

Bulletin de l'Ance

No 69

Contenu - Inhalt:

Editorial	1
Mitteilungen	2
 Marc Barthels:	
Jugend, Alkohol	
und Alkoholismus	3
 Alfred Groff:	
Schaffen wir die Kinderheime ab?!	19
 ANCE: Rapport de caisse 1989	23
 Invitatioun	24

Editeur:
A.N.C.E. L-4003 Esch-sur-Alzette B.p. 255
paraît 4 fois par an, tirage 500
Imprimerie Centrale

Bulletin de l'Ance

Editeur: Association nationale des communautés éducatives
(A.N.C.E.), B.P. 255, L-4003 Esch-sur-Alzette
Président: Robert Soisson
Secrétaire: Maggy Weinandt
Téléphone: 54 73 83 - 489 / 54 73 83 - 494

Parution: 4 x par année

Abonnement: Veuillez verser la somme de 500.- Francs au
CCP de l'ANCE 2977-67 ou bien sur notre compte
BIL no. 7-150/1515 avec la
mention: Abonnement bulletin ANCE
pour tous renseignements contactez notre trésorier:

M. Fernand LIEGEOIS
91, rue Principale,
L-3770 Tétange

Les articles signés ne reflètent pas nécessairement l'opinion de L'ANCE.

L'ANCE a été constituée le 9 juin 1978. Elle est la section luxembourgeoise de la Fédération Internationale des Communautés Educatives (F.I.C.E.) qui a été créée en 1948 sous les auspices de L'U.N.E.S.C.O.. Cette organisation non gouvernementale qui a un statut B auprès de L'U.N.E.S.C.O. est actuellement la seule organisation internationale qui se préoccupe des questions de l'éducation en institution.

L'A.N.C.E. regroupe actuellement une quarantaine de membres actifs (foyers, centres d'éducation différenciée, institutions spécialisées, associations de parents et professionnels du secteur social et psycho-pédagogique).

Les principaux objectifs de L'A.N.C.E. sont les suivants:

- 1) défendre les droits des enfants, surtout des enfants les plus démunis;*
- 2) promouvoir la coopération et le dialogue entre les différentes professions du secteur social et psycho-pédagogique;*
- 3) soutenir les communautés éducatives dans les actions et projets visant une amélioration des conditions de vie des enfants;*
- 4) promouvoir la formation continue des professionnels du secteur social et psycho-pédagogique;*
- 5) mettre en oeuvre des programmes de loisirs et de vacances destinés aux enfants des communautés éducatives;*
- 6) collaborer aux efforts d'intégration scolaire, professionnelle et sociale des enfants défavorisés;*
- 7) publier régulièrement un bulletin;*
- 8) collaborer activement aux travaux de la F.I.C.E.;*
- 9) favoriser les échanges internationaux à tous les niveaux de l'action éducative.*

Editorial

In dieser Nummer veröffentlichen wir als Hauptbeitrag eine Examensarbeit von Marc BARTHELS zum Thema Alkoholismus und Suchtprobleme von Jugendlichen. In einem ersten Abschnitt wird in die herkömmlichen Auffassungen über Alkoholmissbrauch, Alkoholismus und Alkoholabhängigkeit eingeführt, anschliessend werden drei Theorien zur Genese des Alkoholismus, nämlich die medizinisch-psychiatrische, die lerntheoretische und die psychoanalytischen Theorie(n), beschrieben. In einem weiteren Kapitel beschäftigt sich der Autor mit neueren Sichtweisen des Jugendalters (Stichwort: 'individuals as producers of their development'), dann umreißt er die Bedeutung des Alkoholkonsums beim Jugendlichen und schließt den Bogen mit einigen Ausführungen über das Phänomen Jugendalkoholismus. In einem abgesetzten Abschnitt arbeitet der Verfasser sodann das zentrale irrationale Moment in der wissenschaftlichen Theorienbildung bezüglich des Alkoholproblems heraus (Stichwort: Verletzung des Konsistenz-Postulats bei Forderungssätzen), um dann - darauf aufbauend - im letzten Kapitel vier Thesen zum Thema der Diskussion bereitzustellen. Die 'raison d'être' dieser Thesen beruht - so wie ich das sehe - auf deren Nützlichkeit für die therapeutische und/oder suchtpreventive Arbeit.

Als weiteren Beitrag drucken wir einen Artikel von Alfred GROFF ab, den er anlässlich der "journée d'études" vom letzten 27 März bereits vorgetragen hat. Der Verfasser ist wie kaum ein anderer täglich mit den Problemen der Fremdplazierung von Kindern und Jugendlichen befasst,

demzufolge hat er viele Kontakte mit Kollegen, die Heimplätze anbieten und nachfragen. Man kann davon ausgehen, dass der Autor die Ansichten einer Reihe dieser Kollegen in seinem Artikel verarbeitet hat und somit mit einigen seiner Aussagen nicht allein da steht. Auf jeden Fall versucht der Verfasser, eine Diskussion über die Zukunft der luxemburger Heime zu provozieren, was an sich von Vorteil ist, insofern diese Diskussion öffentlich geführt wird. In dieser Hinsicht bietet sich unsere Zeitschrift erneut an, als Forum für diese Diskussion zu dienen.

