

Kinder von drogenabhängigen Eltern

Autor(en): **Berke, Sylvia / Schneider, Annerose**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **DrogenMagazin : Zeitschrift für Suchtfragen**

Band (Jahr): **20 (1994)**

Heft 5

PDF erstellt am: **20.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-801231>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Kinder von drogenabhängigen Eltern

Kinder drogenabhängiger Eltern leben zumeist unter erschwerten Umständen. Trotzdem wird diese Tatsache in der Suchthilfe kaum beachtet. Eine Tagung der schweizerischen Kinderschutzgruppen machte dies deutlich.

VON SYLVIA BERKE,
ANNEROSE SCHNEIDER

Im Rahmen unserer Arbeit haben wir uns mit dem Thema zum ersten Mal näher befasst und sind in unserer eigenen Einrichtung auf deutliche Beobachtungs- und Wahrnehmungslücken gestossen, was die Anzahl, die Versorgungssituation und eventuelle Belastung und Gefährdung dieser Kinder betrifft. Zum einen fanden wir viel mehr Kinder als vermutet: bei einer Gesamtzahl von ca. 523¹ betreuten drogenabhängigen KlientInnen gab es 66 Kinder; von diesen waren 16 Kinder in den Behandlungskontakt miteinbezogen, zu 26 Kindern bestand loser Kontakt und 24 Kinder waren gar nicht bekannt. Zum anderen konnten wir nur bei dem kleinen Teil der uns besser bekannten Kinder eine halbwegs brauchbare Einschätzung ihrer Versorgungssituation geben und hatten über den grösseren Teil der Kinder, ihre Situation und ihre mögliche Anbindung an andere professionelle Stellen, nur peinliche Unkenntnis vorzuweisen.

Bei der Durchsicht der Literatur² wurde deutlich, dass wir dieses Wahrneh-

mungsdefizit scheinbar mit anderen Institutionen teilen. Gleichzeitig fiel uns auf, dass nicht nur die Kinder von KonsumentInnen illegaler Drogen betroffen sind, sondern dass dieses Phänomen in gleicher Weise an vielen Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige zu beobachten ist. Man kann schlussfolgern, dass dieser Vorgang mit der Suchtdynamik an sich in Zusammenhang steht, die durch grosse Virulenz der Abläufe, häufig durch drängende Not- und Drucksituationen und schliesslich durch ein hohes Mass an Tabuisierung gekennzeichnet ist.

Wenn man davon ausgeht, dass Kinder von Suchtkranken, wie in der Literatur an verschiedenen Stellen beschrieben wird,³ ein deutlich höheres Risiko haben, später selbst abhängig zu werden, Ess- oder andere Störungen zu entwickeln oder einen abhängigen Partner zu wählen, wird der Bedarf und die Notwendigkeit ersichtlich, Sensibilisierungsarbeit zu leisten. Man kann annehmen, dass auch in Institutionen, die mit Kindern in Kontakt sind (zum Beispiel Kindergarten, Schule, Erziehungsberatung, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) ein «Sucht-Wahrnehmungsdefizit» besteht, das heisst, dass kein ursächlicher Zusammenhang mit der Herkunft eines Kindes aus einer Suchtfamilie gesehen wird⁴. Sensibilisierung ist angezeigt, zum einen um den Kindern und ihren Familien in ihrer konkreten Lebenssituation Unterstützung zu ermöglichen und zum anderen, um mögliche «Suchttraditionen» erkennen und durchbrechen zu können und damit präventiv/prophylaktisch zu handeln.

Wir wollen in dem vorliegenden Artikel zunächst Risikokriterien zur Differenzierung der Lebenssituation von drogenabhängigen Eltern beschreiben und werden anschliessend auf die Beziehungsgestaltung zwischen Mutter und Kind in der Phase von Schwanger-

schaft, Geburt und Wochenbett eingehen.

Nach der kurzen Beschreibung der «Familie mit einem Drogenproblem» wird ein grosser Teil der Arbeit dem «Kind in der drogenabhängigen Familie» gewidmet. Den Abschluss bilden unsere persönlichen Schlussfolgerungen.

