Bürde.

Große Belastungen der Familien mit einem psychisch kranken Mitglied wurden auch von Pasaminick, Scarpetti und Dinitz (1967) sowie Biegel und Yamatani (1986) ermittelt. Davis, Dinitz und Pasaminick (1974) untersuchten die Stichprobe der erstgenannten Studie zu einem späteren Zeitpunkt erneut und stellten fest, dass die Belastungen über einen Zeitraum von acht Jahren blieben – dass es sich für die Familien also um eine lang andauernde Problematik handelte. Die Mitglieder sorgten sich um den schizophrenen Verwandten, regten sich über dessen bizarres Verhalten auf und wiesen ihn oft in staatliche oder private Einrichtungen ein. Diese Forschungsergebnisse erlangen eine besondere Signifikanz, wenn man bedenkt, dass die Familien mit diesen Problemen bereits mindestens acht Jahre lang – für die Dauer der Untersuchung – umgehen mussten. Man sollte also kumulative Effekte individueller Komponenten der Bürde, das gesamte Ausmaß der Bürde und die zu verschiedenen Zeitpunkten bestehenden Mengen an Belastung berücksichtigen.

Neuere Forschungsergebnisse über Pflegepersonen aus unteren und mittleren Schichten (Biegel et al. 1994; Doll 1975, 1976; Hatfield 1978, 1979a, b; Kint 1978; Kreisman/Joy 1974; Thompson/Doll 1982) entsprechen im Allgemeinen den vorgenannten, wobei aber nicht bei allen dieser Untersuchungen standardisierte Erhebungsinstrumente zur Messung der Bürde von betreuenden Familienmitgliedern verwandt wurden. Beispielsweise fanden Kreisman, Simmons und Joy (1979) heraus, dass vier Fünftel der Pflegepersonen sich Sorgen um den psychisch Kranken/die Kranke machten und Schwierigkeiten auf der Suche nach einer effektiven Behandlung erlebten. Drei Viertel berichteten von chaotischen Phasen im Familienleben, während mehr als 60% von finanziellen, beruflichen und sozialen Problemen sprachen.

Ähnlich wie bei der Untersuchung von Kint (1978) empfanden zwei Fünftel der Pflegepersonen Schuldgefühle, während ein Fünftel ihre Stigmatisierung beklagte. Bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten der psychisch Kranken umfassten Abkapselung, mangelnde Zukunftsorientierung und Selbstmordversuche.

Im Gegensatz zu all diesen Untersuchungen berichteten Crotty und Kulys (1986) von geringen Belastungen der Pflegepersonen von Familienmitgliedern mit einer chronischen psychischen Erkrankung. Die Stichprobe umfasste Arbeiterfamilien aus einer städtischen, ethnisch gemischten Region, die von einem »Community Mental Health Center« betreut wurden. Die Bürde der Pflegeperson und ihrer Familie wurde anhand einer Skala mit neun Variablen gemessen. Die Ergebnisse waren, dass die Pflegepersonen nur von geringen Belastungen sprachen – mit Ausnahme von zwei der neun Bereiche. Ein Fünftel der Befragten empfand überhaupt keine Belastung durch den psychisch Kranken/die Kranke in den neun Bereichen.

Es ist kompliziert, die Ergebnisse der vorgenannten Untersuchungen miteinander zu vergleichen, da der Begriff der Bürde unterschiedlich konzeptualisiert und operationalisiert wurde, da manchmal keine standardisierten Erhebungsinstrumente verwendet wurden und da verschiedene Stichproben gezogen wurden. Trotzdem zeigen die Studien mehr oder minder übereinstimmend, dass die Betreuung eines psychisch kranken Familienmitgliedes für die Pflegeperson belastend sein kann sowie dass ihre Bürde oft unvorhersehbar ist und über eine beträchtliche Zahl von Jahren hinweg ertragen werden muss. Allerdings gibt es kaum Erkenntnisse darüber, welche Faktoren zu höheren Belastungen führen – obwohl solch ein Wissen für Fachkräfte sehr wichtig wäre, um Pflegepersonen besser verstehen, ihre Bedürfnisse erfassen und ihre Bürde mildern zu können. Erst neuere Untersuchungen beschäftigen sich mit dieser Frage. Biegel und Kollegen (1994) suchten z.B. nach den Prädiktoren für Belastungen in einer Stichprobe schwarzer und weißer amerikanischer Pflegepersonen. Sie stellten folgendes fest: Je größer die Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten bei dem/der psychisch Kranken und je geringer die wahrgenommene Unterstützung durch die anderen Familienmitglieder ist, umso größer ist die Bürde der Pflegeperson. Die Untersuchung der Prädiktoren für bestimmte Einzelbelastungen wie Auseinanderbrechen der Familie, Stress, Stigmatisierung und Abhängigkeit ergab, dass unterschiedliche Konstellationen von Variablen verschiedene Arten der Belastung voraussagen ließen. So ist es notwendig, nicht nur generell die Bürde der Pflegepersonen zu erfassen, sondern auch die spezifischen Formen der Belastung, die sie unter Umständen erfahren.

Depressivität bei Pflegepersonen

Bis heute haben wissenschaftliche Studien zwei Komplexe von Faktoren identifiziert, die das Ausmaß der Belastung und Beeinträchtigung von Pflegepersonen bei verschiedenen chronischen Krankheiten bestimmen (Biegel/Sales/Schulz 1991; George 1980; House 1974). Der erste Komplex bezieht sich auf Bedingungen, die Stress hervorrufen (Stressoren), und umfasst solche Variablen wie Zustand des Patienten/der Patientin, Länge der Krankheit, Verhaltensstörungen und Prognose. Der zweite Komplex beinhaltet kontextuelle Variablen wie demographische und sozioökonomische Charakteristika der Pflegepersonen (Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, Rasse und Beziehung zum kranken Familienmitglied), ihren Gesundheitszustand, ihr soziales Netzwerk und Unterstützungssystem (Biegel/Sales/Schulz 1991). Es wird angenommen, dass beide Komplexe von Variablen die Wahrnehmung der eigenen Bürde und zu-

sätzlich fortdauernde Folgen der Pflege bedingen (z.B. Depression, Ausmaß von Lebenszufriedenheit und psychischem Wohlbefinden) – Letzteres entweder indirekt durch ihre Verbindung mit der Bürde der Pflegeperson oder direkt durch ihren Einfluss auf deren psychischen Zustand. Anzumerken ist, dass sich die meisten der im Folgenden erwähnten Veröffentlichungen auf Studien über depressive Symptome bei Pflegepersonen von Familienmitgliedern mit anderen chronischen Krankheiten (zumeist Alzheimersches Syndrom) beziehen, da es nur wenige Untersuchungen über depressive Symptome der Pflegepersonen psychisch Kranker gibt.

Zu den *Stressoren* gehören *Verhaltensstörungen des/der psychisch Kranken*, deren Beziehung zur Depression in vielen Studien untersucht wurde. Ein durchgängiges Forschungsergebnis war, dass Pflegepersonen mehr depressive Symptome aufwiesen, wenn die zu pflegenden Familienmitglieder mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigten (Deimling/Bass 1986; Haley et al. 1987; Pruchno/Resch 1989a; Schulz/Williamson 1991; Song/Biegel/Milligan 1997; Struening et al. 1995). Außerdem fanden Haley und Mitarbeiter (1987) heraus, dass die subjektive Einschätzung der Probleme des Patienten/der Patientin (einschließlich der Gedächtnis- und Verhaltensstörungen) seitens der Pflegeperson ein stärkerer Prädiktor für deren Depressivität war als die objektive Intensität dieser Probleme. In einer Untersuchung über Pflegepersonen psychisch Kranker ermittelten Struening und Kollegen (1995) eine schwache Beziehung zwischen der Zahl psychiatrisch relevanter Symptome und Depressivität bei der Pflegeperson.

Zu *kontextuellen Variablen* gibt es folgende Forschungsergebnisse:

- *Geschlecht der Pflegeperson*: Weibliche Pflegepersonen berichteten von mehr depressiven Symptomen als Männer (Gallagher et al. 1989; Schulz/Williamson 1991). Auch Pruchno und Resch (1989b) fanden heraus, dass die Ehefrauen von Alzheimer-Patienten einen höheren Grad von Depressivität aufwiesen als Ehemänner. Jedoch wurde in der Untersuchung von Jones und Peter (1992) keine signifikante Beziehung zwischen Geschlecht und Depression ermittelt.
- *Rasse*: Pickett und Kollegen (1993) erforschten Unterschiede zwischen weißen und schwarzen Eltern mit einem psychisch kranken Kind hinsichtlich ihrer Bewältigungsmechanismen, ihres Selbstwertempfindens und ihres emotionalen Wohlbefindens. Sie fanden heraus, dass weiße Väter signifikant höhere Werte für Depressivität aufwiesen als schwarze Väter, dass dies aber nicht für weiße versus schwarze Mütter galt. Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Bürde von Pflegepersonen wurden wie in anderen Untersuchungen (Biegel et al. 1994; Song/Biegel/Milligan 1997) nicht ermittelt. Song, Biegel und Milligan (1997) fanden heraus, dass die Rassenzugehörigkeit der Pflegeperson in keiner signifikanten Beziehung zu deren depressiver Symptomatik stand, nachdem andere Variablen kontrolliert wurden. Jedoch bestand bei mehr als zwei Fünfteln der weißen und mehr als einem Viertel der schwarzen Pflegepersonen das Risiko, klinisch depressiv zu werden.
- *Wohnsituation*: Nach der Untersuchung von Cohen und Eisdorfer (1988) wiesen Pflegepersonen, die mit ihren kranken Verwandten zusammenlebten, höhere Werte für Depressivität auf als solche, auf die das nicht zutraf. Außerdem entsprach keine Pflegeperson, die nicht mit der/dem kranken Verwandten zusammen wohnte, den klinischen Kriterien für Depression. Song, Biegel und Milligan (1997) fanden heraus, dass die Wohnsituation nicht den Grad an Depression bei Pflegepersonen mit psychisch schwer kranken Famili-

- enmitgliedern voraussagen ließ.
- *Gesundheitszustand*: Nach mehreren Untersuchungen ist der Gesundheitszustand der Pflegeperson ein wichtiger Prädiktor für das Ausmaß ihrer depressiven Symptomatik. Morrissey, Becker und Rubert (1990) kamen zu diesem Ergebnis sowohl für berufstätige als auch für nicht berufstätige Pflegepersonen, wenn andere Variablen (z.B. wahrgenommene negative Konsequenzen, finanzielle Folgen, Grad der Behinderung des/der psychisch Kranken und Größe des Netzwerks aus nicht verwandten Personen) konstant gehalten wurden. Und aus der Untersuchung von Pruchno und Resch (1989b) lässt sich folgern, dass der physische Gesundheitszustand der einzige signifikante Prädiktor für Depressionen bei männlichen Pflegepersonen von Ehefrauen mit Alzheimerschem Syndrom und der stärkere von zwei Prädiktoren für Depressionen bei weiblichen Pflegepersonen war, wenn andere Variablen kontrolliert wurden. Dieses Forschungsergebnis wurde in einer neueren Studie über Pflegepersonen von Verwandten mit schwerer und andauernder psychischer Erkrankung nicht bestätigt (Song/Biegel/Milligan 1997).
 - *Soziale Unterstützung*: Zum einen wurde die Auswirkung allgemeiner sozialer Unterstützung auf die depressive Symptomatik von Pflegepersonen untersucht, wobei die Forschungsergebnisse nicht einheitlich waren. Rivera und Kollegen (1991) verglichen depressive und nicht depressive Pflegepersonen und fanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der vorhandenen Unterstützung durch das Netzwerk. Hingegen ergab die Längsschnittstudie von Schulz und Williamson (1991), dass die Wahrnehmung geringer sozialer Unterstützung in einer positiven und signifikanten Beziehung zur Depressivität von Pflegepersonen stand, wobei diese Beziehung für einen längeren Zeitraum galt. In einer Untersuchung über die Prädiktoren von Depressivität bei Pflegepersonen von psychisch kranken Erwachsenen fanden Song, Biegel und Milligan (1997) heraus, dass ungenügende allgemeine soziale Unterstützung die größte Voraussagekraft für eine depressive Symptomatik besaß.
 Zum anderen wurde erforscht, wie sich eine speziell auf die Pflege- und Betreuungstätigkeit ausgerichtete Unterstützung durch andere Familienmitglieder und/oder Professionelle auf die Depressivität von Pflegepersonen psychisch Kranker auswirkt. Struening und Kollegen (1995) ermittelten eine ausgeprägte Beziehung zwischen Unterstützung aus dem sozialen Netzwerk und der Qualität des Verhältnisses von Pflegepersonen mit Fachkräften auf der einen Seite und depressiver Symptomatik auf der anderen. Song, Biegel und Milligan (1997) berichteten, dass ungenügende Unterstützung der Pflege- und Betreuungstätigkeit durch Familienmitglieder und Professionelle zu mehr Depressivität aufgrund ihrer Assoziation mit der Bürde von Pflegepersonen führte.

Viele Untersuchungen zeigten, dass die Bürde von Pflegepersonen einen signifikanten Effekt auf ihre depressive Symptomatik hat. So fanden Townsend und Kollegen (1989) heraus, dass der von der Pflegeperson subjektiv wahrgenommene Stress eine signifikante Wirkung auf ihre Depressivität hatte. Eine Untersuchung über Pflegepersonen von Herzinfarkt-Patient/innen durch Thompson und Mitarbeiter (1990) erbrachte signifikante Korrelationen zwischen der Wahrnehmung der Bürde und Depressionen. Hinsichtlich der Pflege von psychisch Kranken ermittelten Pickett und Kollegen (1993) eine signifikante Korrelation zwischen Bürde und Depression bei weißen Pflegepersonen, während Oldridge und Hughes (1992) eine solche zwischen subjektiv wahrgenommener Bürde und Depressivität fanden. In einer neueren Untersuchung von Song, Biegel und Milligan (1997) wurde festgestellt, dass je größer die Bürde

war, umso stärker die depressive Symptomatik bei Pflegepersonen psychisch kranker Familienmitglieder ausgeprägt war.