Es ist in der Tat von grosser Bedeutung für die Weiterentwicklung nicht nur der Heimerziehung sondern der Jugendhilfe und sozialen Arbeit allgemein, wenn Vorschläge und Stellungnahmen zu den zentralen Fragen dieser Bereiche öffentlich formuliert werden, wenn es gelingt, die Diskussion aus dem mehr oder weniger abgeschottetem Raum der unmittelbar Betroffenen in die fachlich interessierte und kompetente Öffentlichkeit zu tragen. Auch wenn damit die Kritik vielseitiger wird, so kann das den Projekten doch kaum zum Nachteil gereichen, wenn damit die Möglichkeit gegeben wird, Kritik konstruktiv zu verarbeiten. Im Endeffekt wird auch die durch Information und Diskussion erreichte Zustimmung der fachlichen Öffentlichkeit die Projekte in ihrer Ausführung unterstützen und besser in das bestehende Sozialhilfe-System einbinden.

(Jean Schoos)

Mitteilungen

Die "Lëtzebuerger Gesellschaft fir Individualpsychologie nom Alfred Adler a.s.b.l." bittet uns folgendes mitzuteilen:

Im September dieses Jahres startet ein

Grundlagenkurs zur IP-Psychopädagogik und IP-Psychoanalyse

Der Kurs umfasst 200 Seminarstunden in vier Semestern (1x wöchentlich).

Ziel dieser Seminargruppe der Ausbildungsstufe A ist der Erwerb fundamentaler Kenntnisse in der IP-Theorie und -Methodik sowie der Befähigung, in sozialen, pflegerischen und pädagogischen Berufen und im Lebensalltag psychosozialen Problemen mit methodisch geschärfter Selbstreflexion und Menschenkenntnis zu begegnen.

Auf diese Grundstufe (A) aufbauend, sind, je nach Vorbildung, bis zu fünf Qualifikationen möglich:

Studiengang B: Educateur (SPLA)

Ziel des Studiengangs: Erwerb der Befähigung, die IP-Methodik selbständig in den Bereichen Selbsterziehung, Kindererziehung, Sondererziehung, Partnerschaft und Familie, Erwachsenenbildung u.a. anzuwenden.

Studiengang C: Conseiller psychologique (SPLA)

Ziel des Studiengangs: Erwerb der Befähigung zur selbständigen psychologischen Beratung bei psychosozialen, psychopädagogischen und persönlichen Problemen.

Studiengang D1 und/oder D2: Psychothérapeute (SPLA) Psychothérapeute pour enfants et adolescents (SPLA)

Ziel des Studiengangs: Erwerb der Befähigung zur selbständigen psychoanalytischen Einzel- und Gruppenpsychotherapie auf der Basis der von A. Adler begründeten Individualpsychologie. (D1)

Ziel des Studiengangs: Erwerb der Befähigung zur selbständigen psychoanalytischen Einzel-, Gruppen- und Familientherapie mit seelisch gestörten Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern auf der Basis der von A. Adler begründeten Individualpsychologie. (D2)

Studiengang E: Psychanalyste (SPLA)

Ziel des Studiengangs: Erwerb der Befähigung zur selbständigen psychoanalytischen Arbeit auf der Basis der Psychoanalyse Adlers und unter Einbeziehung neuerer psychoanalytischer Erkenntnisse in die Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Erwerb der Befähigung, Ausbildungsgruppen eigenverantwortlich zu leiten.

- - - - -

Die Ausbildungsrichtlinien mit den jeweiligen Lerninhalten und Literaturangaben sind erhältlich durch Ueberweisung einer Schutzgebühr von 500.- Franken (4 Hefte).

Lëtzebuerger Gesellschaft
fir Individualpsychologie nom Alfred Adler a.s.b.l.

47, rue Mathias Tresch
L-2626 Luxembourg

Tél.: 43 33 42

CCP 36 580-11

Marc Barthels

Jugend, Alkohol und Alkoholismus

Haben Sie Probleme mit Alkohol? - "Nein - aber ohne..." (nicht nur: Klaus Hoffmann, Tournée 89)

Einleitung

"Ich bin ziemlich sicher, daß keine so komplexe, wunderbare und beschwerliche gesellschaftliche Organisation so lange hätte überdauern können, um so aufzufallen wie die unsere, wenn viele ihrer Mitglieder nicht auf dieses erstaunliche chemische Gemisch hätten zurückgreifen können, mit dem sie sich Linderung für unerträgliche Probleme der Angst verschaffen". Diese Worte stammen von Harry Stack Sullivan (1983, 308) für den Alkohol die große 'mentalhygienische Stütze' unserer Kultur ist, aber eben auch ein 'kostspieliges Vergnügen', denn "die Fähigkeit, Probleme zu lindern, macht einen solchen Stoff natürlich unter bestimmten Umständen zu einer enormen Bedrohung [...]".