Risikokriterien in einer Familie mit Drogenproblemen

Um das mögliche Belastungs- und Gefährdungspotential der Kinder überhaupt einschätzen zu können, muss man die Lebenssituation ihrer Eltern differenziert betrachten. Hilfreich kann dabei die Benützung folgender Parameter sein:

Wie sieht das Muster des elterlichen Drogengebrauchs aus?

- sind beide Elternteile drogenabhängig?
- gibt es einen drogenfreien Elternteil?
- ist der Elternteil oder sind die Eltern substituiert?

Wie ist die Wohnsituation?

Wie sieht die Versorgung der grundlegenden Lebensbedürfnisse aus?

- äusserliche Versorgung (z.B. Kindergarten, Schule, Essen, Hygiene)

Werden die emotionalen Bedürfnisse der Kinder adäquat befriedigt?

- z.B. übernehmen Kinder elterliche Verantwortung?

Wie weit werden die Kinder in das Suchtgeschehen / Drogenbeschaffung miteinbezogen?

Werden die Kinder Gesundheitsrisiken ausgesetzt?

Gibt es HIV-Infektion in der Familie? Wie gestaltet sich der soziale Familienzusammenhalt und das Hilfssystem?

- z.B. sind Verwandte in die Versorgung und Erziehung der Kinder miteinbezogen⁵

So unterschiedlich, wie sich die Lebenssituation einer Drogenfamilie gestaltet, genauso unterschiedlich kann auch die Versorgungssituation des Kindes aussehen. Van Soer und Stratenwerth berichten dazu, dass z.B. in den Niederlanden mit den dort vorhandenen Hilfsangeboten ca. ein Drittel der Familien ihre Kinder sehr gut versorgt, ein Drittel mit Unterstützung akzeptabel, nur ein Drittel versorgt die Kinder defizitär⁶

Die Beziehungsgestaltung in der Phase von Schwangerschaft/Geburt und Wochenbett

In verschiedenen Publikationen werden die Besonderheiten in der Beziehung einer drogenabhängigen Mutter zu ihrem Kind während der Schwangerschaft, in der Zeit um die Geburt und während der Phase nach der Geburt beschrieben.⁷ Drogenabhängige Frauen haben meist nur wenig Zeit, sich auf das Kind einzustellen und sich auf die Geburt vorzubereiten. Wegen ihres oft unregelmässigen Zyklus und einer häufig reduzierten Fruchtbarkeit sind drogenabhängige Frauen überrascht und schockiert, wenn sie ihre Schwangerschaft feststellen, was häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Fall ist. Die für andere schwangere Frauen hilfreichen Vorbereitungsmaßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen, Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik fallen für sie in der Regel weg. Andererseits können drogenabhängige Frauen in einer Schwangerschaft die Chance sehen, aus dem Drogenleben auszusteigen und ein ganz normales Leben zu führen. Hier besteht die Gefahr, dass das Kind bereits von

früh an mit Heilserwartungen überfrachtet wird.

Ein weiteres Hindernis auf dem Weg zu einer erfolgreichen Beziehungsaufnahme zwischen Mutter und Kind ist, dass die Reaktionen aus dem Umfeld zu meist nicht freudig und ermutigend ausfallen, wenn eine drogenabhängige Frau ihre Schwangerschaft bekannt gibt. Dies kann ihre sowieso vorhandenen Schuldgefühle und Selbstzweifel bezüglich ihrer Fähigkeit, je eine gute Mutter zu werden, bestärken. Zweifel und Schuldgefühle werden oft durch die Tatsache genährt, dass die Drogenabhängige in Unkenntnis über ihre bestehende Schwangerschaft während der ersten Schwangerschaftsmonate keinerlei gesundheitlichen Rücksichten auf das Kind genommen und weiter Drogen konsumiert hatte. Zudem leben drogenabhängige Frauen oft in schwierigen sozialen Bedingungen, was die materielle Absicherung, die Wohnverhältnisse, die Unterstützung durch einen Partner angeht. Viele haben zumindest bis dahin einen ungesunden und chaotischen Lebensstil gehabt. Dass diese Frauen verunsicherbarer sind als andere Frauen, ob sie wirklich gut für das Kind sorgen können, ist nachvollziehbar. Gleichzeitig geht die schwangere Drogenabhängige das Risiko ein, dass mit der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft die staatlichen Kontrollen einsetzen. Da ihr als süchtiger Frau oft nicht zugetraut wird, für ihr Kind adäquat zur Verfügung zu stehen und Verantwortung zu übernehmen, lebt sie mit der ganz realen Gefahr der Wegnahme ihres Kindes.