Besondere Probleme und Bedürfnisse der Familien psychisch Kranker

Die Verwandten psychisch Kranker übernehmen einen Großteil der Verantwortung für deren Pflege – oft mit unzureichender Unterstützung durch psychosoziale Dienste bzw. Fachkräfte. Die daraus resultierenden Belastungen sind vielfältig und durchgängig. Sie tragen oft zu Gefühlen der Schuld, Ablehnung, Verärgerung, Trauer und Depression bei. Zu den besonderen Fragestellungen und Problemen, mit denen sich Pflegepersonen laut der Berichte aus Wissenschaft und Praxis auseinandersetzen müssen, gehören folgende:

1. Umgang mit Symptomatik und Verhalten ihrer psychisch kranken Verwandten: Familien benötigen praktische Methoden und Techniken, mit denen sie angemessen auf einige oder alle Symptome von Patient/innen reagieren können: auf Halluzinationen, irrationale Gedanken, Misstrauen, unangemessene Emotionen, Abkapselung, Rückzug aus der Gesellschaft, ungewöhnliche Einstellungen oder Stimmungsumschwünge. Sie brauchen auch Unterstützung hinsichtlich des Umgangs mit störenden Verhaltensweisen wie ungewöhnlichen Ess- und Schlafgewohnheiten, Aggressivität gegenüber sich selbst und anderen, abweichendem Sexualverhalten und Streitlust. Lamb (1982) merkte an, dass ein Teil der Schwierigkeiten von Familien dadurch bedingt ist, dass das Verhalten des/der psychisch Kranken oft unvorhersehbar ist und die Familienmitglieder nie wissen, wie er/sie in einer besonderen Situation zu einer bestimmten Zeit reagieren wird – manchmal mag es dann auch zu Gewalttätigkeiten kommen. Spaniol und Jung (1983) führten eine landesweite Befragung der Mitglieder von Selbsthilfegruppen durch, die sich der »National Alliance of the Mentally Ill« angeschlossen hatten. Sie stellten fest, dass die Familien Verhaltensstörungen als häufigsten Grund für die Rehospitalisierung des/der psychisch Kranken angaben – ein Untersuchungsergebnis, das diejenige der bereits erwähnten Studie von Freeman und Simmons (1963) bestätigte.

2. Isolation der Pflegepersonen, mitbedingt durch die Stigmatisierung psychischer Krankheit: So wurde festgestellt, dass den Pflegepersonen oft enge Beziehungen fehlen, in denen sie emotionale Unterstützung finden könnten. Die Familienmitglieder empfinden häufig Gefühle der Scham oder Schuld – zum Teil, weil sie sich selbst verantwortlich machen, zum Teil, weil der Zustand des Patienten/der Patientin mit einem Stigma verknüpft ist (Biegel/Yamatani 1986; Kint 1978; Kreisman/Simmons/Joy 1979). Diese Emotionen mögen sie bewegen, sich aus ihrem sozialen Zirkel zurückzuziehen. Außerdem mag das Verhalten des/der psychisch Kranken Verwandte und Freunde veranlassen, die Familie nicht mehr zu besuchen oder Gespräche über die emotionalen Probleme auszuweichen, mit denen die Pflegeperson konfrontiert ist. Das Ergebnis ist, dass – wenn Pflegepersonen am meisten die Unterstützung durch andere benötigen – nur wenige oder gar keine Menschen da sind, mit denen sie ihre Last teilen können.

3. Beeinträchtigung der Befriedigung persönlicher Bedürfnisse von Familienmitgliedern: Familien berichten, dass die Pflege eines psychisch kranken Mitgliedes das Familienleben beeinträchtigt und konflikthafte Beziehungen (insbesondere zwischen Geschwistern), finanzielle Nöte, Vernachlässigung individueller Bedürfnisse, Mangel an Freizeit und durch Stress hervorgerufene Gesundheitsprobleme verursachen kann (Doll 1975, 1976; Kreisman/Simmons/Joy 1979; Thompson/Doll 1982). Lamb (1982) merkte an, dass das Verlassen

der Wohnung, um einige Einkäufe zu erledigen, oft nur möglich sei, wenn eine andere Person gefunden wurde, die auf den psychisch Kranken/die Kranke aufpasst. »Die Verwandten mögen nicht nur die Gefängniswärter sein, sondern selbst in einem Gefängnis leben« (S. 92).

4. *Unfähigkeit des/der psychisch Kranken, die Aufgaben der Alltagsbewältigung zu erfüllen:* Manche Patient/innen sind unfähig, die Verantwortung für Körperpflege und Hygiene zu übernehmen, oder sie können nicht ihren Teil der Hausarbeit erledigen. Sainsbury und Grad (1962; Grad/Sainsbury 1963) fanden heraus, dass die Bewertung der Schwere ihrer Bürde durch Pflegepersonen mit der Unfähigkeit des/der psychisch Kranken korrelierte, für sich selbst zu sorgen. Dies mag ein größeres Problem in Haushalten mit niedrigem sozioökonomischen Status sein, die nicht andere Menschen für die Ausübung derartiger Arbeiten bezahlen können.

5. *Richtiger Einsatz von Medikamenten:* Die regelmäßige Einnahme verschiedener Medikamente durch den psychisch Kranken/die Kranke ist für Familien ein großes Problem. Spaniol und Jung (1983) fanden heraus, dass die Medikamenteneinnahme unzureichend und unregelmäßig überwacht wurde. In ihrer landesweiten Untersuchung über Mitglieder von Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke wurde die Verschreibung von Medikamenten als ein Bereich der Behandlung bezeichnet, in dem die meisten Verbesserungen nötig seien – mehr als die Hälfte der Befragten (52%) war unzufrieden mit den entsprechenden Diensten.

6. *Fachkräfte psychosozialer Dienste werden oft von Familien als nicht hilfreich erlebt und mögen ihnen den Eindruck vermitteln, dass sie für die Erkrankung der Patient/innen verantwortlich gemacht und schuldig gesprochen werden:* Familienmitglieder klagen, dass ihr Wissen und Informationsstand über psychische Krankheiten, den Umgang mit ihnen, ihre Behandlung und vorhandene Dienste unzureichend seien. Beispielsweise führten Holden und Lewine (1982) eine Befragung von 500 Pflegepersonen per Post durch, wobei die Rücklaufquote 41% betrug. Die Befragten waren zumeist weiblich und gehörten der Mittelschicht an. Die Wissenschaftler fanden heraus, dass die meisten Familienmitglieder (54%) laut eigener Aussage von den Fachkräften nicht in die Behandlung ihrer psychisch kranken Angehörigen eingebunden worden waren. Zwei Drittel der Befragten (66%) waren unzufrieden über die Häufigkeit der Kontakte zu Professionellen, während ein Drittel (32%) berichtete, dass sie eine Diagnose erst zwei bis 11 Jahre nach Beginn der Erkrankung erhalten hätten. Bei einer Untersuchung über Familien Schwarzer, bei der Fokusgruppen von Patient/innen, Familienmitgliedern und Professionellen gebildet wurden, beklagten diese, dass sie oft vom Behandlungsprozess ausgeschlossen und ihre Pflegepersonen unzureichend unterstützt wurden (Biegel/Johnsen/Shafraan 1997).

Selbst wenn Familien von sich aus um Informationen nachsuchen, erhalten sie diese weder in ausreichender Qualität noch Quantität. Beispielsweise ergab eine Untersuchung von Hatfield (1978, 1979b), dass die Familien von psychisch Kranken darüber klagten, dass die Professionellen nur psychoanalytisch orientierte Therapie anbieten würden – nicht aber das, was die Familien wünschten: eine eindeutige Erklärung der Krankheit der Patient/innen, praktische Hilfe hinsichtlich des Umgangs mit deren Verhalten und Hinweise auf Unterstützungsmöglichkeiten in der Gemeinde. Die Pflegepersonen wurden auch gefragt, welche Arten von Diensten und Hilfsangeboten sie benötigen würden. An erster und zweiter Stelle standen Antworten, die sich auf die Erweiterung des eigenen Wissens bezogen: 57% wollten mehr über die Symptome des Patienten/der Patientin wissen und diese besser verstehen, während ein ähnlich hoher Prozentsatz (55%) spezifische Vorschläge für den Umgang mit dem Verhalten des/der psychisch Kranken wünschte. Auch Kreisman, Simmons und Joy (1979) fanden

heraus, dass Familien laut eigenem Bekunden am meisten von genauen Hinweisen hinsichtlich der Reaktion auf Verhaltensweisen der Patient/innen und am zweitmeisten von Kenntnissen über Symptome profitieren würden.

Es ist eine Tatsache, dass Familien oft andere Quellen der Unterstützung als effektiver erleben als diejenigen von Professionellen. Hatfield (1979b, 1981) ermittelte, dass Familien professionelle Hilfe viel weniger positiv bewerteten als die Unterstützung durch Eltern anderer Schizophrener, durch Selbsthilfegruppen oder Freunde und Verwandte. Spaniol und Jung (1983) fragten bei ihrer Umfrage Personen nach dem Grad der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit sieben professionellen Aktivitäten – praktischer Rat, Information über die Krankheit, emotionale Unterstützung, Überweisung, Koordination von Behandlungen, Einstellung gegenüber der Familie und Haltung gegenüber dem kranken Mitglied. Die am häufigsten vorkommende Antwort war »sehr unzufrieden« hinsichtlich der fünf zuerst genannten Aktivitäten. Ähnlich wie Hatfield (a.a.O.) berichteten sie, dass ein Drittel der Stichprobe (32,6%) die Selbsthilfegruppe als ihre wichtigste Quelle der Unterstützung bezeichnete. Hingegen nannte nur ein Fünftel (19,6%) Professionelle als bedeutendste Helfer/innen. Auch wurden nach Meinung der Befragten mehr Informationen von Selbsthilfegruppen als von Fachkräften vermittelt. Leider wissen aber viele Pflegepersonen, insbesondere aus unteren sozialen Schichten, nicht von der Existenz solcher Selbsthilfegruppen, wie Biegel und Song (1995) berichteten. Dasselbe gilt für Multiplikator/innen in diesen Sozietopen (Pfarrer, Politiker/innen usw.), die somit Pflegepersonen nicht an solche Gruppen vermitteln können.

Ähnliche Forschungsergebnisse wie die bereits genannten erbrachten die Untersuchungen von Francell, Conn und Gray (1988) sowie von Biegel, Song und Milligan (1995). In der ersten Studie sprachen Pflegepersonen von einer Vielzahl von Problemen in ihren Interaktionen mit psychosozialen Diensten, wozu Informationsmangel, Kommunikationsstörungen mit Professionellen, mangelnde Beteiligung an Entscheidungen bezüglich der Therapie und Konflikte hinsichtlich ihrer Rolle als Vertreter/innen der Patient/innen gehörten. Bei der zweiten Untersuchung war eine signifikante Minderheit der Pflegepersonen mit ihren Kontakten zu Fachkräften unzufrieden, weil sie von diesen nicht in die Behandlung des psychisch kranken Familienmitgliedes eingebunden wurden. Sie bewerteten eine intensivere Kommunikation mit Professionellen als ihr größtes Bedürfnis.

7. Die Mängel des Systems psychosozialer Dienste tragen zu den Problemen von Pflegepersonen bei: Die Familienmitglieder werden von der psychischen Krankheit ihres/r Angehörigen, kontextuellen Problemen (bedingt durch Veränderungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen während der letzten 25 Jahre) und die gegenwärtigen Mängel des Systems psychosozialer Therapieeinrichtungen beeinträchtigt. Beispielsweise hat in den USA die Politik der Deinstitutionalisierung dazu geführt, dass viele Patient/innen nun ambulant und nicht wie früher stationär behandelt werden. Jedoch hat die bessere Rechtsposition psychisch Kranker dazu geführt, dass sie nicht gezwungen werden können, ambulante Dienste zu nutzen – und oft tun sie dies auch nicht. Patient/innen, die hospitalisiert werden mussten, bleiben heute kürzer in den Kliniken und kehren mit schwereren psychischen Störungen als früher in ihre Familien zurück (Pepper/Ryglewicz 1984).

Ferner werden die Belastungen von Familien dadurch vermehrt, dass in vielen Regionen der USA die Fachkräfte zu viele Patient/innen versorgen müssen oder es ihnen nicht gelingt, deren soziales Netzwerk so auszuweiten, dass ihre Abhängigkeit von Angehörigen abnimmt. Beispielsweise ist es noch immer nicht gelungen, gemeindenahe und umfassende Systeme der sozialen Unterstützung von Personen mit chronischen psychischen Erkrankungen zu entwi-

ckeln (Biegel/Tracy/Corvo 1994; Gerhart 1990). Zudem sind viele von Patient/innen benötigte Hilfsdienste wie Wohnungsversorgung, Berufsausbildung oder Training sozialer Fertigkeiten nur in begrenztem Maße vorhanden. Nach Meinung vieler Wissenschaftler/innen hat die Kombination dieser Faktoren zur Folge, dass Familien die Lücken und Unzulänglichkeiten im psychosozialen Versorgungssystem kompensieren müssen und dadurch mehr als früher belastet sind (Pepper/Ryglewicz 1984).

Konsequenzen für psychosoziale Dienste und Politik

Wie die vorausgegangenen Abschnitte dieses Kapitels ganz deutlich machen, haben die Pflegepersonen psychisch kranker Familienmitglieder viele unbefriedigte Bedürfnisse und Probleme. Dieser Bedarf kann und sollte von den Fachkräften psychosozialer Dienste angegangen werden. Hierzu werden nun mehrere Vorschläge gemacht, wobei natürlich gesehen wird, dass *einige* Dienste bereits *einige* dieser Bedürfnisse befriedigen. Im Allgemeinen muss das psychosoziale System jedoch noch viel mehr als bisher unternehmen, wenn es dem Bedarf der Familien von Personen mit lang andauernden und schweren psychischen Krankheiten voll entsprechen will.