Mittlerweile ist nun hinreichend bekannt, daß Alkohol eine Bedrohung nicht nur für die erwachsenen Mitglieder unserer Gesellschaft darstellt, sondern ebenfalls für deren Kinder und Jugendliche (vgl. z.B. Weber & Püttmann 1980, 325; Feuerlein 1984, 267; Schmidt 1986, 38). Diese Erkenntnis hat natürlich wieder einmal viele besorgte Retter auf den Plan gerufen, von denen die einen einen dramatischen Anstieg des Jugendalkoholismus beklagen - eine grund- und haltlose Klage wie Reuband (1980a) zeigt - und von denen die anderen das Alkoholtrinken der Jugendlichen schlechthin als pathologisch definieren - dies obgleich die große Masse der jungen Menschen problemlos, d.h. in sozial integrierter Manier, Alkohol konsumiert (Fahrenkrug 1980). Wenn also die öffentliche Diskussion über das Jugendalkoholphänomen häufig aus dem Bauch herausgeführt wird (wie das m.M. für praktisch jede Drogendiskussion charakteristisch ist), und sie infolgedessen deutliche Züge eines völlig unwissen-

schaftlichen Irrationalismus trägt, so gilt doch zweifellos, daß diese Problematisierung des Alkoholtrinkens bei Jugendlichen durchaus ein rationales Moment birgt: Der Krieg gegen die illegalen Drogen - dieser verlorene (und verlogene) Krieg, der Szazs (1980, 66) zufolge immer auch ein Kampf für die legale Droge Alkohol war und sicher noch ist, wird - so scheint es mir - um eine neue Front, nämlich Krieg gegen Alkohol bei Jugendlichen erweitert. Nicht daß der Krieg dabei rational wäre, nein, es ist die Erkenntnis, daß auch Alkoholkonsum Drogengebrauch ist (Soer 1978, Kap.2), daß in der BRD ungefähr fünf bis acht Prozent der Alkoholabhängigen Jugendliche sind (das sind 120 000 bis 150 000), die Erkenntnis, daß man auch mit Alkohol gefährlich umgehen kann, daß auch Alkohol eine potentiell lebensgefährliche Substanz ist.

Die Tatsache, daß der Genuß von Alkohol zu einer unserer tief eingewurzelten Gewohnheiten zählt, daß Alkohol die Hauptdroge unserer Gesellschaft ist, ist wohl ausschlaggebend dafür, daß wir diese Substanz für gut halten, während Marihuana, Opium und andere illegale Drogen "heidnische und fremdländische Gewohnheiten für uns sind und wir deshalb diese Substanzen für schlecht halten" (Szazs 1980, 65). Dies erklärt vielleicht auch warum einige Eltern noch eher beruhigt sind, wenn sie ihre Kinder im Alkoholrausch antreffen und Gott dafür danken, daß ihre Zöglinge wenigstens keine Drogen nehmen.

Die kollektive Verleugnung der Drogen- und Alkoholrealität wird besonders manifest, wenn wir uns vor Augen führen, daß der Tod durch die legale Droge Alkohol - wenn auch nicht so sensationsgeladen - so doch aber hundertmal häufiger kommt als der Tod durch die illegale Droge Heroin (Rost 1987, 18; Schmieder 1989), daß die Anzahl der Alkohol-

Toten in einem Land wie der BRD z.B. mit 18 000 - 22 000 weit höher liegt, als die Anzahl der Drogen-Toten auf der ganzen Welt (Thamm 1989, 234).

Während man den Alkohol konsumierenden Jugendlichen, großzügiger beurteilt als den Heroin fixenden Jugendlichen, wird der Alkoholkonsum bei Erwachsenen noch einmal wesentlich positiver bewertet als der Alkoholkonsum der Jugend. In diese letzte Form unterschiedlicher Bewertung dürfte "[...] vielfach beim Erwachsenen ein latentes Unbehagen am eigenen gewohnheitsmäßigen und alltäglich gewordenen Alkoholgebrauch mit einfließen" (Berger et al. 1980, 7). Auch diese Neigung zur Projektion ist kennzeichnend für die große Menge an A-Rationalität, die die öffentliche Diskussion um das Drogen- und Alkoholphänomen m.M. prägt. Ich möchte aber in meinem Beitrag zeigen, welchen Anteil die Wissenschaftler, Alkoholologen, Drogenexperten etc. an dieser A-Rationalität haben.

Alkoholismus und Alkoholismustheorien

1.1. Zentrale Begriffe

Alkoholismus setzt Alkoholmißbrauch voraus (Feuerlein 1984; Schmidt 1986). Unter Alkoholmißbrauch können wir mit Weber und Püttmann (1980, 330) ein Trinkverhalten verstehen, "das systemrelevantes normatives Erwarten anderer bezüglich der Art des Getränkes, des Ortes, der Menge, der Zeit, der Art und Weise oder der daraus resultierenden Konsequenzen enttäuscht [...]". Es handelt sich dabei - schlicht gesagt - um den falschen Gebrauch der Droge Alkohol. Alkoholismus ist Feuerlein (1984, 3) zufolge ein 'etwas verschwommener Begriff', m.E. wohl deshalb, weil Alkoholismus ein hypothetisches Konstrukt ist, das in vielen Fällen nur sehr schwer operationalisierbar ist, weil die Kriterien u.a. auch qualitativer Art sind (die Frage, wann und wie der Alkohol richtig gebraucht wird - ist wie wir noch sehen werden - auch eine Frage der Moral). Es gibt aber auch eine ganz andere Lehrmeinung, die nicht davon ausgeht, daß es sich beim Alkoholismus um ein Konstrukt handelt, sondern die besagt, daß Alkoholismus eine real existierende pathologische Entität ist. Das ist die medizinisch-psychiatrische Auffassung (auf die ich

unter 1.2.1. zurückkomme), deren Anhänger aber auch unsägliche Probleme bei der Definition von Alkoholismus haben, weil ihre bisherige Suche nach diesem 'Etwas', das eine Krankheit sein soll, ziemlich enttäuschend, also ohne Erfolg verlief.