Auch in der Geburts- und Nachgeburtphase zeigen sich Erschwernisse im Aufbau einer positiven Mutter-Kind-Beziehung. Das Kind erleidet oft zuerst einmal einen Drogenentzug, wird gleich nach der Geburt von der Mutter getrennt und oft über Wochen im Kinderhospital hospitalisiert. Diese medizini-

sche Notwendigkeit verzögert oder behindert bei den Müttern, die ja schon im Zusammenhang mit ihrer Abhängigkeit oft Probleme mit Beziehungen haben, das Kennenlernen und Erfahren ihres Kindes. Das Kind verliert für die Mutter an Realität. Während des Entzuges kann das Kind nervös, unruhig und gestresst sein. Dies wiederum interpretiert die Mutter oft als Folge ihres eigenen Versagens und ihrer eigenen Unfähigkeit. Selbstzweifel und Schuldgefühle, die sie schon während der Schwangerschaft aufbaute, erlebt sie durch die besondere Situation während und nach der Geburt als bestätigt. Eine gesunde, normale Beziehung zum Kind aufzubauen ist erschwert. In dieser Phase kann eine unterstützende, aufklärende, hoffnungsvolle und einfühlsame Haltung auf der Seite der Klinik und des sozialen Umfelds sehr dazu beitragen, das Selbstwertgefühl einer Frau zu stärken und das Entstehen einer Bindung zwischen Mutter und Kind zu fördern. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Entwicklung von Bindung und Nähe zwischen Mutter und Kind ist das Stillen. Hierzu ist zu erwähnen, dass drogenabhängigen und substituierten Müttern immer noch/bzw. immer wieder vom Stillen abgeraten wird, obwohl dies unter einer Dosierung von 80 mg Methadon empfohlen werden kann⁸.

Besonderheiten einer Familie mit einem Drogenproblem

Wegen der Kriminalisierung der Sucht und der hohen gesellschaftlichen Ächtung leben Familien mit einem Drogenproblem häufig isoliert. Der Kontakt beschränkt sich oft auf die engeren Verwandten und auf andere Abhängige. Zu «normalen» jungen Familien gibt es wenig Verbindung und damit auch nicht die Möglichkeit zu gegenseitigem Erfahrungsaustausch und wechselseiti-



gen Hilfen. Eltern (oder der alleinerziehende Elternteil) und ihre Kinder haben ein Geheimnis zu wahren und fürchten, bei Bekanntwerden des Problems durch Eingriffe von aussen auseinandergerissen zu werden.

Die Isolation setzt sich bei den Kindern fort, die oft nicht einfach auf Gleichaltrige zugehen und Freunde mit nach Hause nehmen können.

Zusätzlich zum Suchtproblem werden Familien oder Alleinerziehende mit einem Drogenproblem in der Regel von allen üblichen Problemen anderer Randgruppen ebenfalls belastet wie:

Arbeitslosigkeit, Schulden, Fürsorgeabhängigkeit, schlechte Wohnverhältnisse. Sie haben begrenzte Möglichkeiten von Entlastung (Tagesmutter, Haushaltshilfe) und kaum Zugang zu gesellschaftlich anerkannten Ausgleichsmöglichkeiten wie Freizeit oder Ferien.