1. Einbeziehung von Familien in den Behandlungsprozess: Das psychosoziale System sollte die Rolle von Familien im therapeutischen Bereich hinterfragen und Mechanismen entwickeln, um sie stärker in den Behandlungsprozess einzubinden. Dies wird zu einer größeren Unterstützung der Familien durch Fachkräfte führen. Eine Verbesserung der Beziehung zwischen Familien und Professionellen kann aber nicht einfach dadurch erreicht werden, dass ein Mischmasch von Diensten und Ressourcen angeboten wird. Vielmehr müssen Fachkräfte die Familien als echte Partner in der Betreuung psychisch Kranker betrachten. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass deren Bedürfnisse verschieden sind – bedingt durch Unterschiede in der Familiengeschichte, in den familialen Unterstützungssystemen, hinsichtlich der Phase des Familienzyklus und der ethnischen Zugehörigkeit.

2. Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten psychisch Kranker: Das psychosoziale System sollte familienbildende Angebote entwickeln, die Pflegepersonen vermitteln, wie sie besser auf Verhaltensstörungen eingehen, die regelmäßige Einnahme von Medikamenten sicherstellen sowie Interaktionsmuster zwischen sich selbst und dem psychisch kranken Familienmitglied verändern können (»McFarlane-Modell«). Auch sollten Informationen über psychische Erkrankungen weitergegeben, Vorschläge für den Umgang mit der jeweiligen Krankheit gemacht sowie Anleitung beim Umsetzen der Ratschläge und Richtlinien geboten werden. Die diesem Modell zugrunde liegenden Vorstellungen sind, dass Familien einen Teil des Behandlungsteams bilden, hilfreich sind, psychische Krankheit nicht verursachen und zu einer Reduzierung der Rückfallquoten beitragen können. Als Ziele sind zu nennen:

- die Einbeziehung zentraler Familienmitglieder zum Zeitpunkt der Einlieferung eines/einer psychisch Kranken,
- die fortlaufende Information über die psychische Erkrankung und den Therapieprozess,
- die frühzeitige Intervention bei einem sich abzeichnenden Rückfall,
- die kontinuierliche Unterstützung, Beratung und Anleitung beim Lösen von Problemen für mindestens zwei Jahre nach Entlassung des Patienten sowie
- die Erweiterung des sozialen Netzwerkes der Familie.

Beim McFarlane-Modell wird mit Gruppen aus mehreren Familien einschließlich der psychisch kranken Mitglieder über einen Zeitraum von zwei Jahren gearbeitet. Evaluationsstudien zeigten, dass diese Interventionen die Rückfallquoten verminderten. Es wird vermutet, dass sie auch die Bürde der Pflegepersonen reduzieren (McFarlane 1993).

3. *Erweiterung der Kenntnisse über psychische Krankheiten, deren Behandlung und gemeindenahe Ressourcen:* Pflegepersonen sollten von Professionellen genaue Informationen über psychische Krankheiten erhalten, was auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann: Zum Ersten sollte das psychosoziale System schriftliche Materialien für Pflegepersonen, Familien psychisch Kranker, Multiplikator/innen in der Gemeinde und die Gesellschaft zur Verfügung stellen. Diese Schriften sollten die Natur psychischer Erkrankungen, den Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten Kranker, die Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten sowie Ressourcen und Hilfsangebote für Pflegepersonen in der Gemeinde abhandeln. Zum Zweiten sollte das psychosoziale System Seminare und Bildungsprogramme für Pflegepersonen anbieten. Zum Dritten müsste es seine Politik hinsichtlich der Schweigepflicht überdenken und klären, wie Familienmitglieder mit für ihre Tätigkeit als Pflegepersonen nötigen Informationen versorgt und gleichzeitig die Rechte der Patient/innen geschützt werden können. Genauer gesagt, die Vorschriften hinsichtlich der Verschwiegenheit sollten dahin gehend untersucht werden, *welche Informationen mit Familien geteilt werden können*. Es sollten Schriften über »Das Recht zu wissen« verfasst werden, die Familien darüber unterrichten, welche Arten von Informationen ihnen rechtmäßig zugänglich sind. Das Ziel ist, nicht das Patientenrecht auf Verschwiegenheit zu verletzen, sondern vielmehr den Familien Informationen zukommen zu lassen, die ihrer Rolle im Behandlungsprozess entsprechen und für sie unverzichtbar sind.

4. *Stärkung der Unterstützungssysteme für Pflegepersonen:* Das psychosoziale System sollte Strategien entwickeln, um über Kontakte zu Pfarrern und Laienmitarbeiter/innen der Kirchen bzw. zu den Gemeinden, Organisationen und Schulen Pflegepersonen über Selbsthilfegruppen zu informieren. Außerdem sollte es die Medien – insbesondere Mitteilungsblätter und Zeitungen, die in unteren sozialen Schichten gelesen werden – nutzen, um Pflegepersonen über Unterstützungsangebote zu unterrichten.

5. *Direkte Hilfen für Pflegepersonen:* Schließlich sollte das psychosoziale System Beratung für Pflegepersonen – für Individuen oder Gruppen, kurz- oder langfristig – anbieten, wenn diese benötigt wird. Auch sollten Dienste bereitgestellt werden, die einen »Urlaub« von der Betreuung psychisch kranker Familienmitglieder ermöglichen. Als Modell für solche Angebote könnten Dienste dienen, wie sie schon längst für Pflegebedürftige und Schwerbehinderte entwickelt wurden und die in diesen Bereichen bereits weit verbreitet sind.

Anmerkung: Die diesem Kapitel zugrunde liegende Forschungsarbeit wurde durch das Office of Program Evaluation and Research, Ohio Department of Mental Health (USA), finanziell gefördert. Der Text wurde von Martin R. Textor aus dem Amerikanischen übersetzt.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington: American Psychiatric Association, 3. Aufl. 1987
- Beels, C.C./McFarlane, W.R.: Family treatment of schizophrenia: Background and state of the art. Hospital and

- Community Psychiatry 1982, 33, S. 541–550
- Biegel, D.E./Johnsen, J.A./Shafran, R.: Overcoming barriers faced by African-American families with a family member with mental illness. *Family Relations* 1997, 46, S. 163–178
- Biegel, D.E./Milligan, E./Putnam, P./Song, L.: Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal* 1994, 30, S. 473–494
- Biegel, D.E./Sales, E./Schulz, R.: *Family caregiving and chronic illness: Alzheimer's disease, cancer, heart disease, mental illness and stroke*. Newbury Park: Sage 1991
- Biegel, D.E./Song, L.: Facilitators and barriers to caregiver support group participation. *Journal of Case Management* 1995, 4, S. 164–172
- Biegel, D.E./Song, L./Milligan, S.: A comparative analysis of family caregivers' perceived relationships with mental health professionals. *Psychiatric Services* 1995, 46, S. 477–482
- Biegel, D.E./Tracy, E./Corvo, N.: Strengthening social networks: intervention strategies for mental health case managers. *Health and Social Work* 1994, 19, S. 207–216
- Biegel, D.E./Yamatani, H.: Self-help groups for families of the mentally ill: research perspectives. In: Goldstein, M.Z. (Hrsg.): *Family involvement in the treatment of schizophrenia*. Washington: American Psychiatric Press 1986, S. 58–80
- Brown, G./Bone, M./Dalison, B./Wing, J.: *Schizophrenia and social care*. London: Oxford University Press 1966
- Bruhn, J.G.: Effects of chronic illness on the family. *Journal of Family Practice* 1977, 4, S. 1057–1060
- Carpenter, W.T.: Approaches to knowledge and understanding of Schizophrenia. In: Shore, D. (Hrsg.): *Special Report: Schizophrenia 1987*. Reprinted from *Schizophrenia Bulletin*, Bd. 13, Nr. 1. Rockville: USDHHS, ADAMHA 1987
- Clausen, J.A./Yarrow, M.R. (Hrsg.): The impact of mental illness on the family. *Journal of Social Issues* 1955, 11, S. 3–5
- Cohen, D./Eisdorfer, C.: Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 1988, 36, S. 885–889
- Cohen, C.I./Sokolovsky, J.: Schizophrenia and social networks: expatrients in the inner city. *Hospital and Community Psychiatry* 1978, 36, S. 407–410
- Crotty, P./Kulys, R.: Are schizophrenics a burden to their families? Significant others' views. *Health and Social Work* 1986, 11, S. 173–188
- Davis, A.E./Dinitz, S./Pasaminick, B.: *Schizophrenics in the new custodial community*. Columbus: Ohio State University Press 1974
- Deimling, G.T./Bass, D.M.: Symptoms of mental impairment among elderly adults and their effects on family caregivers. *Journal of Gerontology* 1986, 41, S. 778–784
- Doll, W.: Home is not sweet anymore. *Mental Hygiene* 1975, 59, S. 2204–2206
- Doll, W.: Family coping with the mentally ill: an unanticipated problem of deinstitutionalization. *Hospital and Community Psychiatry* 1976, 27, S. 183–185
- Francell, C.G./Conn, V.S./Gray, D.P.: Families' perception of burden for care for mentally ill relatives. *Hospital and Community Psychiatry* 1988, 39, S. 1296–1300
- Freeman, H./Simmons, O.: *The mental patient comes home*. New York: Wiley and Sons 1963
- Fromm-Reichmann, F.: Notes on the development of treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 1948, 11, S. 263–273
- Gallagher, D./Rose, J./Rivera, P./Lovett, S./Thompson, L.W.: Prevalence of depression in family caregivers. *Gerontologist* 1989, 29, S. 449–456
- George, L.: *Role transitions in later life*. Monterey: Brooks/Cole 1980
- Gerhart, U.C.: *Caring for the chronic mentally ill*. Itasca: Peacock 1990
- Goldman, H.H./Gattozzi, A.A./Taube, C.A.: Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 1981, 32, S. 22–27
- Grad, J.P.D./Sainsbury, P.M.D.: Mental illness and the family. *Lancet* 1963, 1, S. 544–547
- Group for the Advancement of Psychiatry: *The chronic mental patient in the community*. New York: Mental Health Materials Center 1978, S. 281–379
- Haley, W.E./Levine, E.G./Brown, S.L./Bartolucci, A.A.: Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging* 1987, 2, S. 323–330
- Hatfield, A.B.: Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work* 1978, 23, S. 355–359
- Hatfield, A.B.: The family as a partner in the treatment of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1979a, 30, S. 338–340
- Hatfield, A.B.: Help-seeking behavior in families of schizophrenics. *American Journal of Community Psychol-*

- ogy 1979b, 7, S. 563–569
- Hatfield, A.B.: Coping effectiveness in families of the mentally ill: an exploratory study. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation* 1981, 3, S. 11–19
- Hatfield, A.B.: Families as caregivers: a historical perspective. In: Hatfield, A.B./Lefley, H.P. (Hrsg.): *Families of the mentally ill: coping and adaptation*. New York: Guilford 1987, S. 3–29
- Hoening, J./Hamilton, M.: The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry* 1966, 12, S. 165–176
- Holden, D.F./Lewine, R.R.J.: How families evaluate mental health professionals, resources and effects of illness. *Schizophrenia Bulletin* 1982, 8, S. 626–633
- House, J.: Occupational stress and coronary heart disease: A review and theoretical integration. *Journal of Health and Social Behavior* 1974, 15, S. 12–27
- Jones, D.A./Peters, T.J.: Caring for elderly dependents: Effects on the carers' quality of life. *Age and Aging* 1992, 21, S. 421–428
- Keith, S.J./Matthews, S.M.: Research overview. *The Chronic Mental Patient: Five Years Later*. Orlando: Grune & Stratton 1984
- Kint, M.G.: Schizophrenia as a family affair: problems of families in coping with schizophrenia. *Journal of Orthomolecular Psychiatry* 1978, 7, S. 236–246
- Kreisman, D./Joy, V.D.: Family response to the mental illness of a relative: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 1974, 10, S. 34–57
- Kreisman, D./Simmons, S./Joy, V.D.: Rejecting the patient: preliminary validation of a self-report scale. *Schizophrenia Bulletin* 1979, 5, S. 220–222
- Lamb, H.R.: *Treating the long term mentally ill: beyond deinstitutionalization*. San Francisco: Jossey-Bass 1982
- Lefley, H.P.: *Family caregiving in mental illness*. Newbury Park: Sage 1996
- Leventhal, H./Leventhal, E.A./Nguyen, T.V.: Reactions of families to illness: theoretical models and perspectives. In: Turk, D.C./Kerns, R.D. (Hrsg.): *Health, illness and families: a life-span perspective*. New York: John Wiley and Sons 1985, S. 108–145
- McFarlane, W.R.: Psychoeducational multi-family groups: Are they a treatment of choice for schizophrenia? Presented in the Annual Forum held by the Center for Practice Innovations, Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio 1993
- Morrissey, E./Becker, J./Rubert, M.P.: Coping resources and depression in the caregiving spouses of Alzheimer patients. *British Journal of Medical Psychology* 1990, 63, S. 161–171
- Oldridge, M.L./Hughes, I.C.T.: Psychological well-being in families with a member suffering from Schizophrenia: an investigation into long-standing problems. *British Journal of Psychiatry* 1992, 16, S. 249–251
- Pasaminick, B./Scarpetti, F./Dinitz, S.: *Schizophrenics in the community: an experimental study in the prevention of rehospitalization*. New York: Appleton-Century-Crofts 1967
- Pepper, B./Ryglewicz, H.: The young adult chronic patient: a new focus. *The Chronic Mental Patient: Five Years Later*. Orlando: Grune & Stratton 1984
- Pickett, S.A./Vraniak, D.A./Cook, J.A./Cohler, B.J.: Strength in adversity: Blacks bear burden better than Whites. *Professional Psychology: Research and Practice* 1993, 24, S. 460–467
- Pruchno, R.A./Resch, N.L.: Aberrant behaviors and Alzheimer's disease: mental health effects on spouse caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1989a, 44, S. 177–182
- Pruchno, R.A./Resch, N.L.: Husbands and wives as caregivers: antecedents of depression and burden. *Gerontologist* 1989b, 29, S. 159–165
- Rivera, P.A./Rose, J.M./Futterman, A./Lovett, S.B./Gallagher-Thompson, D.: Dimensions of perceived social support in clinically depressed and non-depressed female caregivers. *Psychology and Aging* 1991, 6, S. 232–237
- Robins, L.N./Regier, D.A. (Hrsg.): *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press 1991
- Sainsbury, P./Grad, J.C.: Evaluation of treatment and services. In: Hill, J.D.N./Carstairs, G.M./Cartwright, A. et al.: *The burden on the community: the epidemiology of mental illness*. London: Oxford University Press 1962
- Schulz, R./Williamson, G.M.: A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging* 1991, 6, S. 569–578
- Song, L./Biegel, D.E./Milligan, E.: Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal* 1997, 33, S. 269–286
- Spaniol, L./Jung, H.: Families as a central resource in the rehabilitation of the severely psychiatrically disabled.