So gibt es eine ganze Reihe von z.T. sehr unterschiedlichen Definitionen des Alkoholismus und damit auch des Alkoholikers. Eine Definition, die man immer wieder antrifft, stammt von der WHO: Danach sind Alkoholiker, "exzessive Trinker, deren Abhängigkeit einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung, daher brauchen sie Behandlung (WHO, zit. nach Schulte & Tölle 1979, 107). In dieser Definition taucht auch der Begriff der Abhängigkeit auf, der an die Stelle des Begriffspaares Sucht und Gewöhnung tritt. Man spricht heute (auf einer generelleren Ebene jetzt) nicht mehr so gerne von Sucht, sondern von Drogenabhängigkeit. Drogenabhängigkeit ist ein Zustand, der sich aus der wiederholten Einnahme einer Droge ergibt, und der sich je nach benutzter Droge unterschiedlich manifestiert. Der Suchtbegriff wurde deshalb weitgehend (nicht bei den Psychoanalytikern) fallengelassen, weil dieser der Heterogenität der Drogen nicht gerecht wurde (Soer 1978, 30-31), wohingegen die Merkmale der Abhängigkeit drogenspezifisch gekennzeichnet werden. Man unterscheidet diesbezüglich eine psychische und eine physische Abhängigkeit. Die physische Abhängigkeit "ist Ausdruck einer pathologischen Interaktion zwischen dem Individuum und der betreffenden Droge" (Feuerlein 1984, 8) und zeigt sich in körperlichen und psychischen Erscheinungen, die nach Entziehung der Droge auftreten (z.B. Magen-Darmstörungen, Herz- und Kreislaufstörungen, vermehrte Schweißneigung, Schlafstörungen, Tremor, Artikulationsstörungen, Angst, vermehrte Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Gedächtnisstörungen etc.). Wir sprechen in diesem Zusammenhang bei der Alkoholabhängigkeit vom Alkoholentzugssyndrom. Unter der psychischen Abhängigkeit versteht man generell das unwiderstehliche Verlangen nach einer Droge (Feuerlein 1984; Schmidt 1986). Alkoholabhängigkeit wird von Edwards und Mitarbeitern folgendermaßen charakterisiert (nach Körkel & Lauer 1988, 8):

1. Einengung des Trinkverhaltens,
2. übergroße Bedeutung des Alkohols,
3. erhöhte Alkoholtoleranz,
4. wiederholt aufgetretene Entzugssymptome,
5. Trinken zur Beseitigung der Entzugssymptome,
6. subjektives unwiderstehliches Verlangen zu trinken,
7. Wiederauftreten der Symptome nach Abstinenz.

Alkoholabhängigkeit umfaßt also sowohl psychische als auch physische Abhängigkeit. Wichtig zu sehen ist zudem, daß Alkoholabhängigkeit hier als eigenständiges Syndrom festgelegt wird, daß also körperliche, psychische oder soziale Probleme nicht unbedingt dazugehören müssen.

In der Alkoholismusforschung gibt es eine weitere wichtige (nicht aber unbedingt nützliche, vgl. Edwards 1986, 47; Stimmer 1978, 30) Differenzierung, die auf E.M. Jellinek zurückgeht, der 5 Alkoholikertypen beschreibt: Den Konflikttrinker (Alpha-Typ), den Gelegenheitstrinker (Beta-Typ), den süchtigen Trinker (Gamma-Typ), den Gewohnheitstrinker (Delta-Typ) und den episodischen Trinker (Epsilon-Typ). In der folgenden Abbildung sind diese 5 Typen stichwortartig erläutert:

	Kennzeichen	Form der Abhängigkeit	Bezeichnung
Alpha	Trinken in Belastungssituationen, um Entspannung, Entlastung, mehr Sicherheit etc. zu erreichen. Undisziplinierter Trinker ohne Kontrollverlust	psychisch; geringe Progressivität	Konflikt-, Erleichterungstrinken
Beta	Trinken aufgrund der bestehenden Trink-sitten und Gewohnheiten, häufig übermäßig Alkohol	Keine	Gelegenheits-, Gewohnheitstrinker
Gamma	Eigentlicher Prozeß-Trinker (s.u.) dessen Konsum als kontrollverlustig erscheint, zeitweilige Abstinenzperioden	psychische, später auch physische Abhängigkeit	Süchtiger Trinker
Delta	Geprägt durch rauschlose Dauerim-prägnierung. Unfähigkeit zur Abstinenz, kein Kontrollverlust.	physische, zum Teil auch psychische Abhängigkeit	Spiegeltrinker
Epsilon	Episodische Trinkexzesse	Episodischer Kontrollverlust	Episodischer Trinker, Quartalsäufer