Das Kind in der «drogenabhängigen Familie»

Kinder von Suchtkranken erleben häufig eine Atmosphäre von Instabilität,

Unsicherheit und Unzuverlässigkeit. Sie sind in erhöhtem Mass von Beziehungsabbrüchen und Beziehungsverlusten durch Trennung der Eltern, Wegnahme der Kinder, Krankheit und Tod der Eltern oder des Elternteils betroffen. Hinzu können Erfahrungen von massiver Aggression, Verwahrlosung, emotionaler und sexueller Grenzüberschreitungen bis hin zu physischer Lebensbedrohung kommen.

Van Soer und Stratenwerth⁹ sind der Meinung, dass körperliche Gewalt und sexuelle Übergriffe in Familien mit Abhängigen von illegalen Drogen we-

niger ausgeprägt sind als in Familien mit einem Alkoholproblem, wohingegen in Drogenfamilien die Übersättigung mit Liebe¹⁰ eher zum Problem wird.

Kinder von Drogenabhängigen müssen Versprechen, die nicht eingehalten werden, Bedrohungen, Streit, unmotivierte Stimmungsumschwünge und inkonsequentes Verhalten bewältigen. Sie erleben die Zyklen der Sucht unmittelbar mit und sind von den verschiedenen, teilweise extremen körperlichen Zuständen der Eltern direkt betroffen. Sie erleben Reizbarkeit, Unruhe und körperlich schlechte Verfassung während des Entzugs und die für sie nicht einordenbare emotionale Abwesenheit der Eltern nach dem Konsum. Sie sind ebenfalls involviert in die Behandlungsverläufe der Eltern und damit auch dem Wechselbad von Enttäuschung und Hoffnung ausgesetzt.

Gunther Schmidt beschreibt, dass sich bei Kindern aus Suchtfamilien unter dem Gesamteindruck der oben beschriebenen Verhältnisse folgende innere Leitsätze herausbilden und im Verhalten niederschlagen können:

1. Kontrolliere deine Gefühle und verleugne am besten auch alle die Gefühle, die als Wunsch an andere interpretiert werden können oder die die eigene emotionale Verletzlichkeit und Schwäche zeigen können.

2. Die Bedürfnisse der anderen in einer solchen Notsituation in der Familie sind wichtiger als die eigenen.

3. Man darf sich deshalb nicht abgrenzen und die Verantwortung bei den anderen belassen. Würde man dies tun, wäre man hartherzig und würde sich an anderen schuldig machen.

4. Es gibt nur ein entweder – oder in Beziehungen. Entweder übernimmt man Verantwortung, aber dann ist man letztlich für alles verantwortlich, oder man tut dies nicht, aber dann führt dies letztlich dazu, dass man sich ganz unverantwortlich verhält.

5. Wenn man sich auf Nähe einlässt, dann muss man aber auch ganz für den Anderen da sein (bis zur Selbstaufgabe, wie man es bei den Eltern gesehen hat).

6. Einerseits sollte man sehr erfolgreich und selbständig sein, um in solchen schwierigen Notsituationen der Familie weitere Belastung zu ersparen, man könnte so sogar etwas tun, was sie aufwertet. Andererseits darf man all das, was für eine erfolgreiche Entwicklung notwendig ist, in der Familie nur begrenzt leben, da es zuviel energische Abgrenzung und Orientierung an Selbstverantwortlichkeit mit sich bringen könnte. Wenn man wirklich erfolgreich ist und es einem selbst ganz gut geht, muss man dafür eher Schuldgefühle haben, denn

