

Tagungsergebnisse

Kinder in suchtbelasteten Familien

Graz, 16.10.2007

Ergebnisse

- Bedarf an Weiterbildungsangeboten für Kindergartenpädagoginnen und Lehrpersonen, da mit entsprechendem Know how Unterstützung für betroffene Kinder – eingebettet in den pädagogischen Alltag – passieren kann.
- Nutzung bestehender Strukturen zur Installierung von Unterstützungsangeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien in Kooperation mit entsprechenden Institutionen und Organisationen (z.B. Freizeitangebote in Kindergärten oder Schulen). Die Angebote sollten in Kooperation mit der Jugendwohlfahrt und den Beratungseinrichtungen geplant und organisiert sein.

Checkliste: wie gehe ich als Familienhelferin, Sozialarbeiterin etc. wann, wo vor? Genaue und strukturierte Aufgabenbeschreibung für den Anlassfall.

- Bedarf an regionalen Beratungsangeboten bzw. Beratungsstellen.
- Mobile Weiterbildungsangebote auch für die entlegene Beratungsstellen, Einrichtungen und Ämter.
- Bedarf an Supervisionsangeboten und Helfer/innenkonferenzen sowie an gut organisiertem Austausch in Form regelmäßig stattfindender Besprechungen. Bedarf an Prozesscoaching und Beratung für die Helfer/innen sowie an Coaching in Form von Moderationen bei Gesprächen mit Suchtklient/innen
- Gute Vernetzung in der Region und Zusammenarbeit mit Partner/innen wird gefordert.
- Wunsch nach mehr Wissen in den Themenbereichen Suchterkrankungen, Familiensysteme und Unterstützung für betroffene Kinder. Curriculum für Aus- und Weiterbildungen für einzelne Berufsgruppen ist dafür erforderlich.
- Wunsch nach transparenten, klaren Auftragsbeschreibung für die jeweilige Berufsgruppe sowie konkrete Zielvereinbarungen. Klare Kooperationsvereinbarungen für alle Berufsgruppen und Abklärung über die Zuständigkeit.
- Durchführung von Encare-Gruppen für Kinder unterschiedlicher Altersgruppen (nach dem Rainbows-Modell) als konkrete Hilfsmassnahme.
- Wunsch nach klaren Rechtsinformationen (z.B. betreffend der Verschwiegenheit, Meldepflicht) sowie Informationen über den rechtlichen Rahmen an sich (welche Infos müssen/dürfen wann, wo in welchen Situationen weitergegeben werden, ab wann ist das Kindeswohl wirklich in Gefahr?)
- Schaffung von Kompetenzgruppen im Hinblick auf Reflexion und Kooperationen

Protokoll Workshop 1

Primäre Prävention mit Kindern aus suchtbelasteten Lebenszusammenhängen – das Bielefelder Modell (Dipl.-Päd. Saskia van Oosterum)

Diskussionspunkte

- Wie kommt man zu den Kindern? – Akquise:
Man erreicht die Kinder oft schwer, die Unterstützung am nötigsten brauchen würden. Möglichkeit über die Beratungsstellen – Vorstellen des Gruppenangebotes bei den Eltern.
Unterstützung vom Jugendamt ist sehr hilfreich.
Kinder aus dem legalen Suchtbereich sind schwieriger zu erreichen als die Kinder deren Eltern von einer illegalen Substanz abhängig sind.
- Räumlichkeiten für das Gruppenangebot:
Im optimalen Fall zentral gelegen. Kinder sollten eine möglichst kurze Strecke zurücklegen müssen. Der Hol- und Bringdienst hat den Vorteil, dass wichtige Gespräche bereits auf der Fahrt besprochen werden können und dass kurze Tür- und Angelgespräche mit den Eltern möglich sind. Wichtig ist, dass die gewählten Räumlichkeiten für die Eltern und die Kinder „neutral“ sind (soll nicht eine Einrichtung sein, die die Kinder am Vormittag besuchen).
- Inwiefern sind die Mütter selbständig, organisieren sich selbst Aktivitäten?
Erfahrung: es gibt immer wieder tolle Ideen, diese scheitern aber in der Umsetzung (Bsp. Instrumentenbau).
Anfangs ist das „in der Gruppe sein“ für die Mütter sehr wichtig, sie nutzen später zunehmend die Zeit für sich selbst.
Väter werden kaum erreicht.
- Vorteile der Schweigepflicht versus Vorteile der Meldung am Jugendamt.
Wichtig: die Eltern motivieren selbst Kontakt mit dem Jugendamt aufzunehmen – Vorteile herausstreichen.
- Idee: Institutionen nutzen, wo viele Kinder aus Multiproblemfamilien sind → anbieten von Zusatz(freizeit)angeboten
- Vorteile der Ganztagschule für Kinder aus Multiproblemfamilien bei entsprechender pädagogischer Ausrichtung.