(nach Stimmer 1978, 31; Feuerlein 1984, 154ff; Dörner & Plog 1984, 251; Schmidt 1986, 25ff)

Nur die Gamma-, Delta-, und Epsilon-Alkoholiker gelten im Sinne der obigen Definitionen als abhängige Trinker. Am Beispiel des Gamma-Alkoholismus beschreibt Jellinek (1952) mit seinem Phasenmodell die Entwicklung der pathologischen Interaktion zwischen dem Individuum und der Droge Alkohol von der anfangs immer rein psychischen zur physischen Abhängigkeit. Nach Durchlaufen einer voralkoholischen Phase mit vorwiegend unauffälligem Erleichterungstrinken und einer Prodromalphase, die durch Symptome wie z.B. Palimpseste, Filmriß, ständiges Denken an Alkohol, schnelles Trinken, Verheimlichen des Trinkens etc. gekennzeichnet ist, erreicht der Gamma-Alkoholiker eine kritische Phase, die durch den Kontrollverlust, das Phänomen des 'Nicht-aufhören-Könnens' eingeleitet wird. Am Ende dieser progredient und immanent verlaufenden Entwicklung, in der sich mit der Zeit eine Alkoholtoleranz herausbildet, steht die chronische Phase mit regelmäßigem morgendlichen Trinken und tagelangen Rauschzuständen.

Der Gamma-Typ ist für uns deshalb von besonderem Interesse, weil er bei den jungen Alkoholabhängigen bei weitem gegenüber dem Gewohnheitstypus überwiegt (Stimmer 1978, 33). Die einzelnen Phasen, die den Verlauf dieser Alkoholismusart charakterisieren sollen, treten bei jungen Trinkern allerdings zeitlich wesentlich verkürzt auf; während die gesamte Entwicklung beim erwachsenen Alkoholiker etwa 5 bis 15 Jahre dauert, schrumpft sie beim jugendlichen Abhängigen auf 2 bis 5 Jahre zusammen (Stimmer 1978; Greiner 1980, 162; Feuerlein 1984; Schmidt 1986). Diese Phasen haben aber nur wenig mit der Entstehung der Alkoholabhängigkeit zu tun. Daher möchte ich im folgenden drei Theorien zur Genese des Alkoholismus kurz vorstellen.

1.2. Theorien zur Genese der Alkoholabhängigkeit

Die beiden wichtigsten (im Sinne von bekanntesten) Theorien sind zweifellos das medizinisch-psychiatrische Krankheitsmodell sowie das lerntheoretische Modell. Psychoanalytische Konzeptualisierungen stehen derzeit hinsichtlich ihrer Bedeutung weit hinter diesen Modellen zurück. Rost (1987, 13) beklagt hier die Resignation der Psychoanalyse vor der Vielschichtigkeit und Komplexität des Alkoholismus, eine Resignation, die sowohl auf der Ebene der Theorienbildung wie auch auf der Ebene der Therapie spürbar ist.

1.2.1. Das medizinisch-psychiatrische Krankheitsmodell

Diese Theorie behauptet - kurz gesagt -, Alkoholismus sei eine Krankheit (vgl. Antons 1981a, 231) und ist die entscheidende gesundheitsrechtliche Grundlage für die Therapie und Rehabilitation der Alkoholabhängigen und ist in den meisten Ländern zudem auch die theoretische Grundlage für die Gesundheitspolitik, auf der die suchtpreventiven Maßnahmen aufbauen.

Im klassischen medizinischen Krankheitsmodell wird Alkoholismus als eine im Individuum angelegte pathologische Entität rekonstruiert, die sich darin manifestiert, daß der Alkoholkranke per se nicht in der Lage ist, selbstkontrolliert d.h. normgerecht mit der Substanz Alkohol umzugehen (vgl. Fahrenkrug 1984). Alkoholverlangen, Kontrollverlust und Toleranzerwerb sind die zentralen Kategorien in diesem Modell (Petry 1985, 1; Süß 1988, 23). Alkoholverlangen ist ein unwiderstehliches körperliches (nicht symbolisches) Verlangen nach Alkohol. Zum Kontrollverlust - als wichtigstem (aber auch umstrittensten) Indikator der Abhängigkeit, der sich im zwanghaften Trinken bis zum Umfallen manifestiert - kommt es, wenn der Alkoholiker dem Verlangen nach Alkohol nachgibt. Toleranzerwerb meint, daß die Alkoholwirkung aufgrund einer mit der Trinker-Zeit erworbenen erhöhten Gewebetoleranz abnimmt, d.h. der Alkoholiker muß mehr trinken, um die gleiche Wirkung (wie früher) zu verspüren. Dabei ist es wichtig zu sehen, daß nach diesem Modell somatische Prädispositionen für das Auftreten von Alkoholverlangen und Kontrollverlust entscheidend sind, d.h. Alkoholverlangen und Kontrollverlust werden - in Anlehnung an Jellinek - als Hinweise auf zugrundeliegende gestörte biochemische Prozesse gedeutet. Das Problem liegt nun darin, daß diese pathologischen biochemischen Prozesse bis heute unbekannt sind; Jellineks Vermutungen konnten also bis heute nicht bestätigt werden (Antons 1981b, 200; Pattison 1982). Dennoch tun eine Reihe von Vertretern dieser medizinisch-psychiatrischen Richtung einfach so, als würden derartige Erkenntnisse schon vorliegen (gutes Beispiel: Schmidt 1986), was - wie ich an anderer Stelle schreibe (Barthels 1989) - ein prägnantes Beispiel dafür ist, daß das 'autistisch-undisziplinierte Denken' sensu Bleuler (1921) in der Psychiatrie leider noch längst nicht überwunden ist. Eine andere Position nehmen jene Anhänger des Krankheitsmodells ein, die uns bestätigen, daß wir heute solch