- Boston: Center for Rehabilitation Research and Training in Mental Health, Sargent College of Allied Health Professions, Boston University 1983
- Struening, E.L./Stueve, A./Vine, P./Kreisman, D.E./Link, B.G./Herman, D.B.: Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Research in Community and Mental Health* 1995, 8, S. 91–124
- Talbott, J.A.: The chronic adult mental patient: an overview. In Looney, J.G. (Hrsg.): *Chronic mental illness in children and adults*. Washington: American Psychiatric Press 1988, S. 19–37
- Terkelson, K.G.: The meaning of mental illness to the family. In Hatfield, A.B./Lefley, H.P. (Hrsg.): *Families of the mentally ill: coping and adaptation*. New York: Guilford 1987, S. 128–150
- Thompson, S.C./Bundek, N./Sobolew-Schubin, A.: The caregivers of stroke patients: an investigation of factors associated with depression. *Journal of Applied Social Psychology* 1990, 20, S. 115–129
- Thompson, J.E.H./Doll, W.: The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations* 1982, 31, S. 379–388
- Townsend, A./Noelker, L./Deimling, G./Bass, D.: Longitudinal impact of inter-household caregiving on adult children's mental health. *Psychology and Aging* 1989, 4, S. 393–401
- Yarrow, M.R./Schwartz, C.G./Murphy, H.S./Deasy, L.: The psychological meaning of mental illness in the family. *Journal of Social Issues* 1955, 11, S. 12–24

Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern

Wenn Lebensbedingungen behinderter bzw. pflegebedürftiger Menschen thematisiert werden, gilt das Interesse meist ausschließlich den von der Behinderung selbst betroffenen Menschen. Es wird erörtert, wie es zur Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit kommt, wie sie sich auswirkt, welche Vorurteile gegen behinderte Menschen bestehen oder welche Hilfen es für die betroffenen Personen gibt. Diese Menschen sind jedoch auch Teil einer Familie und werden häufig von anderen Familienmitgliedern betreut oder gepflegt. Welche Probleme daraus für die Angehörigen und für das Familiensystem entstehen können, rückt erst langsam – vor allem seit der Entwicklung der Systemtheorie und ihrer Anwendung in der Familienarbeit (Textor 1994), aber auch seit der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung – ins öffentliche Bewusstsein. In diesem Kapitel soll nun untersucht werden, welche Belastungen in Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern für die anderen Familienmitglieder, vor allem für die mit der Betreuung bzw. Pflege hauptsächlich befassten Angehörigen sowie für das Familiensystem selbst, entstehen können und welche Hilfen angemessen sind und angeboten werden.

Selbstverständlich muss sich die Aufmerksamkeit zunächst auf die von einer Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit direkt betroffenen Menschen, ihre Probleme und für sie geeignete Hilfen richten. Deshalb dürfen die folgenden Ausführungen nicht so verstanden werden, als würden die Einschränkungen nicht gesehen, die behinderte bzw. pflegebedürftige Menschen in Kauf nehmen müssen, und als würden sie auch noch zur Belastung für die Angehörigen stigmatisiert. Es gilt lediglich aufzuzeigen, welche Hilfen die Familie benötigt, wenn zu den heute ohnehin vorhandenen Einflüssen, die sie in ihrer Funktion bedrohen können, Anforderungen aus Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit hinzukommen.

Über die Bedeutung der Familie als Primärgruppe, über ihren Fortbestand und über Alternativen wird viel diskutiert (Textor 1993). Menschen haben Bedürfnisse nach Gruppenanschluss, zu dessen Befriedigung die Familie wie keine andere Gruppe geeignet erscheint bzw. genutzt wird. Das gilt nicht nur für das Kleinkind, für das manche die Familie allenfalls noch als unverzichtbar anzusehen scheinen (Wössner 1973, S. 112). Auf diesen Disput werde ich hier nicht weiter eingehen. Meines Erachtens ist die Familie schon wegen ihrer Universalität und der in der Praxis meist fehlenden Alternativen so zu stützen bzw. zu entlasten, dass sie ihre Funktion erfüllen kann. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass vor allem für Menschen mit Behinderungen meist nur die Herkunftsfamilie als Primärgruppe zur Verfügung steht, was in besonderem Maße im Falle geistiger Behinderungen zu gelten scheint (Theunissen 1996).

Cloerges (1997, S. 250f.) weist auf gesellschaftlich-strukturelle Veränderungen und funktionelle Schwächen der modernen Familie hin, vor allem auf Rollenkonflikte und

-überlastungen, die besonders bei Frauen auftreten. Allerdings geht er in seinem Exkurs zur Familiensoziologie (S. 241f.) auf die Primärgruppenthematik nicht ein. Möglichkeiten der Hilfen für Familien spricht er nur unter dem Aspekt an, dass eine Heimunterbringung zu vermeiden sei. Dieser Gesichtspunkt stand lange im Zentrum familiensoziologischer Betrachtungen belasteter Familien; eine Heimunterbringung gilt generell als problematisch wegen der damit verbundenen Gefahr der Hospitalisierung der betroffenen Person. Textor (1994) erwähnt, dass die sozialpädagogische Familienhilfe, die bei vielen Sozialen Diensten heute zum Standardangebot gehört, 1969 von der »Berliner Gesellschaft für Heimerziehung« konzipiert wurde, um die Zahl der Heimeinweisungen zu reduzieren. Die sozialpädagogische Familienhilfe hat sich inzwischen als Hilfe zur Stabilisierung des Familiensystems etabliert. Das zeigt sich in der Breite ihrer Angebote und Leistungen (Textor 1994, S. 203f.), mit denen die gesamte Familie entlastet wird.

Vergleichbare Maßnahmen für Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern sind zurzeit in der Entwicklung und Erprobung. Speziell handelt es sich um Angebote für Familien, in denen einzelne Mitglieder durch Betreuungs- und Pflegeaufgaben so in Anspruch genommen sind, dass sie bei der Verfolgung eigener individueller Bedürfnisse und in der Entfaltung ihrer eigenen Persönlichkeit eingeschränkt sind bzw. zu werden drohen. Dies verursacht zugleich Belastungen im Familiensystem, die wiederum auch die Situation der von Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit selbst betroffenen Familienmitglieder erschweren. Deshalb ist eine systemische Betrachtungsweise wie in der sozialpädagogischen Familienhilfe angezeigt. Diese wird hier jedoch nicht behandelt, da sie nicht einfach zu übertragen ist. Sie geht von anderen familiären Bedingungen bzw. Schwierigkeiten aus (Textor 1994, S. 203). Die Familie mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern sehe ich allerdings auch nicht als eine völlig andere oder gar besondere Familie. Sie ist ebenfalls Belastungen ausgesetzt, in ihr wirken die gleichen gruppensystemischen Prozesse, und für sie gelten genauso die Erkenntnisse der Rollen- und Gruppensoziologie wie für alle anderen Familien. Im Prinzip gelten deshalb die folgenden Betrachtungen für jede Familie, in der bestimmte Rollen besonders betont oder gefordert werden und die damit das System und seine Funktion belasten – nach Scheidung oder Tod eines Elternteils, für Alleinerzieher/innen, in Familien mit einer größeren Zahl von Kindern, wenn ein Elternteil oder beide auswärts arbeiten, wenn alte Menschen betreut werden usw. Zu klären ist in all diesen Fällen, ob und mit welchen Hilfen die Familie ihre Primärgruppenfunktion aufrecht erhalten kann.

Funktionen der Primärgruppe »Familie«

Leider wird heute in Lehrbüchern die Familie meist nicht mehr so deutlich als Primärgruppe dargestellt und im Kontrast zur Sekundärgruppe in ihrer Bedeutung verständlich gemacht (Biermann et al. 1994), wie dies in früheren Einführungen der Fall war (Wössner 1979). Ein Blick auf die der Familie insgesamt zugeschriebenen Funktionen zeigt aber, wie wichtig gerade eine Betonung ihres Primärgruppencharakters ist. Textor (1993, S. 89ff.) erwähnt zunächst folgende Funktionen: Haushaltsführung, Freizeit, Reproduktion, Sozialisation und Erziehung sowie die Funktion, *»sich selbst als Einheit zu erhalten«* (S. 121). Wichtig seien auch *»Gefühle der Zusammengehörigkeit, Loyalität und existenziellen Verbundenheit«* sowie die *»familiale Solidarität«*: *»So bieten Familienmitglieder einander Sicherheit, Schutz und Geborgenheit ... und helfen einander bei Krankheit, im Alter und bei der Bewältigung von Kri-*

sen« (S. 122). Wichtig ist nach Textor auch der »familiäre Spannungsausgleich«: »Zum einen unterstützen Familienmitglieder einander bei der Verarbeitung von außen kommender Belastungen, beim Ertragen von Entfremdung und beim Abbau von Stress. ... Zum anderen bemühen sie sich um die Lösung der aus ihrem Zusammenleben resultierenden Probleme und Konflikte ...« (S. 122). Schließlich erwähnt Textor, die Familie diene zur »*Befriedigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse*, zum Beispiel nach dauerhafter Bindung, Verlässlichkeit, Sicherheit, Vertrauen, Anerkennung und Zuwendung« (S. 123). Hier zeigt sich, dass die Familie offensichtlich neben eher rational zu verstehenden Aufgaben wie Haushaltsführung oder Freizeitgestaltung auch wesentliche Leistungen im emotionalen Bereich erbringen kann.

Eine gruppen- und rollensoziologische Erörterung kann diese Bedeutung der Familie verdeutlichen. Die Familie gilt in der Soziologie als Primärgruppe. Die definitorischen Merkmale der Primärgruppe sind: enge »face-to-face«-Kontakte, ein speziell ausgeprägtes Wir-Gefühl und vor allem die Integration der einzelnen Mitglieder als *Persönlichkeit*. Eine so gekennzeichnete Gruppe hat folgende Funktionen: Sie gibt Orientierung, Schutz und Sicherheit durch das Gefühl der Zugehörigkeit und dient damit der emotionalen Förderung bzw. Stabilisierung der Persönlichkeit ihrer Mitglieder. Der Primärgruppe stellt Wössner (1979) die Sekundärgruppe gegenüber. In ihr gibt es »Distanzkontakte«, und der Zusammenhalt erfolgt über formale Regeln und Kompetenzordnungen. Als wichtigstes Merkmal gilt, dass die Integration der einzelnen Mitglieder über ihre *Rolle* erfolgt. Die Funktion solcher Gruppen ist vor allem die (rational zu verstehende) Zielerreichung oder Aufgabenerfüllung.

Natürlich hat die Familie mehr Funktionen als die Primärgruppe (vgl. Textor 1993; Wössner 1979), und nicht alle Funktionen machen eine Gruppe wie die in unserer Kultur übliche Familie nötig. Mir erscheint ihre Erhaltung aber deshalb so wichtig, weil ihre zentrale Funktion der emotionalen Förderung und Stabilisierung im Gegensatz zu anderen Funktionen (z.B. wirtschaftliche Sicherung, Teile der Sozialisation und Freizeitgestaltung) kaum durch andere Gruppen übernommen werden kann. Es scheint auch so, als könne der Mensch zwar – ohne nennenswerte Schäden zu erleiden – auf Sekundärgruppen, nicht aber auf eine funktionierende Primärgruppenmitgliedschaft verzichten. Das lässt sich schon aus frühen Forschungen ableiten. Spitz (1959) berichtete von Kleinkindern, die im Heim trotz ausreichender »physischer Betreuung« gestorben sind. Er erklärte das mit »emotionalem Verhungern«. Dass auch Erwachsene ohne befriedigende Einbindung in Primärgruppen leiden, zeigte schon Mayo (nach Wössner 1979) in seinen industriesoziologischen Studien: Arbeiterinnen, die nicht in so genannte »informelle« Gruppen (d.h. Primärgruppen innerhalb der Sekundärgruppe Betrieb) integriert waren, hatten geringere Arbeitsleistungen als andere, waren häufiger krank und weniger zufrieden.

R. König (1969) vermutete, nach dem Verlust früherer Funktionen (z.B. Wirtschaften, Alterssicherung, Sozialisation) an andere gesellschaftliche Institutionen könne sich die Familie verstärkt ihrer emotionalen Funktion widmen. Meines Erachtens hängt das davon ab, ob und mit welchen unterstützenden Hilfen es ihr gelingt, sich von äußeren Einflüssen – vor allem von festen Rollenzuschreibungen – freizuhalten. Es gibt aber viele Familien, in denen Mitglieder eine besonders belastete Rolle haben. Diese Familien sind gefährdet, ihre Primärgruppenfunktion einzubüßen. Belastende Rollen können haben: behinderte bzw. pflegebedürftige Mitglieder, pflegende Angehörige, Schüler/innen mit Schulschwierigkeiten, Menschen ohne Arbeit. All das sind Rollen, die nicht durch Interaktionen innerhalb des Familiensystems bestimmt werden. Es handelt sich um von außen definierte und zugeschriebene Rollen, mit denen Verhaltensweisen, Gefühle und Einstellungen verbunden sind, die ihre Entsprechung im

Verhalten, in den Gefühlen und Einstellungen der Interaktionspartner haben. Damit kann das familiäre Klima leicht eine Qualität gewinnen, wie es für Sekundärgruppen typisch ist (Distanzkontakte, Gestaltung der Beziehungen durch formale Regeln). Durch die Dominanz, die z.B. Betreuungs- und Pflegegesichtspunkte in einer Familie mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern gewinnen, kann es zu einer besonderen Betonung der entsprechenden Rollen in den Interaktionen kommen. Die Beziehungen sind dann in der Familie nicht mehr vorwiegend emotional geprägt; nicht mehr die Persönlichkeit steht im Mittelpunkt, sondern die Person als Träger vorgeformter Rollen. Letztlich wird so eine Tendenz zur Hospitalisierung gefördert, die ja gerade durch den Verbleib behinderter bzw. pflegebedürftiger Mitglieder in der Familie verhindert werden soll. Meines Erachtens können bereits Forderungen, z.B. eine Heimunterbringung bestimmter Mitglieder zu vermeiden, einen rationalen Leistungsaspekt und damit Rollendruck in eine Familie hineinragen («Eine gute Mutter gibt ihr Kind nicht ins Heim oder in Pflege«).