→ Ergebnis

Weiterbildung von Kindergartenpädagoginnen und Lehrpersonen wird als sehr sinnvoll erachtet, da mit entsprechendem Know how Unterstützung für betroffene Kinder – eingebettet in den pädagogischen Alltag – passieren kann. Weiters können in Kooperation mit Institutionen und Organisationen bestehende Strukturen genutzt werden können, um darüber hinaus gehende Unterstützungsangebote für betroffene Kinder zu installieren (z.B. Freizeitangebote).

- *Hinweis auf das Bildungsangebot von VIVID, das diesen Bedarf teilweise bereits abdeckt (Bsp. Fortbildungen „Suchtvorbeugung im Kindesalter“) – nachzulesen auf der Homepage www.vivid.at*

- *Erste Fortbildungen zum Thema „Kinder in suchbelasteten Familien“ starten im Jänner 2008, Zielgruppe Kindergartenpädagoginnen und Frühförderinnen.*



Protokoll vom Workshop 2

Was erleben Kinder suchtkranker Eltern? (Dr. med. Dipl.-Psych. Heike Hinz)

▪ Erstes Thema: Ritalin

Gibt es Studien zum Gebrauch von Ritalin? Frau Dr. Hinz meint Nein, Es gibt noch keine langfristigen Beobachtungen.

Mit der Einnahme von Ritalin wird das Leben gleichmäßiger, man hat einen stetigen „Ritalinlevel“, dadurch wird das Leben aber auch eintöniger. Die Folge: die Konsumenten nehmen es nicht regelmäßig um eine An- und Abschwelen der Wirkungsweise zu erleben um dieser Eintönigkeit entgegenzuwirken.

Vor Ritalin wurde ein phosphatfreie Kost empfohlen, diese brachte teilweise Erfolge war aber sehr aufwendig und schließlich wissenschaftlich nicht haltbar.

Genetische Aspekte sind nicht außer Acht zu lassen, die Ritalinkinder die als erste mit diesem Medikament behandelt wurden, werden jetzt erst erwachsen.

▪ Zweites Thema: Alkohol

Die größte Berufsgruppe Alkoholkranker sind die Ärzte gefolgt von den Lehrern

Persönlichkeitsveränderungen

Ich-Funktionsstörungen wie:

Frustrations- und Spannungsintoleranz

Eingeschränkte Impulskontrolle

Eingeschränkte Realitätsprüfung und Urteilsfähigkeit

Projektion und Verleumdung als primitive Abwehrmechanismen

Stimmungs labilität

Gedächtnis- und Denkstörung

Verleugnung: Der/Die Suchtkranke belügt sich selbst aber auch das Umfeld. Es geschieht oft, dass man mit Alkoholkranken in sinnlose Diskussionen hineingerät, weil sie schwören nichts oder wenig getrunken zu haben, und dabei aber im selben Moment betrunken sind. Dies ist wie ein Schutzmechanismus vor einem unerträglichen Konflikt zu verstehen. Ihn davon überzeugen zu wollen, dass er sehr wohl betrunken ist, führt zu gar nichts!