ein - bisher mentalistisch beschriebenes - Phänomen wie das Alkoholverlangen in der Tat noch nicht in physiologische oder physikalistische Termini überführen können, daß das aber in nicht allzu ferner Zukunft möglich sei. Diese Position ist die eines 'eliminativen Materialismus', der - wissenschaftstheoretisch und -historisch gesehen - wenig sinnvoll, d.h. wenig erfolgversprechend ist (vgl. Groeben 1986, 302). Dieses Programm, in dem innere Gegebenheiten als eliminierbar und als eliminierbedürftig angesehen werden, widerspricht nämlich der Intuition des Benutzers von Alltagssprache, der dieses mentalistische Vokabular als nicht ersetzbar empfindet (Bieri; Groeben 1986 ebd.). Diese Position ist aber für uns auch deshalb nicht haltbar, weil wir ganz einfach keinen Alkoholiker, der sich jetzt und hier in Therapie befindet, durch Chirurgie oder Biochemie heilen können.

Nun wie dem auch sei, aufgrund der überstarken Kritik am Krankheitsmodell haben sich dessen Vertreter (Feuerlein 1984 z.B.) etwas Neues überlegt. Sie verlassen ihre unitäre Betrachtungsweise und führen das Konzept der Multikonditionalität ein; man spricht jetzt vom Trias der Entstehungsbedingungen - Droge, Individuum, Sozialfeld - und wechselt so von der einseitigen Histopathologie auf eine umfassendere Sicht des Suchtgeschehens über. Es ist der Versuch, den Fatalismus des medizinischen Modells zu relativieren, aber ein mißlungener Versuch, denn dieses Konzept der Multikonditionalität ist ganz einfach eine Leerformel (vgl. Petry 1985; Rost 1987, 12) in der sich der Leidende verliert (was nützt es diesem, wenn man auf die gesellschaftliche Bedingtheit seines Leidens hinweist). Sowieso können wir aber festhalten, daß sich in der Praxis (und zwar besonders bei Selbsthilfegruppen wie den AA) das ursprüngliche Krankheitsmodell immer noch großer Beliebtheit erfreut (Süß 1988, 33).

1.2.2. Lerntheoretische Modelle der Alkoholabhängigkeit

Das lerntheoretische Modell gibt es - wie der Titel dieses Abschnittes andeutet - nicht. Die Geschichte der verhaltenstheoretischen Konzeptualisierungen der Alkoholabhängigkeit läßt sich schreiben als die einer schrittweisen Annäherung an die konkrete Alltagswirklichkeit/-komplexität. Die frühen nicht-vermittelnden Modelle der klassischen und operanten Konditionierung erwiesen sich insgesamt als unzulänglich in der Beschreibung,

Erklärung und Prognose pathologischer Trinkmuster und werden auch heute kaum mehr beachtet (Marlatt & Donovan 1982; George & Marlatt 1983). In letzter Zeit hat vor allem die sozial-kognitive Lerntheorie von Marlatt (1978a; 1978b) besondere Aufmerksamkeit und großes Interesse erlangt. Bevor ich nun auf dieses Modell zu sprechen komme, möchte ich jene Standpunkte, die für alle lerntheoretischen Modelle kennzeichnend sind, kurz darlegen. Da ist erst einmal die zentrale Auffassung, daß es sich beim abhängigen Alkoholkonsum um ein erlerntes, deviantes Verhalten handelt, das den allgemeinen Gesetzmäßigkeiten des Lernens und Umlernens unterworfen ist. Alkoholismus ist ein hypothetisches Konstrukt, das sich im exzessiven Alkoholtrinken manifestiert. Dieses beobachtbare symptomatische Verhalten kann im Experiment untersucht werden. Die funktionale Analyse des Problemtrinkens soll zeigen, unter welchen Bedingungen das Problem entsteht und welche dieser Bedingungen verändert werden müssen, um das Problem in den Griff zu bekommen. In den späteren (vermittelnden) Modellen wird auch betont, daß Selbstkontrolle nicht eine Eigenschaft ist, die man entweder besitzt oder nicht besitzt, sondern daß es sich hierbei um eine erlernbare Fertigkeit handelt. Damit kann der Alkoholiker abstinentes Verhalten lernen, oder unter Umständen (v.a. junges Alter) sogar lernen, wieder kontrolliert zu trinken (eine Meinung, die aber nicht alle Verhaltenstheoretiker teilen).