Zwar können im Lebenslauf andere Primärgruppen zur Befriedigung der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Solidarität wichtig werden («peer-groups«, Freizeit- bzw. Neigungsgruppen, informelle Gruppen in der Arbeitswelt, Selbsthilfegruppen u.a.). Die Familie dürfte jedoch mindestens für Menschen mit besonderen Belastungen, wie sie z.B. Behinderung oder Pflegebedürftigkeit darstellen, ihre zentrale Bedeutung behalten. Für diese Menschen bestehen oft auch besondere Schwierigkeiten, Wahlmitgliedschaften in anderen Primärgruppen einzugehen. Deshalb müssten diese Familien besondere Unterstützung erhalten, sollen sie ihre Primärgruppenfunktion nicht verlieren. Bisher ging es im Wesentlichen um die Befriedigung der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und persönlicher Annahme. Die Familie kann aber noch mehr leisten. Biermann (1994) spricht der Familie eine weitere wichtige Funktion zu, indem er darauf hinweist, dass im Rahmen familiärer Sozialisationsprozesse der Aufbau der *Identität* geschieht. Darunter versteht er die Fähigkeit, »sich gleichsam aus sich selbst herauszubegeben und aus der Distanz auf die eigene Person zu blicken, bestätigend oder kritisch, konstruktiv oder destruktiv« (S. 36f.). Ein Mensch macht sich in der Interaktion mit anderen Mitgliedern der Familie sein Bild von sich selbst und von den anderen. Es wird angenommen, dass dieser Prozess lebenslang abläuft. Andere Autor/innen verweisen auf die Bildung und Aufrechterhaltung des Selbstkonzeptes bzw. des *Selbstwertgefühls* durch die Beziehungen zu den Familienangehörigen (Reichelt 1992). Identität und Selbstwertgefühl sind Belastungen ausgesetzt, vorwiegend durch »Stufen des Lebenslaufes, biografische Brüche und lebensgeschichtliche Einschnitte ... Es sind aber nicht erst die großen Lebenskrisen, die diese Fragen aufwerfen; schon der Wechsel der Schulklasse, die Aufnahme im Krankenhaus, eine Heimeinweisung oder die Pensionierung können die Identitätsfrage aufwerfen« (Biermann 1994, S. 37). Hilfe bei der Lösung von Selbstwert- und Identitätsproblemen ist am ehesten bei einer stabilen Eingliederung in eine Gruppe zu erwarten, deren Hauptaufgabe die emotionale Erhaltung ist. Biermann betont, »dass man Identität nicht allein durch Nachdenken über sich selbst, reflektierende Zusammenstellung der eigenen, unverwechselbaren Züge und Beobachtung der eigenen Person gewinnt und stabilisiert, sondern auf dem Umweg über eine bedeutungsvolle und zugleich stabile Umwelt« (S. 38). So prägen Prozesse in der Familie auch die »Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf andere einzulassen und von anderen abzugrenzen, Gefühle von Zuneigung und Ablehnung, Vertrauen und Skepsis, Hoffnung und Niedergeschlagenheit an sich und anderen wahrzunehmen, angemessen zu artikulieren und differenziert zu dosieren«, was »Grundbedingung jeglicher sozialer Interaktion« sei (S. 42). Das bedeutet, dass die gesamte Persönlichkeits- und Gefühlsbildung in der Familie ihre grundlegende Basis haben soll-

te. Sind Mitglieder aufgrund von besonderen Belastungen vorwiegend über von außen bestimmte Rollen integriert, ist auch diese Funktion beeinträchtigt. Die Familie dient dann nicht mehr der Persönlichkeit.

Zur Situation von Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern

Behinderte bzw. pflegebedürftige Menschen fordern oft mehr Zeit und Aufmerksamkeit, weil für sie viele für andere selbstverständliche Dinge getan werden oder zu tun sind, die sie nicht selbst tun können, oder weil ständig bzw. häufig eine andere Person anwesend sein muss. Da meist bestimmte Personen in der Familie, vor allem Frauen, diese Aufgaben übernehmen, werden sie besonders belastet – nicht nur körperlich, sondern auch seelisch. Und wird der eigentlich geforderte oder notwendige Aufwand nicht oder nur unvollständig geleistet, kommt es zu weiteren Spannungen.

Schon die Auseinandersetzung mit der Tatsache einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit belastet Familien, wie Textor (1993, S. 227) am Beispiel des behinderten Kindes zeigt: Oft wird es entweder abgelehnt, und die Eltern versuchen, es in einem Heim unterzubringen. Oder die Eltern akzeptieren es und »ändern ihren Lebensplan«, wobei es häufig lange dauert, bis sie eine positive Haltung gegenüber dem Kind einnehmen. Bevor diese Einstellung erreicht ist – in den Phasen der Auseinandersetzung mit Behinderung und Pflegebedürftigkeit, durch Gefühle und Gedanken, die mit der Ablehnung und Absicht des Weggebens einhergehen – ist mit Problemen für das emotionale Klima in der Familie und für die Persönlichkeit der Familienmitglieder zu rechnen. Im Wesentlichen dürften Erwartungen oder Erfahrungen der Überforderung durch Pflege- und Betreuungsaufgaben bei Angehörigen Gedanken an eine Weggabe auslösen. Bei angemessener Hilfe gäbe es diese möglicherweise nicht. Für solche Phasen bedarf es deshalb ebenso familienentlastender Angebote wie in Fällen, in denen Familien behinderte oder pflegebedürftige Mitglieder annehmen und betreuen (wollen). Dies sind keine Aufgaben, die ohne Hilfen im Rahmen des normalen Familienalltags zu bewältigen sind.

Textor (1993) beschreibt typische Probleme von Familien mit behinderten Kindern. Meines Erachtens lässt sich das generalisieren für Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern jeden Alters: Diese erfordern, fordern oder erhalten häufig ein Maß an Zeit, Aufmerksamkeit und Zuwendung, das in der Familie dann an anderer Stelle fehlt. Das trifft zunächst einmal die betreuenden Familienmitglieder. Sie haben oft nicht die für sich selbst eigentlich notwendige Zeit, nehmen sie sich nicht oder trauen sich nicht, sie zu nehmen. So vernachlässigen sie ihre eigenen individuellen Bedürfnisse, die Beziehungen zu den anderen (nicht behinderten oder pflegebedürftigen) Mitgliedern in der Familie, zu Verwandten, Freunden, Bekannten und anderen Personen. Hat vor Beginn der Betreuungsaufgaben z.B. eine Berufstätigkeit bestanden, kommt es auch hier zu Einbußen (Textor 1993).

Wie gravierend die Belastungen in der Praxis sein können, wurde bei einem Treffen von betreuenden Eltern bestätigt (»Heilbronner Stimme« vom 28.4.1997). Es wurde z.B. geklagt, dass behinderte bzw. pflegebedürftige Familienmitglieder oft »wie Termitenköniginnen ... im Bau sitzen ... und alle flitzen für sie.« Da achteten betreuende Angehörige oft nicht auf ihre eigenen Bedürfnisse, schafften sich keine Freiräume, hätten keine Zeit mehr für andere Beziehungen, nicht einmal mehr für die eheliche Partnerschaft. Das führe dazu, dass »der Vorrat

an Liebe, Geduld und Fürsorge irgendwann aufgebraucht« sei. Und in dieser Situation stelle sich dann häufig noch das schlechte Gewissen ein, wenn die betreuenden Angehörigen wagen, sich doch einmal etwas Zeit für sich zu nehmen. Es ist nachvollziehbar, wenn es in diesem Teufelskreis aus Forderungen, Betreuenwollen, Überforderung und Versagensgefühlen zu Spannungen in der Familie kommt, die im Einzelfall auch zu Vernachlässigungen oder sogar Aggressionen gegenüber behinderten bzw. pflegebedürftigen Familienmitgliedern führen. Austausch mit Betroffenen und Fachkräften, Information und Beratung mag hilfreich sein. So wurde pflegenden bzw. betreuenden Eltern in dieser Veranstaltung geraten, sich nicht in »Therapiestress« bringen und den Leistungsdruck hinter sich zu lassen sowie dagegen anzukämpfen, immer perfekt sein zu wollen. Beispielsweise spürten behinderte Kinder den Zwang, und dann bringe die beste Betreuung nichts. Vor allem müssten sich die Pflegenden einen eigenen Bereich schaffen, der mit der behinderten bzw. pflegebedürftigen Person nichts zu tun hat.

Ohne weitere Hilfen sind hier wohl viele Familien überfordert, aber welche Angebote stehen zur Verfügung? Obwohl in der sozialen Arbeit generell mit Familien gearbeitet wird, fehlt es meist an speziellen Angeboten für Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern. Offenbar steht hier der betroffene Mensch mit seinen Problemen so sehr im Vordergrund, dass wir zwar ein beispielhaftes System zur Rehabilitation Behinderter vorfinden, aber selten entsprechende Familienhilfen. So erwähnt z.B. der »Ratgeber für Behinderte« familienentlastende Dienste überhaupt nicht, obwohl ein Kapitel überschrieben ist: »Behinderte sind ein Teil des Ganzen« (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, S. 7). Vielleicht wird es als Selbstverständlichkeit angesehen, dass die Betreuung behinderter bzw. pflegebedürftiger Familienmitglieder von den Angehörigen geleistet und verkraftet wird. Cloerges (1997) zitiert die Klagen von Eltern behinderter Kinder, dass Institutionen wie Tageseinrichtungen, mobile Hilfsdienste oder andere Angebote familienentlastender Dienste fehlen bzw. sie beklagen »das offenkundige Unvermögen der Behörden, die erforderlichen Maßnahmen effektiv zu organisieren« (S. 260). Die daraus resultierenden Belastungen müssen die Familien ertragen, und all das geschieht unter dem meist unausgesprochenen Druck einer Umgebung, die Vorurteile gegenüber Behinderungen hat. Oft sucht sie auch die Schuld für eine Behinderung innerhalb der Familie, besonders bei der Mutter eines behinderten Kindes (Jansen 1974). Belastend ist ferner, wenn die Betreuung von Mitgliedern der Kernfamilie (Eltern und Kinder) erwartet bzw. gefordert wird, aber nicht einmal Verwandte, geschweige denn Nachbarn, sich verpflichtet fühlen, wenigstens zeitweise zu helfen. Häufig kommt eine gesellschaftliche Isolation der Familie hinzu. Die Folgen sind Differenzen in ehelichen Beziehungen, Frustrationen bei sich zurückgesetzt fühlenden Familienangehörigen, gegenseitige Ablehnungen, Aggressionen und eventuell eine Hospitalisierung von Familienmitgliedern. Problematisch und wenig hilfreich ist offenbar häufig auch das Verhalten von Vätern. Textor (1993, S. 229) berichtet, dass Väter nach der Geburt eines behinderten Kindes häufig zum Rückzug aus der Familie neigen und sich mehr beruflichen und Freizeitaktivitäten zuwenden. Dies kann dazu führen, dass sie nur noch eine sehr formale Rolle in der Familie spielen, sich etwa nur noch um Dinge wie Finanzen und andere sachliche Angelegenheiten kümmern.

Schwierig ist das Vorhandensein einer behinderten bzw. pflegebedürftigen Person in der Familie auch für (nicht behinderte) Kinder, die ihrerseits von der betreuenden bzw. pflegenden Mutter ihr Maß an Zuwendung fordern. Sie fühlen sich häufig benachteiligt, und wenn sie noch sehr klein sind, ist ihnen der Grund dafür nicht einmal vermittelbar. Hinzu kommt, dass sie eventuell noch Aufgaben für sich und für die Familie zu übernehmen haben, für die in

anderen Familien andere zuständig sind. So werden Kinder zum Teil überfordert bzw. unterbetreut bei gleichzeitiger Überbetreuung behinderter oder pflegebedürftiger Familienmitglieder. Deren Überbetreuung weckt dann Ansprüche auf Leistungen, die eigentlich gar nicht notwendig wären, und das führt zum Verlust von Eigenaktivität und Selbsthilfefähigkeit behinderter Mitglieder. Es entsteht ein Teufelskreis, der schwer zu durchbrechen ist. Bleibt die Familie auf sich allein gestellt, fehlen ihr Gelegenheiten und Strategien, um z.B. gezielt ein höchstmögliches Maß an Selbstständigkeit für behinderte bzw. pflegebedürftige Mitglieder zu erhalten bzw. zu erreichen.