Stimmungs labilität: Kinder sind den Stimmungsschwankungen Alkoholkranker ständig ausgeliefert. Deshalb sollte man für Schutzfaktoren sorgen (z.B. Die Tür vom Kinderzimmer schließen).

Gedächtnis- und Denkstörungen sind wie Filmrisse oder Blackouts: Wie bin ich eigentlich gestern heimgekommen?

➔ Versprechungen werden nicht eingehalten und verunsichern Kinder zutiefst. Sie wissen nicht mehr was wahr ist und was nicht, Realitäten werden unklar.

Bei 2 betroffenen Elternteilen gibt es überhaupt keine vertrauenswürdigen Realitäten mehr. Folge → Kinder behalten Skepsis auch Helfersystemen gegenüber

Zwischenfrage: Was muss passieren, damit die betroffene Person das sehen kann?

Erst wenn ich keine Angst vor den Konsequenzen haben muss (z.B. Verlust des Arbeitsplatzes), bin ich bereit für eine Veränderung. Mit Dingen die der Betroffene selber sieht kann man arbeiten, mit allen anderen nicht.

Rollen: Die Familienheldin/der Sündenbock/Das verloren Kind/Der Familienkaspar

Die Rolle der Familienheldin die Kinder oft in suchtbelasteten Familien einnehmen, können genauso auch von den Frauen Alkoholkranker übernommen werden.

„Wenn ich mich nicht kümmere passiert nichts.“, „Wenn ich nicht gebraucht werde, werde ich nicht geliebt.“ Frauen in Co-Abhängigkeit übernehmen oft diese Rolle, oft war ihr Vater abhängig. Um dort herauszukommen bedarf es einer langfristigen Einzeltherapie → Aufbau der eigenen Wertschätzung, sie selber steht im Mittelpunkt.

Wenn es dem Partner besser geht, geht es den co-abhängigen Frauen oft schlechter.

Alkoholranke haben im Gegensatz zu Drogenabhängigen ein strenges/schlechtes Gewissen

In Suchtfamilien...

- Wird gelogen
Schämen sich die Kinder
Bringen die Kinder keine Freunde mehr nach Hause
- Vereinsamen die Kinder
Steht der kranke Elternteil im Vordergrund
Übernehmen die Kinder früh Verantwortung
Ist die Eltern-Kind-Rolle ausgetauscht
- „Funktionieren“ die Kinder

Kinder in suchtbelasteten Familien erleben...

- Zurückweisung und Vernachlässigung
- Inkonsequenz und Unberechenbarkeit
- Körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch: Mädchen flirten mit ihrem Vater und diese müssen sich schützen, das ist ganz normal. Väter mit Alkoholproblem können sich nicht schützen
- Abnorme Beziehungsmuster
- Häufigen Wechsel der Bezugspersonen

Die Kinder reagieren mit...

- Emotionaler Verflachung und Kontaktstörung
- Aggressivität und Unruhe
- Hyperaktivität und hyperkinetischem Syndrom
- Abnormen Verhalten und Unberechenbarkeit
- Lernstörungen

Sie erleben außerhalb der Familie:

- Tadel und Bestrafung
- Ablehnung und Zurückweisung
- Beziehungsabbrüche

z.B.: Lehrer tadelt, es gibt schlechte Noten, er lehnt das Kind noch mehr ab

Oder

Die Kindergartenpädagogin ruft die Eltern wegen eines schwierigen Verhaltens des Kindes an, diese schlagen dann daheim das Kind, holen das Kind aus dem Kindergarten raus. Das Kind kommt wieder in eine andere, unvertraute Umgebung etc. Manche Eltern wechseln auf diesem Weg zig Mal den Kindergarten.