Kommen wir jetzt auf das sozial-kognitive Modell von Marlatt zurück. Es handelt sich hierbei um ein Erwartungs x Wert-Modell, in dem vier grundlegende Komponenten des Trinkverhaltens unterschieden werden:

1. Die Risikosituation - eine Situation, in der sich eine bestimmte Person hilflos fühlt.
2. Die Selbstwirksamkeits-Erwartung, die sich darauf bezieht, ob diese Person alternative (zum Alkohol) Bewältigungsstrategien wahrnimmt.
3. Die Erwartung über den Effekt des Alkohols, die sich in Form von Alkohol-Ergebnis-Erwartungen manifestiert.
4. Die Verfügbarkeit des Alkohols und etwaige Trinkzwänge.

Die Wahrscheinlichkeit des Alkoholkonsums ergibt sich - nach Marlatt - aus der Interaktion dieser vier Faktoren:

Eine Person fühlt sich in einer bestimmten Situation hilflos und greift letztlich auf den Alkohol zurück (sofern dieser vorhanden ist), da sie keine anderen Bewältigungsstrategien wahrnehmen kann.

Die verhaltenstheoretische Position betont also auf ihrem jetzigen Entwicklungsabschnitt die Wichtigkeit kognitiver Variablen, die allerdings im behavioristischen Denkschema lediglich als von der Umwelt abhängige Variablen fungieren - eine Konzeption, die zu Widersprüchen und metaphorisierenden Aufweichungen der ehemals präzisen Terminologie führt (Groeben & Scheele 1977). So konnte Scheele (1981) z.B. nachweisen, daß Selbstkontrolle in der derzeitigen Auffassung zwar aus dem konditionierungstheoretischen Paradigma hervorgegangen ist, inzwischen aber innerhalb eines kognitiv-epistemologischen Forschungsprogramms (s.u.) zu lokalisieren und elaborieren ist. Festhalten können wir, daß sich die kognitiven Lerntheoretiker zwar vermehrt um die Einbeziehung kognitiv-motivationaler Variablen bemühen, daß aber diese inhaltliche Ausweitung scheitert, weil sie (die Lerntheoretiker) gleichzeitig an einer Methodenkonzeption (Experiment) festhalten, welche die ontologischen Implikationen eines logischen Behaviorismus realisiert (Groeben & Scheele 1977, 38): Der Alkoholiker steht unter Kontrolle der Umwelt.

1.2.3. Psychoanalytische Modelle von Alkoholismus

Die Psychoanalytiker halten nach wie vor am Suchtbegriff fest. Sie weisen dem Charakteristikum der Süchtigkeit, als einem dominierenden Verlangen nach bestimmten Werten oder Scheinwerten, das letztlich unabhängig von den konsumierten Drogen besteht, eine besondere Bedeutung im Trinkverhalten des Alkoholikers zu. Lürßen (zit. nach Rost 1987, 15) definiert Sucht als "einen inneren Zwang ('zwanghafte Unwiderstehlichkeit'), die hemmungslose unbezwingbare Gier, einen bestimmten Stoff einzunehmen, ohne Rücksicht, bzw. sogar unter bewußter oder unbewußter Einbeziehung seiner schädigenden Folgen".

Mit Rost (1987) können wir drei psychoanalytische Modelle zur Genese der Alkoholabhängigkeit unterscheiden.

Das Konfliktmodell ist ein triebpsychologischer Ansatz in dem davon ausgegangen wird, daß der exzessive Alkoholkonsum dazu dient, unterdrückten und verdrängten triebhaften Impulsen (vornehmlich sexueller Art) zum Durchbruch zu verhelfen. Die Trunksucht wäre damit als mißglückte Lösung eines Triebkonfliktes anzusehen.

Ein zweites Modell - das ich- oder strukturspsychologische Modell - beschreibt die Sucht als Resultat eines Defekts in der zentralen Ich-Instanz. Der exzessive Alkoholkonsum wird als ein Selbstheilungsversuch verstanden, mit dem die in der Persönlichkeitsstruktur vorhandenen Lücken kompensiert werden sollen. Die Anhänger dieser Theorie gehen von der Beobachtung aus, daß wichtige Ichbereiche wie z.B. Affektivität und Impulskontrolle beim Alkoholiker unentwickelt und schwach sind, was sich unter anderem auch in ihrer gestörten (d.h. niedrigen) Frustrationstoleranz widerspiegelt. Schon geringe Frustrationen lösen bedrohliche affektive Reaktionen aus, die als beängstigend und überwältigend erlebt werden, die aber vom Alkohol gedämpft werden können, so daß die drohende Ich-Desintegration abgewehrt werden kann. Der Alkoholkonsum dient also hier nicht mehr wie im ersten Modell dazu, unterdrückten Gefühlen und Trieben zum Durchbruch zu verhelfen, sondern verhindert, daß die bedrohlichen Gefühle, die der Süchtige kontrollieren will, ins Bewußtsein gelangen.