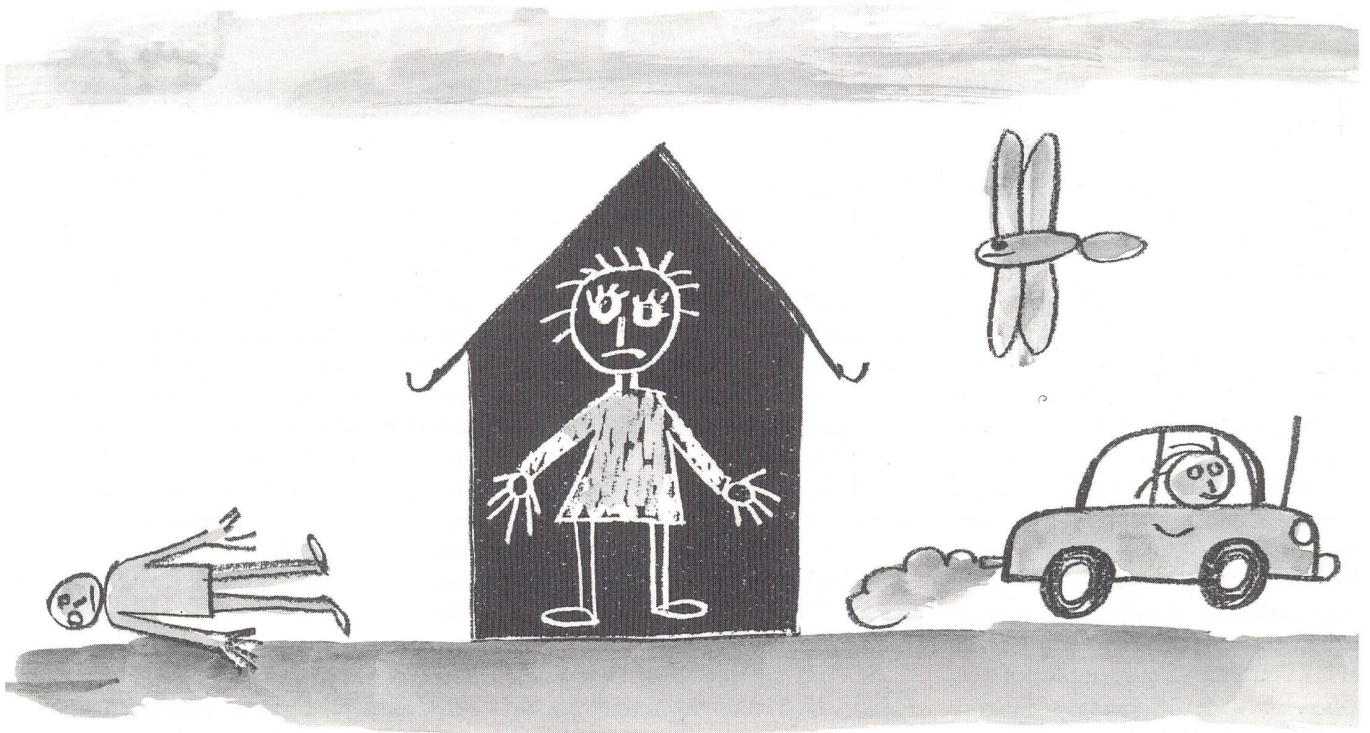
wichtigen Bezugspersonen geht es ja eher schlecht. Dass es einem gut geht, muss dann so interpretiert werden, dass man wohl nicht genug Anteilnahme gezeigt hat und sich schon zu sehr distanziert hat.

7. Eigene Bedürfnisse dürfen, wenn überhaupt, nur über den Umweg geäußert werden, dass sie als die Bedürfnisse anderer interpretiert werden.

8. Konflikte, auch mit den eigenen zukünftigen Partnern, dürfen nicht direkt geklärt werden, denn dies könnte zu die Beziehung zerstörenden Auswirkungen führen. Man muss deshalb sowohl Konflikte als auch Nähe und Distanz über die Einschaltung von Drittphänomenen, entweder anderen Menschen oder z.B. Symptomen, regulieren.