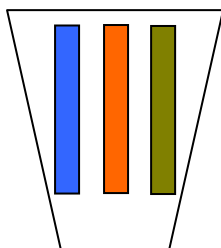
→ das Umfeld macht das Gleiche wie die Eltern/Familie, d.h. die Kinder erleben das Gleiche immer wieder.

Das trifft auch das Thema der Übertragung: was löst ein Mensch in mir aus?

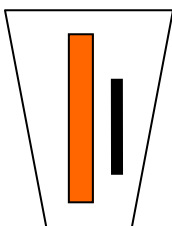
z.B.: erwarte ich, dass jemand sich so verhält wie meine alkoholranke Mutter sich verhalten hat/oder sich immer noch verhält. Dieses Modell ist für mich als Person/Kind dann allgütig.

Hilfe: ein anderes Modell schaffen

Frau Dr. Hintz stellt vor:



= das Kind hat/kennt viele Modelle, so wie es für Kinder in nicht suchtbelasteten Familien meistens der Fall ist



=das Kind hat/kennt nur ein Modell, möglicherweise gibt es ein anderes, das aber nur ganz schwach vorhanden ist, z.B. ein gutes Handlungsmodell einer Kindergartenpädagogin.

Hilfe für das Kind: dieses Modell festigen damit es wachsen kann und so stark wird, dass es neben dem bestehenden Modell eine reale Alternative für das Kind bietet. Das Kind hat so die Möglichkeit ein anderes Modell wahrzunehmen und hat eine Chance anders agieren zu lernen. Das kann passieren, indem die Kindergartenpädagogin auch nach der Kindergartenzeit noch Kontakt hält zum Kind. Dieses andere Modell, das anfangs noch sehr klein ist, wird zu etwas Normalem und Vertrautem. Diese gute Erfahrung kann dann später die bis dahin einzige existierende und schlechte Erfahrung überdecken.

Was kann man tun?

Z.B. die Kindergartenpädagogin motivieren das Liebenswerte im Kind zu entdecken und zu fördern.
Halt geben – Kontakt sein

Als Kindergartenpädagogin:

Wo kann ich negatives Verhalten bzw. das Ausbrechen negativen Verhaltens verhindern ohne den Kontakt zum Kind abubrechen?

Als Helfer/Helferin muss mir selber einen Rahmen bilden, um Grenzüberschreitungen (im Sinne von Klammern des Kindes an meiner Person) zu verhindern. Wofür möchte ich mich zuständig fühlen und wofür nicht?

Was kann ich dem Kind bieten, was ich auch gegebenenfalls über Jahre hinweg halten kann?

→ Je länger der Rahmen hält, umso besser, was konstant und sicher ist bietet eine Basis auf der man später aufbauen kann.

Kinder versuchen immer ihre Eltern zu schützen. Es gibt fast keine Eltern die ihre Kinder nicht brauchen.

→ Die Leistung, die Kinder zuhause erbringen, sollte wertgeschätzt werden.

Häufige Fehler:

- Es wird vermieden Kinder und Jugendliche aus falsch verstandenem Taktgefühl auf die Problematik zu Hause anzusprechen. Man sollte es ansprechen wie es ist, als Etwas das existieren darf, beschönigen hilft den Betroffenen nicht
- Moralisieren
- Eltern verurteilen, eher schauen: was schaffen die Eltern
- Unverständnis für die Verheimlichungsbemühungen des Kindes
- Entwerten der Familienstrukturierungsarbeit des Kindes
- Tadel für Erschöpfung und Versagen

Antworten auf Fragen des Publikums

Resilienz: ein Resilienzfaktor ist eine andere Person, außerhalb der Familie, mit der Kinder für sie wichtige Dinge besprechen können, wo Vertrauen aufgebaut werden kann um ein anderes System kennenzulernen → eine Ressource auf der man aufbauen kann.

Wie kommt man an Eltern heran? Man sollte immer die eigene Betroffenheit demonstrieren ohne zu moralisieren.