Eine überwiegend durch Familienmitglieder geleistete Betreuung ist wegen der Gefahr von Rollenfixierungen und den daraus resultierenden Schwierigkeiten für die Primärgruppe eigentlich schon problematisch genug. Wenn sich die Betreuung hauptsächlich im engeren Wohnumfeld der Familie abspielt, kann diese leicht auch noch zu einer »totalen Institution« werden. Die »totale Institution« ist nach Goffman (1981) eine Einrichtung, in der es die übliche Trennung von Lebensbereichen (z.B. Arbeiten, Freizeit, Wohnen, Schlafen) nicht gibt und in der die Menschen auch nicht – wie sonst üblich – wechselnde Interaktionspartner haben. Stattdessen läuft alles »unter einer Autorität und nach einem rationalen Plan« ab und ist von der übrigen Gesellschaft relativ stark abgeschlossen. Goffman hat zweifellos nicht die Familie gemeint, als er die Theorie entwickelte. Er hatte vielmehr Einrichtungen wie psychiatrische Kliniken, Heime u.a. vor Augen, in denen eine »Vielzahl von Menschen« betreut wird. Eine Übertragung auf Familien scheint mir jedoch angezeigt, wenn eine Tendenz zur Isolation einhergeht mit einer starken Binnenorientierung und wenn sich das Leben im Inneren an vorgegebenen, gesellschaftlich definierten Rollenanforderungen ausrichtet, ohne dass individuellen Bedürfnissen besonders Rechnung getragen wird – so, wie es in Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern vorkommen kann. Als wesentliche Auswirkungen nennt Goffman u.a. die »Regression«, bei der das Verhalten auf die Alternativen reduziert wird, die die »unmittelbare physische Situation« betreffen (essen, füttern, schlafen, waschen, behandeln usw.). Außerdem beschreibt er die »Konversion«: Die Mitglieder geben individuelle Verhaltensweisen auf zugunsten der auf die Institution passenden »Insassenrolle« (Behinderte, Kranke). Diese Reaktionsformen sind zu befürchten, wenn sich in Familien wegen Betreuungs- oder Pflegebelastungen die Beziehungen an der Behinderung bzw. Krankheit orientieren und nicht an der Persönlichkeit. Die Folgen für die Persönlichkeit betreffen laut Goffman nicht nur die Betreuten (auf die die Hospitalisierungsthese üblicherweise beschränkt ist), sondern auch alle anderen in der Institution lebenden Personen, z.B. die betreuenden Personen. Als wichtigste Entlastungsfaktoren für totale Institutionen gelten: Öffnung der Einrichtung durch Trennung der Lebensbereiche, Hinzunahme weiterer Interaktionspartner, Entlastung der Beteiligten vom Rollendruck und Schaffung von Freiräumen für die Entfaltung der Persönlichkeit.

Hilfen für Behinderte

Diese theoretische Betrachtung erscheint mir wichtig, weil sie zeigen kann, welche Hilfen im Prinzip anzubieten bzw. zu organisieren sind: Maßnahmen, die möglichst beide, die zu betreuenden wie die betreuenden Personen, teil- oder zeitweise aus der Familie bzw. aus den dort infolge Behinderung oder Pflegebedürftigkeit gespielten Rollen herauslösen (d.h., diese auch im Bewusstsein der Beteiligten zurückdrängen). Es sollen Gelegenheiten geschaffen

werden, bei denen die Menschen mehr in Einklang mit ihren individuellen Bedürfnissen handeln und bei denen sie ihrer Gesamtpersönlichkeit wie ihrer Stellung als Mitglied der Primärgruppe Familie gerecht werden können. Ferner sollen Tendenzen zur Entwicklung einer »totalen Institution« aufgehoben werden. Die theoretischen Überlegungen sollten die Basis sein, von der aus bestehende Hilfen kritisch zu würdigen sind und weitere Angebote entwickelt werden können. Dies ist mir wichtiger als eine Beschreibung oder eine komplette Liste von zurzeit schon vorhandenen Angeboten, die ohnehin noch bescheiden ausfiele. Auch ist keineswegs alles, was heute angeboten wird, für die Familien wirklich hilfreich; die Leser/innen sollten bestehende Angebote anhand der vorgenannten Kriterien selbst überprüfen (können). Meines Erachtens sind etwa finanzielle Hilfen wie die Zuschüsse aus der gesetzlichen Pflegeversicherung zu problematisieren. Es reicht ja nicht, sie zur Aufbesserung der Haushaltskasse zu nutzen – so angebracht dies im Einzelfall auch erscheinen mag. Sie müssten auch zur Reduktion von Betreuungsaufgaben der Angehörigen eingesetzt werden. Für wenig geglückt halte ich z.B. auch Freizeitangebote für behinderte Personen, die den betreuenden Angehörigen zusätzlichen Aufwand abverlangen (vorbereiten, hinbringen, abholen usw.).

Wichtig für die Familie sind Sondereinrichtungen, die für Menschen mit Behinderungen geschaffen wurden, wenn sie neben der Förderung der von der Behinderung selbst Betroffenen auch die Entlastung betreuender Angehöriger bewirken. Sonderkindergärten, Sonderschulen, Einrichtungen von Verbänden wie der Lebenshilfe, Heime, Rehabilitationseinrichtungen usw. erleichtern Angehörigen ihre Aufgabe dadurch, dass die betroffenen Personen dort zeitweise betreut bzw. beschäftigt sind. Solche Institutionen stelle ich hier nicht genauer vor; einen umfassenden Überblick geben Mühlum und Oppl (1992). Ich werde nur aufzeigen, wo und wie wichtige Informationen und Hilfen zu erhalten sind. Näher werde ich mich anschließend mit Hilfen beschäftigen, die direkt für die Familie und die Persönlichkeitsförderung aller Mitglieder konzipiert bzw. geeignet sind. Dabei muss nicht unterschieden werden zwischen Familien mit behinderten oder mit pflegebedürftigen Mitgliedern und auch nicht zwischen Behinderungsarten oder Pflegestufen.

Es gibt heute ein breites Angebot von Hilfen zur Prävention und Rehabilitation. Damit durch eine Behinderung erst gar keine wesentlichen Nachteile entstehen, sollen Rehabilitationsbemühungen früh einsetzen, bei Krankheiten und Unfällen möglichst schon mit der Akutbehandlung. Eine Hilfe sind auch die kostenlosen Früherkennungsuntersuchungen für Kinder. Sie sollten genutzt werden, damit Schäden früh erkannt werden und durch Frühbehandlung oder -förderung behoben oder gemildert werden können. Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen können z.B. Schriften des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung entnommen werden (»Ratgeber für Behinderte«, »Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation«, »Berufsförderungswerke«, »Die berufliche Eingliederung psychisch Behinderter« usw.).

Im Falle einer Behinderung im Kindes- oder Jugendalter sind vor allem Erziehungs- und Bildungsmaßnahmen in die Wege zu leiten. Welche Art der Einrichtung für welches Kind in Frage kommt, entscheiden die örtlichen Schulämter aufgrund eines pädagogisch-psychologischen Gutachtens und nach Anhörung der Eltern und des Gesundheitsamtes. Bildungsberatungsstellen und schulpyschologische Dienste helfen den Eltern bei der Entscheidung. Für Behinderte, die ein Studium anstreben, gibt es beim Deutschen Studentenwerk e.V. eine Informationsschrift »Behinderte studieren« mit Hinweisen zur Studienplatzzuweisung, zu Studienbedingungen, Finanzierung und behindertengerechtem Wohnen. Zu denken ist in manchen Fällen auch an ein Studium an der Fernuniversität Hagen. Unter bestimmten Vor-

aussetzungen wird ein Studium als Maßnahme der beruflichen Rehabilitation gefördert, z.B. an der Fachhochschule Heidelberg.

Zu prüfen sind im Falle einer Behinderung in erster Linie die Leistungen der Träger der gesetzlichen Sozialversicherung. Weitere Ansprechpartner sind die Landesversorgungsämter, Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen. Speziell für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation ist die Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitsämter) zuständig, soweit keiner der anderen Träger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften) infrage kommt. Schließlich sind noch die Sozialämter anzufragen, falls kein anderer Träger leistungspflichtig ist.

Da bei diesen Trägern Auskunfts- bzw. Beratungsstellen eingerichtet wurden, die alle Nachfragenden beraten, und da die Träger zur Zusammenarbeit gesetzlich verpflichtet sind, dürfte es nicht schwer fallen, sich im Einzelfall sachkundig zu machen und die gesetzlich zustehenden Leistungen zu vermitteln. Im »Ratgeber für Behinderte« findet sich eine ausführliche tabellarische Übersicht über Leistungen und Träger (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, S. 18–21). Auskunfts- und Beratungsstellen gehören auch zum Angebot der Gesundheitsämter, Behindertenverbände und Verbände der freien Wohlfahrtspflege.

Jeder Träger von Rehabilitationsleistungen ist verpflichtet, einen (formlosen) Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen oder -leistungen entgegenzunehmen, auch wenn er im Einzelfall für eine Leistung nicht zuständig ist. Sind mehrere Maßnahmen angezeigt oder mehrere Träger beteiligt, wird ein Rehabilitations-Gesamtplan aufgestellt. Er fasst die zu erwartenden bzw. vorgesehenen Maßnahmen und Leistungen zeitlich und maßnahmepraktisch so zusammen, dass eine sinnvolle Gesamtrehabilitation möglich wird. Selbst wenn zunächst Unklarheit darüber herrscht, welcher Leistungsträger letztlich zuständig ist, darf die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen keinen Aufschub erleiden. Für diesen Fall ist vorgesehen, dass die Rentenversicherungsträger im medizinischen Bereich und die Arbeitsämter im beruflichen Bereich in Vorleistung treten.

Die Berufsförderung nimmt im Rahmen der Hilfen einen besonderen Stellenwert ein. Es werden vielfältige Maßnahmen angeboten, die die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen herstellen, wiederherstellen, erhalten oder bessern sollen. So gibt es Hilfen zur Erhaltung des Arbeitsplatzes oder zur Wiedereingliederung in eine frühere Berufstätigkeit, z.B. in Form der Kostenübernahme für technische Hilfen, die bei bestimmten Behinderungsauswirkungen angezeigt sind. Auch für Probebeschäftigung, Anpassung von Arbeitsplätzen und Einarbeitungszeit sind Zuschüsse vorgesehen. Hinzu kommen Angebote wie Fortbildungslehrgänge. Auskunft erteilen die Beratungsstellen der Arbeitsämter.

Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen umfassen neben Ausbildungsmaßnahmen vorgeschaltete Angebote der Berufsberatung, Berufsfindungs- und Arbeitserprobungslehrgänge sowie ausbildungsvorbereitende Maßnahmen. Bei betrieblichen Maßnahmen gibt es Zuschüsse, über die die Beratungsstellen beim Arbeitsamt Auskunft erteilen.

Wenn der bisherige Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, ist eine berufliche Neuorientierung möglich. In Frage kommen dann vor allem Umschulungsmaßnahmen in einem Betrieb, einer örtlichen Weiterbildungseinrichtung oder einem Berufsförderungswerk. Auch hier sind umfangreiche Test- und Erprobungsphasen zur Feststellung von Eignung und Neigung vorgesehen. Das umfassendste Angebot an Leistungen zur Rehabilitation findet sich dabei in den Berufsförderungswerken. Dies sind Dienstleistungsunternehmen mit bundesweitem Einzugsbereich, die Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen mit individueller Betreuung und in der Regel mit internatsmäßiger Unterbringung verbinden. Hier kann bei Wahrnehmung entsprechender Trainingsangebote auch soziales Verhalten eingeübt werden, wodurch die

Aussichten auf soziale Eingliederung steigen. Das Ausbildungsangebot umfasst kaufmännisch-verwaltende und gewerblich-technische Berufe sowie Berufe des Sozial- und Gesundheitswesens. Das Berufsförderungswerk Heidelberg bietet auch Fachhochschulstudiengänge in diesen Berufsbereichen an.

Jugendlichen Behinderten, die wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht betrieblich ausgebildet werden können, stehen Ausbildungsplätze in den Berufsbildungswerken offen. Dort ist eine Ausbildung in anerkannten Ausbildungsberufen oder in besonderen Ausbildungsgängen möglich, in der Regel mit einer Abschlussprüfung bei der Industrie- und Handelskammer oder der Handwerkskammer. Ausbildungsbegleitend werden die Jugendlichen durch Ärzte, Psychologen, Sonderpädagogen und andere Fachkräfte betreut.

Wer wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden kann, findet unter Umständen Arbeit in einer Beschäftigungsgesellschaft oder in einer Werkstatt für Behinderte. Werkstätten kombinieren zunächst im Arbeitstrainingsbereich berufsfördernde, arbeitserprobende und persönlichkeitsbildende Maßnahmen. Anschließend erfolgt die eigentliche Beschäftigung in der Werkstatt, die nach Möglichkeit darauf vorbereiten soll, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt zu werden. Auskünfte erteilen die Werkstätten oder Beschäftigungsgesellschaften selbst, die Beratungsstellen der Arbeitsämter oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte.

Zu prüfen ist im Einzelfall auch, ob Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz zustehen. Es sieht u.a. Zuschüsse für die technische Ausstattung von Arbeitsplätzen und Eingliederungshilfen vor. Auskünfte erteilen die Beratungsstellen der Arbeitsämter und die Hauptfürsorgestellen.

Erleichterungen bei der Lohn- und Einkommensteuer sollen helfen, Mehraufwendungen auszugleichen, die behinderten Menschen für die Lebenshaltung entstehen. Ihnen wird ein Pauschbetrag – gestaffelt nach dem Grad der Behinderung – als »außergewöhnliche Belastung« zugestanden. Wenn ein Kind den Pauschbetrag nicht selbst in Anspruch nimmt, können ihn die Eltern auf sich übertragen lassen. Unter Anrechnung der »zumutbaren Belastung« können je nach Höhe der Einkünfte und Familienstand statt dem Pauschbetrag auch die tatsächlich entstandenen Aufwendungen abgesetzt werden. Für »hilflose und blinde Menschen« gelten besondere Regelungen. Neben dem Behindertenpauschbetrag können außergewöhnliche Krankheitskosten, Kosten für eine Heilkur und Kosten für Heim- oder Pflegeunterbringung berücksichtigt werden, in besonderen Fällen auch Aufwendungen für eine Hilfe im Haushalt. Über alle Steuerbestimmungen, auch über eventuelle KFZ-Steuer-Vergünstigungen und Fahrtkosten zur Arbeitsstelle, geben die Finanzämter Auskunft. Über Erleichterungen im Personenverkehr (Freifahrten, Ermäßigungen) erteilt das zuständige Versorgungsamt Auskünfte, über die Kraftfahrzeughilfe die Arbeitsämter, Rentenversicherungsträger und Hauptfürsorgestellen.