9. Man ist entweder ganz stark, aber dann muss man auch alle Verantwortung übernehmen, oder man ist ganz schwach, dann hat man aber auch keine Verantwortung.¹¹

Das in der Literatur beschriebene Spektrum von Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei diesen Kindern ist breit und undifferenziert, es reicht von Stottern und Bettnässen bis zu Schul-schwierigkeiten. Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten sowie Erziehungsberatungsstellen empfehlen



wir¹², bei allen von ihnen aufgesuchten Kindern immer auch an die Möglichkeit der Herkunft aus einer Suchtfamilie zu denken.

Wir stellen fest, dass es nicht das typische Kind drogenabhängiger Eltern gibt, dass aber typische Verhaltensmuster beobachtbar sind, die sich einspielen und das Kind in seiner Entwicklung, Vitalität und in seinen Möglichkeiten einschränken können. Diese Rollen sind in der Regel so stark internalisiert, dass die Kinder sie auch in einem anderen Kontext als dem der Familie beibehalten, also zum Beispiel im Kindergarten, auf dem Spielplatz und in der Schule.

Es erscheint uns wichtig, diese typischen Rollenmuster zu erwähnen, denn möglicherweise sind sie eben in Kindergarten oder Schule oder wo auch immer hilfreiche Modelle, die die Aufmerksamkeit für die so belasteten Kinder schärfen helfen.

Schmidt differenziert die Rollen gestützt auf Wegscheider¹³

- Held/Heldin
- Sündenbock
- Träumer/Träumerin
- Clown

Held, Heldin:

Das Verhalten des Helden, bzw. der Heldin ist gekennzeichnet durch das Übernehmen einer übermässigen Verantwortung für die Geschwister und die Eltern und durch den Versuch, allen Anforderungen und Ansprüchen gerecht zu werden, zu helfen und sich anzupassen. Sie übernehmen quasi elterliche Funktionen. Für ihr Verhalten bekommen sie viel Anerkennung, was sie in ihrer Rolle noch bestärkt. Jede eigene Bedürfnisäusserung aber wird vermieden. Die eigenen Probleme sowie Gefühle von Überforderung oder «zu kurz zu kommen» sowie Schuldgefühle, die Eltern doch nicht retten zu können, werden verdeckt und vermie-

den, um das Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kindern nicht zu gefährden.

Sündenbock:

Die Sündenbockrolle ist gekennzeichnet durch das ständige Bemühen, negative Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Es kommt zu Verhaltensauffälligkeiten wie Schulschwänzen, aggressivem Verhalten usw. Das Kind trägt mit der Übernahme der Rolle des Übeltäters dazu bei, die Abhängigkeitsproblematik der Eltern in den Hintergrund zu drängen, indem es versucht, abzulenken und andere Probleme innerhalb der Familie zu schaffen.

Träumer/Träumerin:

Träumer und Träumerin perfektionieren für sich eine andere Form der Problemabwehr. Sie ziehen sich in sich zurück, werden anscheinend problemlos und pflegeleicht. Sie spielen und

beschäftigen sich meist mit sich selbst, sind Einzelgänger und schaffen sich eine schöne, gute Traumwelt. Sie lassen sich auf diese Weise zwar vordergründig von den familiären Problemen nicht zu stark behelligen und werden von den Eltern auch gemocht, jedoch auf Kosten der Entwicklung sozialer Fähigkeiten und um den Preis grosser Verdrängungsarbeit. Diese scheinbar wunschlos glücklichen Kinder tragen auf ihre Weise ebenfalls viel zum Erhalt der Familiendynamik bei, weil sie den Eltern das Gefühl vermitteln, es sei ja alles gar nicht so schlimm. Dilger¹⁴ berichtet, dass diese Kinder später häufiger durch Essstörungen, Asthma und Unfälle auffallen.

Clown:

Die Clown-Rolle ist gekennzeichnet durch Hyperaktivität und den ständigen Versuch, durch Spässe und Witze die Stimmung zu heben und dadurch Span-





nungen zu mildern oder ganz zu vermeiden. Dieses Kind lernt es, Probleme und Konflikte zu umgehen, statt sich aktiv mit ihnen auseinanderzusetzen. Dieses Kind ist oft recht beliebt, wird als süß eingestuft, aber oft nicht ernst genommen. Die Angst und Unsicherheit hinter der lustigen Maske wird so nicht wahrgenommen. Durch seine Versuche, Stimmungen und Spannungen in der Familie zu verbessern, wirkt auch dieses Kind erhaltend für das Familiengleichgewicht.