In der Klinik von Frau Dr. Hintz: Brechen Eltern die Therapie in einer Klinik ab wird das Jugendamt automatisch informiert. Eltern bekommen dann in der Regel Auflagen um die Kinder behalten zu können. Wollen sie die Kinder nicht behalten, ist es sowieso besser sie in Pflegefamilien unterzubringen. Viele Eltern mit Kindern kommen schon mit Auflagen in die Klinik.

Man darf im Umgang mit Alkoholkranken nie vergessen, dass sich ihre Persönlichkeit durch die Sucht verändert.

Wiedergutmachen: Wiedergutmachung sollten Eltern an einem anderen Ort tun, sich z.B. irgendwo sozial engagieren. Am Kind kann und sollte man nichts wiedergutmachen.

Kinder von Alkoholkranken sind nicht irgendwann „fertigtherapiert“, das Erlebte bleibt für immer. Sie sollten immer noch die Möglichkeit zu einem flexiblen Kontakt haben. Bei ihr an der Klinik rufen nach Jahren immer noch ehemals betroffene Kinder an. Es ist wichtig, wenigstens die Möglichkeit anzubieten.



Protokoll Workshop 3

Arbeit mit drogenabhängigen Schwangeren und jungen Müttern (DSA Bianka Kovacs)

Diskussionspunkte von den Teilnehmer/innen:

- Nach welchen Kriterien kommt es zu Kindesabnahme?
- Wann wird Amt für Jugend und Familie eingeschaltet?
- Was ist regelmäßiger Rückfall, bei einer Schwangeren?
- Was heißt in dem Zusammenhang Instabilität?

Fallbeispiele:

4 Kleingruppen mit je einem Fallbeispiel. Diese werden in der KLGR anhand der Fragestellungen (siehe unten) erarbeitet, anschließende Präsentation in der GR durch eine/n Sprecher aus der KLGR.

Fragestellungen zu den einzelnen Fallbeispielen:

Welche Bereiche/Themen sind zu klären?

Was davon ist mein Auftrag?

Welche anderen Spezialist/innen sollten beigezogen werden?

Welche Einrichtungen könnten diese Bereiche abdecken?

Wie kann ich der Klientin die optimalste ganzheitliche Betreuung zu kommen lassen? Und wie vernetze ich mich mit anderen Einrichtungen?

Fallbeispiel Frau G.

Sie sind Sozialarbeiterin in einer Suchtberatungsstelle in Graz. Frau G., 20 Jahre, substituiert und HIV positiv betreuen sie schon seit einigen Monaten. Vom Suchtverlauf hat sie sich eher als instabile Klientin erwiesen.

Derzeit lebt Frau G. noch bei ihren Eltern, mit denen es aber regelmäßig Streit gibt. Ihr Vater ist alkoholkrank und ist ihr und ihrer Mutter gegenüber immer wieder gewalttätig. Dauerhaft kann sie sich nicht vorstellen mit einem Kind dort zu leben.

Ein Schwangerschaftstest hat Frau G.'s Verdacht bestärkt, dass sie schwanger ist.

Der Kindesvater, der selber suchtkrank ist, hat sich darauf hin von ihr getrennt. Zu ihm besteht im Moment kein Kontakt.

Fallbeispiel Frau M.

Sie sind Sozialarbeiterin bei Streetwork.

Frau M. sucht das Gespräch mit ihnen, da sie den Verdacht hat schwanger zu sein. Ihrem Partner hat sie noch nichts davon erzählt.

Sie kennen Frau m. erst seit kurzem und hauptsächlich vom Spritzentausch.

Im weiteren Gespräch erfahren sie, dass sie wohnungslos ist und derzeit in einem Notquartier lebt.

Frau M. ist ziemlich verzweifelt und weiß nicht was sie machen soll.

Fallbeispiel Frau S.

Sie sind Sozialarbeiterin am Amt für Jugend und Familie und werden vom LKH Graz verständigt, dass Frau S., 22 Jahre, substituiert, einen Säugling geboren hat. Frau S. lebt gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten, her G., 24 Jahre, der ebenfalls substituiert ist.