Hilfreich ist eventuell auch die Vermittlung einer öffentlich geförderten Mietwohnung, eine Anpassung von Wohnraum an die Behinderung oder der Erwerb entsprechenden Wohnraumes. Hier ist auf der Grundlage der Wohnungsbaugesetze und Wohnungsbauförderungsbestimmungen der Länder zu prüfen, ob finanzielle Vergünstigungen beantragt werden können. Ein Rechtsanspruch auf Mittel des Wohnungsbaus besteht aber nicht. Bei den Gemeinden und Landkreisen erhält man hierzu genauere Informationen, ebenso zum Wohngeld. Über sonstige Vergünstigungen (z.B. Telefonanschluss, Rundfunkgebühren, Eintritt zu Veranstaltungen und öffentlichen Einrichtungen) geben zum Teil Arbeitsämter, Gemeinde- und Kreis-

verwaltungen, Behindertenverbände und Hauptfürsorgestellen ebenso wie die Wohlfahrtsverbände Auskunft. Ein bedeutendes Angebot im Falle von Pflegebedürftigkeit sind die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung für häusliche wie für stationäre Pflege, wodurch ebenfalls die Familien entlastet werden. Bei häuslicher Pflege kann zwischen Pflegesachleistungen (d.h. »professioneller« Hilfe durch einen zugelassenen Pflegedienst), Pflegegeld (wenn Angehörige die Pflege sicherstellen) oder deren Kombination gewählt werden. Ferner können unter bestimmten Voraussetzungen ergänzende Leistungen wie eine Pflegevertretung bei Krankheit oder Urlaub, Tages- bzw. Nachtpflege, Kurzzeitpflege oder Pflegehilfsmittel bezuschusst und die soziale Sicherung der Pflegepersonen sichergestellt werden. Auskünfte geben die Krankenversicherungen.

Dieser knappe Überblick über wichtige Angebote, Träger und Informationsstellen sollte verdeutlichen, dass es heute möglich ist, vielfältige Hilfen in Anspruch zu nehmen. Die Maßnahmen sind zwar in erster Linie für die behinderten bzw. pflegebedürftigen Menschen selbst gedacht und sollen vorwiegend deren individuelle Situation verbessern. Sie können aber auch hilfreich sein, die Belastung zu reduzieren, die anderen Familienmitgliedern durch ihre Betreuung, Versorgung oder Pflege entsteht. Dies ist am deutlichsten bei Maßnahmen der schulischen oder beruflichen Eingliederung, bei denen die betroffenen Personen außerhalb der Familie betreut bzw. beschäftigt werden. Auch durch eine gezielte Verwendung von finanziellen Hilfen kann der Einsatz von Familienangehörigen erleichtert werden, wenn z.B. eine Vergütung für die Betreuung durch Dritte, in Institutionen, bei Freizeitaktivitäten und auf Reisen bezuschussbar oder steuerlich absetzbar würde. Allerdings muss noch mit entsprechendem Nachdruck öffentlich gefordert werden, dass Steuererleichterungen und Zuschüsse für solche Aufwendungen großzügiger gewährt werden, nicht nur Kosten einer »Haushaltshilfe in besonderen Fällen« oder von anderen Betreuungskosten unter Anrechnung der »zumutbaren Belastung«. Sicher wäre hier weit mehr an Hilfen für Familien als heute möglich, und sie sollten vor allem auch dazu dienen, dass behinderte bzw. pflegebedürftige Personen lernen, wesentliche Verrichtungen des täglichen Lebens selbstständig zu übernehmen.

Schließlich kann durch zunächst individuell gedachte Maßnahmen auch ein Teil der Stigmatisierung als »Behinderte/r« oder gar als »behinderte Familie« (Theunissen 1996) abgebaut werden. Es wird unter Umständen so viel Normalität hergestellt, dass weniger Isolationseffekte entstehen und eine Integration behinderter bzw. pflegebedürftiger Menschen in die weitere soziale Umwelt gelingt. Besonders wichtig erscheint mir auch zu sein, dass die Betroffenen bei bildungs- und berufsfördernden Maßnahmen ihr Selbstwertgefühl stärken. Sie sollten (wieder) lernen, so viele ihrer Bedürfnisse und Interessen wie möglich selbst zu artikulieren, zu vertreten und zu befriedigen. Dadurch werden auch am ehesten Sonderrollen und die darauf gerichteten anti-integrativen Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen anderer Personen abgebaut.

Heime, Pflegestationen u.Ä. sehe ich grundsätzlich dann als Hilfen für Familien, wenn sie die Familie *teilweise* entlasten, ohne die Mitglieder endgültig zu separieren. Sie können vor allem als *vorübergehende* Entlastung der Familie (bei Krankheit, Urlaub usw.) angezeigt sein – als Dauerlösung aber nur, wenn sichergestellt ist, dass die Primärgruppenfunktion der Familie erhalten bleibt. Darauf werde ich im Zusammenhang mit den Angeboten des betreuten Wohnens eingehen.

Hilfen für Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern

Hilfen, die sich direkt an der Familie orientieren, wurden erst viel später angeboten als individuelle Rehabilitationsmaßnahmen. Ich werde exemplarisch einige Angebote vorstellen und kommentieren. Ich füge Vorschläge und Überlegungen zur Entwicklung weiterer familienentlastender Maßnahmen an, die die Primärgruppenfunktion der Familie unterstützen können. Wichtig erscheint mir, das Prinzip solcher Angebote für Familien zu zeigen, in denen behinderte bzw. pflegebedürftige Personen zusammen mit anderen Familienmitgliedern leben. Im konkreten Fall sind Auskünfte über vorhandene Angebote bei Sozialdiensten, Sozialstationen oder IAV-Stellen (Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen für ältere, kranke und behinderte Menschen und pflegende Angehörige) zu erhalten. Sie sind im Einzelfall hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu überprüfen.

Beispiel 1: Integrationshilfen für Behinderte

Hier handelt es sich um ein breites Angebot, wie es z.B. von der »Evangelischen Stiftung Lichtenstern« im Rahmen der offenen Hilfen vorgehalten wird (Kasiske 1996; Römmele 1997). Die Maßnahmen sind vor allem geeignet, behinderten Menschen neue Erfahrungen zu ermöglichen. Sie werden weitgehend getrennt von anderen Familienmitgliedern durchgeführt und sollen auch von deren permanenter Anwesenheit unabhängig machen. Besonders wichtig ist, dass neue Bezugspartner/innen gewonnen werden. Es ist auch beabsichtigt, dass die betreuenden bzw. pflegenden Familienmitglieder in der frei werdenden Zeit die Chance haben, eigenen Interessen und Bedürfnissen zu folgen. Vor allem wird darauf geachtet, dass nichts angeboten wird, was die Lebensräume von behinderten Menschen nur auf Kosten von Aktionsmöglichkeiten anderer Familienmitglieder erweitert. Bei vielen anderen Maßnahmen sind die Angehörigen nämlich mit Vorbereitung, Begleitung und Vor-Ort-Betreuung zusätzlich beschäftigt, was man bei den Integrationshilfen zu vermeiden trachtet.

Es werden vorwiegend Aktivitäten im Freizeitbereich (Sport, Kultur, Hobbys, Reisen usw.) angeboten. Sie werden durch den sozialen Dienst geplant, organisiert und durchgeführt oder begleitet. Zum Teil werden Angebote und Einrichtungen der Kommunen genutzt, die für alle Bürger/innen gedacht sind. Es werden aber auch besondere Veranstaltungen durchgeführt, von denen eine Integrations- bzw. Verselbstständigungswirkung ausgehen kann, vor allem gemeinsame Freizeitaktivitäten für behinderte und nichtbehinderte Personen. Hier wird darauf geachtet, dass die Angebote für alle Mitglieder einer Gemeinde oder Nachbarschaft offen sind, damit der Eindruck der Behindertensonderveranstaltung mit ihrem häufig stigmatisierenden Charakter vermieden wird.

Bei der weiteren Entwicklung solcher Integrationshilfen ist Kreativität bei den Mitarbeiter/innen der sozialen Dienste gefragt. Dazu einige Anregungen: Ein Sozialdienst könnte Patenschaften zur Eingliederung von behinderten Mitbürger/innen in Sport-, Gesangs- oder sonstige Vereine, in Theater-, Konzert- und Museumsbesuchsgruppen u.Ä. vermitteln. Er könnte eventuell die An- und Abfahrt zu den Veranstaltungen der Vereine und Kultureinrichtungen bis hin zur Betreuung während dieser Aktivitäten zusammen mit den Pat/innen übernehmen, solange das notwendig erscheint. Zu prüfen ist ferner, ob Urlaubs- oder andere Reisen für Behinderte bzw. Pflegebedürftige in gemischten Reisegruppen möglich sind. Einige der großen Reisegesellschaften haben schon Angebote im Programm, die sich für Menschen

mit Behinderungen eignen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, S. 62).

Bei der Entwicklung und Nutzung entsprechender Freizeitangebote sollte sich die Fantasie vor allem auf die Organisation der Maßnahme und Betreuung richten und an der Frage orientiert sein, wie der Familie als System am besten zu dienen ist. Es kann nicht um die Erfindung möglichst origineller *Angebote für Behinderte* gehen. Diese sind für eine Integration eher hinderlich. Markowetz (in: Cloerges 1997) stellte dazu bei Erhebungen fest, dass behinderte Menschen weitgehend dieselben Vorstellungen und Bedürfnisse wie nicht behinderte bei der Freizeitgestaltung haben, tatsächlich aber meist ausgeschlossen seien, weil ihnen *besondere* Freizeitbedürfnisse unterstellt würden. Die Folge sei eine weitere Belastung der Familien, da behinderte Mitglieder einen großen Teil ihrer freien Zeit im Kreis ihrer Familien verbringen, »die damit vielschichtige und komplexe Anforderungen zu bewältigen haben« (S. 292f.). Ganz so einfach ist es nun sicher auch wieder nicht. Integrationsbemühungen gelingen nicht schon dann, wenn pauschal gleiche Freizeitbedürfnisse unterstellt und entsprechende Veranstaltungen organisiert werden. Auf jeden Fall ist von den Anbietern zusammen mit den Betroffenen zu prüfen, welches subjektive Bedürfnis, gemessen an der Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit, auch zu befriedigen ist und von wem wo was angeboten wird. Ferner muss so organisiert und betreut werden, dass auch vorhandene Vorurteile und Unsicherheiten bei den Menschen berücksichtigt bzw. abgebaut werden, die als neue Interaktionspartner vorgesehen sind.

Grundsätzlich ist jedoch Markowetz' Forderung an Familienentlastende Dienste, Selbsthilfegruppen und -verbände zuzustimmen, für die Integration in ganz »normale« Freizeitaktivitäten zu wirken. Er beschreibt ein bereits erfolgreiches Modell näher: PFiFF e.V. in Ladenburg bietet integrative Freizeitinitiativen für Kinder und Jugendliche an, wobei vor allem das Organisationsmodell Interesse verdient. Es sieht mehrere Phasen des integrativen Prozesses vor. Zunächst wird nach einem Gespräch mit den Eltern eine Person gesucht, die als Integrationsbegleiter/in wirkt. In der folgenden Kontaktphase lotet der/die Integrationsbegleiter/in zusammen mit dem behinderten Kind oder Jugendlichen und den Familienangehörigen Interessen, Fähigkeiten und Möglichkeiten aus. Sodann wird ein geeigneter Freizeitverein gesucht und die Person zur Probe angemeldet. Erfahrungen in dieser Phase, die im Wesentlichen von den Integrationsbegleiter/innen betreut wird, werden gemeinsam ausgewertet. Hat sich die Maßnahme bewährt, wird eine Stabilisierung angestrebt, bis sich das behinderte Kind bzw. der/die Jugendliche weitgehend im Rahmen einer normalen Mitgliedschaft im Verein bewegen kann. Wurde ein Misserfolg verzeichnet, erfolgt ein anderer Versuch.

Für entscheidend halte ich, dass es nur insoweit zu einer Ablösung von externen Hilfen kommt, wie dadurch nicht neue bzw. zusätzliche Aufgaben auf Familienmitglieder zukommen. Bei Bedarf wird die integrative Aktivität über einen längeren Zeitraum von Dritten begleitet – es muss sich ja auf jeden Fall in der Summe ein Gewinn an Freiheit für alle Familienmitglieder ergeben. Dieses Prinzip hat für alle Versuche der Integration in den Freizeitbereich zu gelten.

Markowetz erwähnt weitere Beispiele und Vorschläge für freizeitpädagogische Maßnahmen für Behinderte bzw. für integrative Gruppen aus Behinderten und Nicht-Behinderten (S. 196f.), wobei offen bleibt, welcher Aufwand seitens der Familienangehörigen dem Nutzen für die Betroffenen gegenübersteht.

Beispiel 2: »Familientlastende Dienste« (FED)

FED sind entwickelt worden, weil einerseits aufgrund demographischer und familienstruktureller Veränderungen die Zahl kleinerer Familien wächst, andererseits aber der weitaus größte Teil von behinderten bzw. pflegebedürftigen Menschen nach wie vor in der Familie betreut wird. So konzentriert sich die Arbeit auf immer weniger Menschen. Für sie waren somit entlastende Angebote zu finden. Die FED sollen im Wesentlichen Rahmenbedingungen schaffen, in denen behinderte bzw. pflegebedürftige Familienmitglieder so weit versorgt, betreut bzw. gefördert werden, dass ein Verbleiben im Familienverband möglich bzw. für alle Mitglieder zumutbar ist. Die Angehörigen sollen so entlastet werden, dass sie ihren eigenen individuellen Bedürfnissen in ausreichendem Maße nachkommen können. FED unterstützen daher die betreuenden Familienmitglieder bei ihren Aufgaben, wodurch Freiräume entstehen sollen: im alltäglichen Bereich zum Einkaufen oder Sich-pflegen, zur Entspannung bzw. Erholung, für die Pflege der Beziehung zum Ehepartner, zu Kindern, Verwandten, Nachbarn, Freunden und Bekannten, eventuell auch für eine berufliche Tätigkeit. Die Angebote sollen den betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen die üblichen, als *normal* geltenden Lebensbedingungen gewährleisten.