Allen Rollen ist gemeinsam, dass die Kinder suchtkranker Klienten und Klientinnen ihre eigenen Bedürfnisse gegenüber denen der Eltern hintanstellen. Sie nehmen ihre eigenen Bedürfnisse gar nicht wahr, können sie nicht artikulieren und nicht mehr von den Bedürfnissen der Anderen unterscheiden. Diese Struktur ist häufig Grundlage für die spätere eigene Abhängigkeitsproblematik und/oder für die Wahl eines abhängigen Partners.

Schlussfolgerungen

Kinder drogenabhängiger Eltern leben zumeist unter erschwerten Umständen. Man muss davon ausgehen, dass die Kinder durch die Sucht der Eltern mehr oder weniger stark mitbelastet werden. Da Suchtkranke häufig sogar in den Beratungsstellen nicht in ihrer Eigenschaft als Eltern wahrgenommen werden und ihre Kinder in der Auseinandersetzung mit der Sucht vielfach vergessen werden, besteht zuallererst und vorrangig ein Bedarf an Sensibilisierung aller Institutionen, die mit diesen Familien arbeiten oder zu denen die Kinder Kontakt haben. Einen Beitrag zu dieser notwendigen Sensibilisierungsarbeit sollte der vorliegende Bericht bieten. Nach Sichtung der unten angegebenen Literatur kamen wir zu dem Ergebnis, dass ein grosser Nachholbedarf an Forschungsarbeit besteht. Systemische Familientherapeuten haben hier einen Anfang gemacht, tiefenpsy-

chologische Arbeiten fehlen noch. Neben der Grundlagenforschung mangelt es auch an differenzierten Behandlungsansätzen für bereits belastete oder auffällige Kinder aus Suchtfamilien. Präzise Analysen der Lebenssituation von Familien mit einem Drogenproblem, aus denen dann der Bedarf an Hilfsangeboten ermittelt werden könnte, fehlen unseres Erachtens ebenfalls. Ausnahme ist hier die «Amsel»-Studie der Projektgruppe Rauschmittelfragen 1991¹⁵

Ziel und Zweck von Forschung und umfassender Sensibilisierung ist die Ermittlung des Bedarfs an Unterstützung und Hilfsangeboten, die betroffene Familien und ihre Kinder benötigen. Wie oben beschrieben, kann dies von Kind zu Kind und von Familie zu Familie sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Von unserer Grundhaltung her sollte dabei der Familienerhalt Vorrang haben. Dies ist unserer Meinung nach auch Voraussetzung, um mit den drogenabhängigen Eltern überhaupt eine

vertrauensvolle Zusammenarbeit herstellen zu können und sie und die Kinder damit den jeweils notwendigen Hilfsangeboten zuführen zu können. Drogenabhängige Eltern oder Alleinerziehende benötigen auf den verschiedensten Ebenen Unterstützung, um ihre Verantwortung gegenüber den Kindern wahrnehmen und ihr Leben zusammen mit den Kindern meistern zu können. Abgesehen von Methadonabgabe an die Eltern und suchttherapeutischen Angeboten benötigen die Familien oft auch ganz konkrete Hilfen bei der Bewältigung des Alltags mit Kindern. Dies kann von Kursen in Haushaltsführung und Säuglingspflege bis hin zur Vermittlung in Krippen, Kindergärten und zu Tagesmüttern gehen. Es kann auch die Mitarbeit durch eine Familienhilfe bedeuten oder die Vermittlung von kindgerechtem Wohnraum und Sicherung der materiellen Existenz. Die bereits bestehenden sozialen Einrich-