Dem Baby geht es im Moment nicht so gut, da es an einem Entzugsyndrom leidet. Es wird derzeit medikamentös behandelt und sicher noch einige Wochen im Krankenhaus verbringen.

Die Mutter versorgt das Kind selbstständig, auffallend ist aber, dass sie immer wieder für einige Stunden die Geburtsstation verlässt.

Fallbeispiel Frau W.

Sie sind Sozialarbeiterin in einer Suchtberatungsstelle in Graz.

Frau W., 30J, hat sich bei ihnen einen Termin vereinbart, da sie festgestellt hat, dass sie schwanger ist. Sie beichtet, dass sie schon seit 3 Jahren stabil in Substitutionsbehandlung ist.

Sie lebt mit ihrem Lebensgefährten, Herrn H., 33 J, der ebenfalls substituiert ist, in einer kleinen Gemeindewohnung in Graz.

Weiters erzählt sie ihnen, dass sie bereits ein Kind hat, das aber bei Pflegeeltern lebt. Zu diesem Kind hat sie keinen Kontakt.

Nun hat sie angst, dass ihr das Amt für Jugend und Familie auch dieses Kind abnehmen wird, obwohl sie jetzt schon sehr lange stabil ist.

Präsentation der Fallbeispiele im Plenum:

Fallbeispiel Frau G., 20 Jahre, substituiert, HIV positiv

ad 1.) → substituierender Arzt (Substitution?)

→ Frauenärztin / Schwangerschaftsabbruch?

→ Familienberatungsstelle

Themen:

- Suchterkrankung
- Schwangerschaft
- finanzielle Situation
- Wohnungssituation
- Beziehung zu Eltern / Kindesvater

Einrichtungen: DA; Frauenärztin; SO, Wohnungsamt, Wohnungsbörse, Jugendamt

Nachgehend, motivierend, vernetzend.

Fallbeispiel Frau M., 21 Jahre

Schwangerschaft → JA / NEIN?

Allgemeine Medizinische Abklärung

Existenzsicherung (Wohnung, Versicherung...)

- Auftrag Streetwork
 Beziehungsaufbau / Angebot
- Information und Weitervermittlung

Sozialamt, Gynäkologie, Klärung Substitution, Schwangerenberatung

Angebot bündeln!!

Fallbeispiel Frau S., 22 Jahre, substituiert.

a.) Häuslich, finanziell, Partnerschaft etc.

→ „Psychosoziale Anamnese“

→ Medizinische Abklärung

→ Welche Helfersysteme sind noch beteiligt?

b.) Kindeswohlgefährdung?

→ Punkt A

→ Planung für die Zeit danach (Unterstützungsangebote durch Jugendamt, Vereinbarungen mit KE/
KM/ KV...)

c.) behandelnde Ärzte, Spezialisten / Helfer
des Hilfsplans

d.) Fallspezifisch → MFF? Männerberatung? etc. (abhängig von Punkt a und b)

e.) Guter Austausch zwischen Helfern und gute Abklärung, wer macht was

Fallbeispiel Frau W. 30 Jahre, substituiert

- Zugangsklärung (freiwillig oder als Auflage)

- Erwartungen, Wünsche der Klientin
 - medizinische Beratung? (Schwangerschaft, Substitution)
 - existenzielle, finanzielle Absicherung?
 - persönliche Beratung / Begleitung?