FED werden zum Teil von Sozialdiensten, Vereinen und Stiftungen angeboten. Sie sollen weniger ein festes Angebot machen als vielmehr flexibel an den Bedürfnissen der Behinderten und Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen orientiert sein. In den Familien wird zunächst über grundsätzliche Möglichkeiten und Angebote informiert und beraten. Die Familienmitglieder entscheiden dann, welche Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Darüber wird eine Vereinbarung getroffen (Art, Ort, Umfang, Personal). Ebenso wird durch den Fachdienst abgeklärt, wie die Finanzierung zu erfolgen hat. Möglich sind: Hilfen bei Betreuung und Pflege, Beratung und Begleitung in Angelegenheiten des täglichen Lebens, Hilfe bei der Organisation notwendiger Dienste Dritter (z.B. Fahrdienste), Beratung in sozialversicherungsrechtlichen Angelegenheiten (Pflegegeld, Heil- und Rehabilitationsmaßnahmen, Zuschüsse), Vermittlung von freiwilligen Helfer/innen zur Begleitung und Betreuung der betroffenen Familienmitglieder, von Gastfamilien, von Vereinen bzw. von als Integrationshelfer/innen vorgesehenen Vereinsmitgliedern usw., Vermittlung von Kurzzeitunterbringungen (z.B. bei Urlaubs- oder anderen Reisen der betreuenden Angehörigen), regelmäßige Information über Angebote innerhalb der Gemeinde (Kultur-, Sport- und andere Freizeitaktivitäten) und über Ausflugs- und Reisemöglichkeiten sowie deren Vermittlung und Betreuung. Sozialarbeiter/innen und Sozialpädagoge/innen haben dabei folgende Aufgaben: Information, Beratung und Organisation; Gewinnung, Anleitung und Betreuung von Freiwilligen, Zivildienstleistenden und Praktikant/innen; Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Schließlich ist es auch ihre Aufgabe, über die bestehenden Angebote hinaus konzeptionell tätig zu sein, um neue familientlastende Maßnahmen zu entwickeln und zu erproben. Besonders die Evaluation mit dem Ziel der Verbesserung der Organisation vorhandener Angebote gehört zu den vordringlichen Aufgaben der Fachkräfte.

Maßnahmen der FED können auch mit betreutem Wohnen kombiniert werden. Üblicherweise richtet sich das Angebot betreuten Wohnens an behinderte bzw. pflegebedürftige Personen, die nicht (mehr) mit der Familie zusammen in einem Haushalt leben wollen oder können. In solchen Fällen kann betreutes Wohnen eine Lösung sein. Dieses gibt es für Einzelne, Paare und Wohngemeinschaften. Die behinderten oder pflegebedürftigen Personen werden dann von professionellen Kräften im eigenen Wohnraum versorgt. Das kann durchaus eine

positive Auswirkung auf die Familie haben, indem so ein unbelasteter Umgang der Familienmitglieder miteinander möglich bleibt oder wird. Die sozialen Dienste sollten aber nicht nur betreutes Wohnen anbieten. Die Familie müsste auch so weit unterstützt werden, dass gute Beziehungen zwischen den dann getrennt wohnenden Familienmitgliedern aufrechterhalten bleiben.

Die Bedeutung der FED für die Familie wird außerdem dadurch unterstrichen, dass die Mitarbeiter/innen die Angehörigen ermutigen bzw. motivieren sollen, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, sich Freiräume zu erschließen und zu nutzen. Entsprechende Freizeitaktivitäten für Angehörige sollten allerdings nicht durch soziale Dienste angeboten werden. Ihre Aufgabe sehe ich allenfalls bei der Organisation, z.B. beim Aufbau und bei der Organisation von Selbsthilfegruppen.

Beispiel 3: Selbsthilfegruppen

Grundidee der Selbsthilfegruppen ist, dass sich Menschen mit ähnlichen Problemen zu gegenseitiger Beratung und Unterstützung zusammenschließen. Weit verbreitet sind z.B. Selbsthilfegruppen für Menschen mit Krankheiten und Behinderungen. Zunehmend entstehen aber auch Gruppen für Menschen mit anderen Problemen oder Anliegen. Generell will ich hier Entwicklung und Funktion der Selbsthilfegruppen nicht darstellen (siehe hierzu z.B. Moeller 1978; Wohlfahrt/Breitkopf 1995). Ich möchte als Beispiele für Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern modellhaft die Selbsthilfegruppen für Eltern behinderter Kinder und die in jüngster Zeit entstehenden Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige betrachten.

Die Mitglieder erfahren in solchen Gruppen – wie in anderen Selbsthilfegruppen auch – in erster Linie, dass sie mit ihrem Problem nicht allein sind. Aber sie können sich darüber hinaus vergewissern, dass es akzeptabel ist, auch an sich selbst zu denken. Schließlich können sie sich mit Rat und Tat gegenseitig helfen, z.B. hilfreiche Informationen austauschen oder wechselseitig ihre behinderten bzw. pflegebedürftigen Familienmitglieder betreuen. Sie können Fachleute zu Vorträgen einladen oder professionelle Dienste zu ihrer Entlastung organisieren. Die Erfahrung zeigt, dass im Laufe der Zeit ein umfassendes Expertenwissen in solchen Gruppen entsteht (Wohlfahrt/Breitkopf 1995).

Mitarbeiter/innen sozialer Dienste haben im Rahmen der Selbsthilfebewegung folgende Aufgaben: Sie sammeln Informationen über bestehende Gruppen, können also, z.B. in Kontakt- und Informationsstellen (KISS) oder Selbsthilfebüros, Interessierten den Weg zu geeigneten Gruppen weisen. Sie nehmen Daten von Interessierten auf und helfen beim Aufbau neuer Gruppen. Ferner helfen sie bei der Organisation oder durch Bereitstellung, Ausstattung und Finanzierung von Räumen für die regelmäßigen, meist wöchentlich stattfindenden Treffen. Schließlich können Fachkräfte zu Beginn einer neuen Gruppe oder sporadisch Gruppensitzungen begleiten (vor allem bei gruppendynamischen Problemen), können informieren, Vorträge organisieren oder halten. Manchmal bieten Träger solche Gruppen als begleitete oder angeleitete Gruppen an, z.B. für pflegende Angehörige. Wesentlich ist aber auch hier die schrittweise Ablösung der Gruppenmitglieder von den professionellen Kräften.

Auch die Öffentlichkeitsarbeit wird in der Selbsthilfegruppenbewegung zum Thema. Hier empfiehlt sich eine enge Zusammenarbeit zwischen den »Expert/innen in eigener Sache« in den Gruppen und den Professionellen bei den Kontaktstellen und Selbsthilfebüros. Öffent-

lichkeitsarbeit richtet sich nicht nur an Betroffene, sondern auch an alle Bürger/innen in einem Gemeinwesen, um sie über die Situation der Familien mit behinderten bzw. pflegebedürftigen Mitgliedern zu informieren, dadurch eventuell Vorurteile und Fehleinschätzungen zu korrigieren und insgesamt ein günstiges Unterstützungs- und Selbsthilfeklima zu schaffen (Wohlfahrt/Breitkopf 1995). Ein weiteres Ziel kann dabei sein, freiwillige Helfer/innen zu motivieren (die anschließend zu vermitteln wären) oder für integrative Veranstaltungen zu werben (bei deren Organisation dann zu helfen wäre). Hilfreich kann schon sein, wenn es durch Information zur Entstigmatisierung und damit eventuell zu mehr Integrationschancen kommt.

Die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit von Familien und Kontaktstellen oder Selbsthilfebüros ist auch unter politischen Gesichtspunkten von Bedeutung. Sie kann als Sprachrohr gesehen werden, mit dem Familien öffentlich Gehör verschafft wird, sodass ihre Forderungen nicht mehr so leicht übergangen werden wie etwa die Klagen und Wünsche Einzelner. Indem ihre Interessen, Bedürfnisse und Forderungen zur öffentlichen Angelegenheit gemacht werden, entsteht eventuell im politischen Raum Druck, und es werden Maßnahmen ergriffen, die zu einer Entlastung führen.

Schmidt (1993) beschreibt eine Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige, die zwar als angeleitete Gruppe angeboten wurde, aber im Sinne einer Selbsthilfegruppe arbeitet. Durch Kontakt, Austausch und gegenseitige Unterstützung sollen die Selbsthilfekräfte der pflegenden Angehörigen gestärkt werden. An erster Stelle erwähnt Schmidt, die Gruppentreffen seien »für die pflegenden Angehörigen Zeit, die sie für sich nehmen« (S. 66). Dadurch verschaffen sie sich Entlastung und Distanz. Außerdem erhalten die Mitglieder nützliche Informationen. Ferner werden Ideen für die Organisation der Pflege und zur Entlastung durch professionelle Dienste entwickelt. Das Angebot des Trägers besteht zum einen aus der Bereitstellung eines Raumes und der Organisation der wöchentlichen Treffen. Der Sozialdienst hilft zum anderen bei der Vermittlung von Personen an einzelne Gruppenmitglieder oder an die Gruppe, organisiert in Absprache mit den Gruppenmitgliedern Vorträge von Fachkräften und gestaltet die Öffentlichkeitsarbeit. Eine Sozialarbeiterin aus dem Sozialdienst hat eine Leitungsrolle in der Gruppe. Sie ist wichtig, um die Kontinuität zu sichern, wenn einzelne Mitglieder nur sporadisch kommen können oder wenn neue hinzukommen, aber auch, um bei gruppendynamischen Problemen zu helfen. Zudem sorgt sie für die Themenarbeit und übernimmt die Moderation. Sie ist verantwortlich für den Gruppenprozess. Diese Leitungsrolle erfordert an fachlichen Qualifikationen Kompetenz auf psychologisch-beraterischem Gebiet, in Bezug auf systemische Arbeit und bei gerontologischen Fragen. Wichtig ist ferner der Überblick über das gesamte Spektrum der relevanten Angebote vor Ort, damit auf Integrationshilfen und familienentlastende Dienste hingewiesen werden kann, sodass diese auch in Anspruch genommen werden.

Es ist im Übrigen manches intensive und einfühlsame Gespräch mit Angehörigen zu führen, bis die Nutzung von Angeboten zur Entlastung der Familien eine Selbstverständlichkeit wird. Eine Mutter eines geistig behinderten Kindes beschreibt ihre Freude über die Angebote zur Freizeitgestaltung für ihr Kind, die sie gerne annimmt, obwohl solche Veranstaltungen für die Eltern immer mit zusätzlichen Fahrten verbunden seien (Kasiske 1996). Sie betont, den vom gleichen Träger angebotenen Fahrdienst wolle sie jedoch nicht in Anspruch nehmen, um den Sozialdienst »nicht damit zu belasten« (S. 316). An dieser Haltung ist zu sehen, unter welchen Bedingungen Angebote statt zu einer Hilfe für die Familie eher zu zusätzlichem Aufwand für die Angehörigen werden. Das ist besonders bedauerlich, wenn man bedenkt,

dass behinderte Kinder, wenn ihre Betreuung nicht zu Überlastungseffekten führt, sehr positive Auswirkungen auf das Familienleben haben können. Darauf weist Textor (1993) hin: »Die gemeinsame Betreuung eines behinderten Kindes kann jedoch auch *die Ehe der Eltern stärken*, eine Intensivierung der Kommunikation hervorrufen sowie eine Zunahme an Liebe, Zärtlichkeit, Geduld, gegenseitiger Rücksichtnahme, Verständnis, Bescheidenheit und Demut bewirken. Viele Eltern werden sich mehr und mehr der *positiven Seiten behinderter Kinder* bewusst – wie beispielsweise ihrer unmittelbaren Herzlichkeit, ihres Vertrauens, ihres unbeschwertem Spiels sowie der Ganzheit und Eindeutigkeit ihrer Gefühle. Sie freuen sich über jeden Entwicklungsfortschritt« (S. 229). Ich möchte nur hinzufügen, dass dies vor allem dann sein *kann*, wenn familienunterstützende Maßnahmen genutzt werden.

Literatur

- Biermann, B./Bock-Rosenthal, E./Doehleemann, M./Grohall, K.-H./Kühn, D. (Hrsg.): Soziologie. Neuwied: Luchterhand 1994
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Ratgeber für Behinderte. Bonn: Selbstverlag 1995
- Cloerges, G.: Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Winter 1997
- Goffman, E.: Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1981
- Jansen, G.W.: Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Neuburgweier: Schindele 1974
- Kasiske, B.: »Nicht die Defizite, die Stärken sehen«. Blätter der Wohlfahrtspflege 1996, 143, S. 315–316
- König, R. (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung, Band II. Stuttgart: Enke 1969
- Moeller, M.L.: Selbsthilfegruppen. Reinbek: Rowohlt 1978
- Mühlum, A./Oppl, H. (Hrsg.): Handbuch der Rehabilitation. Neuwied: Luchterhand 1992
- Reichelt, M.: Die verletzte Seele. München: Heyne 1992
- Römmele, E.-M.: Möglichkeiten des Normalisierungsprinzips zur Entstigmatisierung und Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Heidelberg: Fachhochschule Heidelberg 1997
- Schmidt, M.: Die Selbsthilfegruppen stärken. Blätter der Wohlfahrtspflege 1993, 140, S. 66–68
- Spitz, R.: Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett 1959
- Textor, M.R.: Familien: Soziologie, Psychologie. Freiburg: Lambertus 1993
- Textor, M.R.: Drei Hilfsangebote für Familien im Vergleich. Soziale Arbeit 1994, 43, S. 201–206
- Theunissen, G.: Verbundsysteme und Regionalkonferenzen sind notwendig. Blätter der Wohlfahrtspflege 1996, 143, S. 317–319
- Wohlfahrt, N./Breitkopf, H.: Selbsthilfegruppen und soziale Arbeit. Freiburg: Lambertus 1995
- Wössner, J.: Soziologie. Wien: Böhlau Nachf. 1979

Autor/innen

Arenz-Greiving, Ingrid, Dipl.-Sozialpädagogin, Dialog, Dülmen

Biegel, David E., Prof. Dr., Case Western Reserve University/Cuyahoga County Community Mental Health Research Institute, Cleveland

Gaitanides, Stefan, Prof. Dr., Fachhochschule Frankfurt/Main

Greese, Dieter, Jugendamt der Stadt Essen

Güthoff, Friedhelm, Deutscher Kinderschutzbund Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V., Wuppertal

Horn, Wiebke, Dipl.-Päd., Universität Bielefeld

Layer, Hans, Prof. Dr., Fachhochschule Heidelberg

Oeschlägel, Dieter, Prof. Dr., Gerhard-Mercator-Universität – Gesamthochschule – Duisburg

Textor, Martin R., Dr., Staatsinstitut für Frühpädagogik, München