tungen wie Tagesmütterverein, Familienhilfesystem, Gemeinden und Sozialberatungsstellen sind nach unserer Erfahrung hierbei noch ungenügend eingestellt auf die spezielle Problematik von Drogenfamilien. Ein besonderer Problembereich ist übrigens der der stationären Therapie. In der Schweiz gibt es bis jetzt zu wenige drogenspezifische stationäre Therapieeinrichtungen, die Kinder mitaufnehmen. Die wenigen Institutionen, die darauf eingerichtet sind, nehmen zudem oft nur einen Elternteil mit Kind auf. Eine Ausnahme sind hier christliche Wohngemeinschaften, die aber wegen der starken religiösen Ausrichtung von viele unserer Klienten und KlientInnen abgelehnt werden.

*Sylva Berke, Sucht und
Aids-Beratung (SAB) Liestal
Annerose Schneider, Sucht und
Aids-Beratung (SAB) Reinach*

Ausführliche Literaturliste bei den Autorinnen.

- 1 Zahl im November 1993.
- 2 siehe Anhang Literaturliste.
- 3 Arenz-Greiving Ingrid, Was kann für Kinder von Suchtkranken getan werden?, S. 29-57.
- 4 Arenz-Greiving Ingrid und Huck Wilfried, Das Kind als Symptomträger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 137-148.
- 5 Palette, Drogen, Schwangerschaft und das Neugeborene, S. 36-38
- 6 Van Soer Josh und Stratenwerth Irene, Süchtig geboren, S. 135.
- 7 Van Soer Josh und Stratenwerth Irene, Süchtig geboren, S. 181-198; Palette, Drogen, Schwangerschaft und das Neugeborene, S. 14-29 FDR-Bericht, Frauen und Kinder im Suchtbereich, S. 14-16.
- 8 Palette, Drogen, Schwangerschaft und das Neugeborene, S. 29.
- 9 Van Soer Josh und Stratenwerth Irene, Süchtig geboren, S. 106.
- 10 Van Soer Josh und Stratenwerth Irene, Süchtig geboren, S. 106.
- 11 Schmidt Gunther, Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten, S. 47.
- 12 Die Autorinnen S. Berke und A. Schneider.
- 13 Schmidt Gunther, Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten, S. 48.
- 14 Dilger Helga, Der vergessene Rest: Kinder von Suchtkranken, S. 4.
- 15 Lind-Krämer Renate und Timper-Nittel Angela, Drogenabhängige Frauen, S. 249-251.

Stiftung Institut für Sozialtherapie

Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie

**20. Oktober 1994, 10.00 bis 17.00 Uhr
Schloss Lenzburg, 5600 Lenzburg**

Aus Anlass des 10-jährigen Bestehens der Stiftung Institut für Sozialtherapie laden wir Sie zur Fachtagung «Vernetzung von Forschung und Praxis in der Suchttherapie» ein. Die Folgenden Themen werden in Referaten und Diskussionen erörtert:

- Relevanz der Therapieforchung für die Praxis
- Kooperation von Forschung und Praxis
- Weiterentwicklung der Suchttherapie und Forschung

Referentinnen und Referenten:

- Prof. Dr. Hilarion Petzold, Begründer der Integrativen Therapie, wissenschaftlicher Leiter des Fritz Perls Institut, BRD
- Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Zürich
- Dr. Dagmar Zimmer Höfler, Oberärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Zürich
- Urs Mühle, Fachstelle für Sozialarbeit im Gesundheitswesen, Projektleiter REHA 2000
- André Stucki, M.A., Therapieleitung Stiftung Institut für Sozialtherapie
- Sowie weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Praxisfeld.

Ziel der Tagung ist es, einen Beitrag zum vermehrten Dialog zwischen Praxis und Forschung zu leisten, aufzuzeigen, wo und wie die Forschung und die Praxis zu einer partnerschaftlichen und fruchtbaren Zusammenarbeit finden können.

Weitere Auskünfte und Anmeldungen:

Institut für Sozialtherapie, Frau Anita Dodd, CH-5704 Egliswil, Tel.: 064 / 55 33 44