- Abklären: zu welchen Institutionen hat sie schon Kontakte? (Gesundheitsamt, Jugendamt, Ärzte, Sozialamt)

- Infos betrifft weiteres Procedere evt. Angebot durch Weitervermittlung
Beratung Sucht (Schwangerschaft, Mutterschaft)



Protokoll zum Workshop 4:

„Arbeit mit suchtbelasteten Familien - was brauchen die Helfer/innen?“ (DSA Monika Maier, MSc)

Übersicht

- Vorstellung der Referentin und der Workshop-Inhalte, die stark auf interdisziplinären Austausch setzt. Frau Monika Maier erzählt von ihren langjährigen Erfahrungen als Suchtberaterin in der Drogenberatungsstelle in Graz und betont die Wichtigkeit, gezielte Angebote für Familienangehörige, speziell aber für Kinder, zu setzen, deren Familien von einer Suchtproblematik betroffen sind. Ein Satz, der sich über den langen Erfahrungszeitraum als Zusammenfassung über die Eindrücke von Kindern suchtbelasteter Familien sagen lässt, betitelt die Referentin so: „ich spüre, vertraue und rede nicht“ – und spiegelt damit trefflich die Situation betroffener Kinder wider, die thematisch nun verstärkt in den Blickpunkt von Beratungsstellen, Kliniken, Kinderbetreuungseinrichtungen, Jugendämtern bzw. deren Fachpersonen, Familienhelfer/innen etc. rückt.
- Theoretischer Input: Frau Maier stellt jene „Hilfen“ vor, die Ihrer Erfahrung nach, am dringendsten von Helfer/innen benötigt werden:
 - Mut: sich dem Thema zu stellen
 - Ausdauer: die Arbeit mit Suchtkranken und ihren Angehörigen erfordert viel Geduld und Ausdauer. Oft stellen sich positive Veränderungen erst nach Jahren ein. Noch schwieriger ist es, an deren Kindern „heranzukommen“. Deshalb bedarf es auch entsprechender Vorbereitung, z.B. in Form kindgerechter Ausstattung von Beratungseinrichtungen, die den Kindern auch den atmosphärischen Raum bietet. Ausdauer ist auch gefragt, wenn der Kontakt zu den Kindern über die Eltern erfolgt. Vielfach kann über nur über die Therapiegespräche mit den Eltern Kindern geholfen werden.
 - Wissen: Wissen hilft den Helfern/Helferinnen, mit diesem Thema sicher und kompetent umzugehen. Wissen umfasst dabei fachliches Know-How über psychosoziale Inhalte wie Traumatisierungen, Risikofaktoren und Erfahrungen im Umgang mit Aufträgen, Kooperationspartner/innen, Verantwortlichkeiten und Entscheidungsabläufen. Letztgenannte werden zur Zeit von den unterschiedlichen Berufsgruppen, auch abhängig von der Region, in der sie arbeiten, sehr unterschiedlich gehandhabt.
 - Vertrauen
 - Gute Kommunikation mit den Klienten/Klientinnen, Helfer/innen anderer Disziplinen und mit Kolleginnen
 - Ausreichende Reflexionsmöglichkeiten
 - Wertschätzung
 - Persönliche Tankstellen

- Auftrag an die Teilnehmer/innen: auf Kärtchen schreiben sie, welche Arten von Hilfen sie sich im Zuge ihrer Arbeit wofür erwarten oder brauchen. In einer offenen Runde stellen sich die Teilnehmer/innen aus der ganzen Steiermark vor und die Nennungen ihrer Kärtchen. Auf einem großen Plakat wurden die Kärtchen den Gruppen *Regional*, *Inhaltlich*, *Für mich*, *Zielgruppenspezifisch*, *Berufsgruppenspezifisch* und *Sonstiges* zugeordnet und geclustert.

Folgender Bedarf an Hilfen wurde angeführt:

- Checkliste: wie gehe ich als Familienhelferin, Sozialarbeiterin etc. wann, wo vor? Genaue und strukturierte Aufgabenbeschreibung für den Anlassfall.
- Je nach Region gibt es für Familien und deren Angehörigen oft nur wenig konkrete Beratungsangebote, größerer Bedarf an Beratungsstellen landesweit.
- Mobile Weiterbildungsangebote auch für die entlegeneren Beratungsstellen, Einrichtungen und Ämter.
- Vermehrte Supervisionsangebote und Helferkonferenzen, gut organisierter Austausch in Form regelmäßig stattfindender Besprechungen.
- Gute Vernetzung in der Region und Zusammenarbeit mit Partner/innen.
- Mehr Wissen um Suchterkrankungen, Familiensysteme und um angemessene Unterstützung für die Kinder.
- Gute, transparente sowie klare Auftragsbeschreibung an die jeweilige Berufsgruppe und Zielvereinbarungen. Klare Kooperationsvereinbarungen für alle Berufsgruppen und Abklärung über die Zuständigkeit.
- Durchführung von Encare-Gruppen für Kinder unterschiedlicher Altersgruppen (nach dem Rainbows-Modell) als konkrete Hilfsmassnahme.
- Positive Beispiele sammeln: in welchen Fällen hat die Zusammenarbeit mit wem gut funktioniert, welche Form von Kooperation hat wie geholfen?
- Rechtsinformationen (z.B. betreffend der Verschwiegenheit, Meldepflicht) und der rechtliche Rahmen an sich (welche Infos müssen/dürfen wann, wo in welchen Situationen weitergegeben werden, ab wann ist das Kindeswohl wirklich in Gefahr?)
- Prozesscoaching, Beratung für die Helfer/innen.
- Coaching in Form von Moderationen bei Gesprächen mit Suchtklient/innen.
- Schaffung von Kompetenzgruppen im Hinblick auf Reflexion und Kooperationen.
- Curriculum für Aus- und Weiterbildungen für einzelne Berufsgruppen.

Probleme in der bisherigen Arbeit:

Die Institutionen haben verschiedene Aufträge, oft ist den aktiven Helfer/innen unklar, wer für welche Tätigkeiten konkret zuständig ist, welche Informationen bereits über die Familien vorhanden sind und wie mit diesen Informationen umgegangen wird. Es gilt daher, Möglichkeiten zu entwickeln, die Spaltung des Helfersystems zugunsten der Unterstützung aller aufzuheben und Art und Weise der Koope-

rationen klar zu definieren. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sich auf der Helfer/innenebene das gleiche abspielt, wie in den Familien selbst.

Gerade im Hinblick auf die Arbeit mit suchtkranken Familien bedarf es um geduldige und sachte Aufarbeitung etwaiger Traumatisierungen, um Pflege und Weiterentwicklung des Kontakts zu den Eltern. Im Zuge dessen sind überprüfbare und nachvollziehbare Vereinbarungen in der Arbeit mit den Eltern unbedingt notwendig. Frühzeitige Meldungen an die Jugendwohlfahrt können Therapiebeziehungen gefährden.

Zukünftige Maßnahmen:

- VIVID plant und führt ab Jänner 2008 für Kindergartenpädagog/innen eine Fortbildungsreihe zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ durch. Geplant sind weiters auch Fortbildungen speziell für Frühförder/innen und Familienhelfer/innen.
- Drogenberatungsstelle Graz: Kindergruppe (die Eltern dieser Kinder müssen am Substitutionsprogramm teilnehmen)
- Elterngruppe „Mut“: als psychoedukative Gruppe



Vorträge

- **„ENCARE“ - Zahlen, Daten und Fakten aus Österreich**
(Dr. Alfred Uhl / Mag. Dr. Alexandra Puhm)
- **„Kinder aus suchtblasteten Familien“ - Geschichte, epidemiologie, Risiken, Resilienzen**
(Prof. Dr. Michael Klein)
- **„Das Trauma und seine Auswirkungen (auf Gedächtnis, Wahrnehmung und Psyche) bei Kindern aus suchtblasteten Familien“**
(Dr. Sonja Laure)
- **„Vom ersten Tag an ...“ - Auswirkungen von Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen in der Schwangerschaft**
(Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Müller)
- **„Konzept der Zusammenarbeit v. Helfersystemen in einer ambulanten Einrichtung“**
(DSA Renate Hutter, MSc)

Die Präsentationen dieser Vorträge finden sie unter www.vivid.at als pdf-Download!