Im dritten - dem objektpsychologischen - Modell steht die Selbstzerstörung des Alkoholikers im Vordergrund. Das Suchtmittel stellt hier einen Ersatz bzw. Wiederholung einer frühkindlichen Beziehung dar. Die inadäquate Mutter-Kind-Beziehung, Ablehnung und/oder Versagung oder übermäßige Geborgenheit und Verwöhnung, spielt in diesem Modell eine zentrale Rolle bei der Entstehung von Alkoholsucht. Der aus dieser unbefriedigenden Beziehung resultierende Konflikt wird in der Sucht auf eine außerordentlich aggressive und sadistische Weise ausgetragen.

Damit schließe ich meine (unvollständigen) Erörterungen über Alkoholismus erst einmal ab (die psychoanalytischen Konzeptualisierungen laße ich jetzt so stehen und wirken, ich kritisiere später), und ich wechsele zum Bereich Jugend über.

Jugend und Alkohol

2.1. Das Jugendalter

Es ist (auch hier wiederum) nicht einfach das Jugendalter durch eine bündige Definition umfassend zu präzisieren (vgl. Frey 1978, 466), da die Arbeiten über diesen Entwicklungsabschnitt unscharf und heterogen sind (Olbrich 1984, 3). Bei der zeitlichen Eingrenzung fällt es zunächst noch relativ leicht, den Beginn der Jugend am biologischen Geschehen der Pubeszenz festzumachen; die physiologischen und morphologischen Veränderungen, die mit der geschlechtlichen Reifung einhergehen, markieren den Übergang von der Kindheit in das Jugendalter. Psychische und soziale Veränderungen werden hier als Epiphänomene verstanden (Olbrich ebd.). Wesentlich schwieriger ist es aber, das Ende des Jugendalters zu bestimmen; hier kommen nämlich in erster Linie psychische und soziale Merkmale in Frage und zudem dauert die Entwicklung im Erwachsenenalter weiter an.

Auf einer inhaltlichen Ebene kann man festhalten, daß das Jugendalter eine Zeit des Werdens und der Entwicklung ist, in der der Jugendliche idealtypisch aus den Abhängigkeitsbeziehungen, die seine (und allgemein die) Kindheit prägen, hineinwächst in die Rolle eines eigenverantwortlichen Erwachsenen. Während man bis vor kurzer Zeit noch eher die Krisenhaftigkeit dieser Entwicklung in den sogenannten Störreizmodellen, in denen das Hauptaugenmerk auf Krise und Konflikt (Stichwort: negative Phase; Identitätskrise und dgl.) liegt, betonte, verlagerte sich der Akzent in neueren Sichtweisen des Jugendalters nun von diesen Stressoren weg auf die produktive Bewältigungsmechanismen der Jugendlichen: "Das Augenmerk richtet sich in erster Linie auf das Umgehen mit all diesen belastend oder herausfordernd erlebten Veränderungen, auf ihre Verarbeitung und auf die in der Regel ablaufende produktive Bewältigung" (Olbrich 1984, 34). Dieser theoretische Switch in der Betrachtungsweise des Jugendalters bedeutet, daß die Entwicklung der Jugendlichen fortan nicht mehr von Krisen und Konflikten, allgemein gesprochen nicht mehr ausschließlich von (positiven und/oder negativen) äußeren Umständen abhängt, sondern vielmehr von ihnen - den Jugendlichen - selbst.

Ein wichtiges Konzept in dieser neuen Jugendpsychologie stellt der Begriff 'coping' dar, der

allerdings aufgrund seiner Unschärfe und Weitgespanntheit auch nicht unproblematisch ist. Übereinstimmung bezüglich dieses Begriffs besteht laut Olbrich (1984, 33) weitgehend darüber, daß es sich beim 'coping' um eine aktuelle, kurz andauernde, person- und situationsabhängige (d.h. multikonditional determinierte) Form der produktiven Anpassung an eine Situation der Ambiguität oder der Disäquilibration (eine herausfordernde Situation also) ist - ein Prozeß, der immer dann abläuft, wenn die habitualisierten Verhaltensprogramme nicht mehr ausreichen und der (aus kognitionspsychologischer Sicht) durch die kognitiv wahrgenommene Behebung der belastenden oder herausfordernden Anforderungen angetrieben wird. Die Kognitionspsychologen vertreten dabei - in Anlehnung an Banduras 'self-efficacy-Konzept' - die Auffassung, daß das Coping nur dann initiiert und durchgehalten wird und werden kann, wenn die betreffende Person von ihrer eigenen Effektivität überzeugt ist: "Wer angesichts besonderer Entwicklungsaufgaben, von belastenden Lebensereignissen oder kritischen Veränderungen produktive Anpassung vollziehen will, muß nicht nur die Fähigkeiten haben, mit der Situation umzugehen; auch die Überzeugung oder der Glaube an die eigene Kompetenz hilft" (Olbrich 1984, 26). Döbert und Nunner-Winkler (1984) weisen in ihrem Beitrag über Abwehr- und Bewältigungsprozesse in normalen und kritischen Lebenssituationen nach, daß ein wichtiges Kriterium für die Bewältigung dieser Anforderungen die Richtigkeit bzw. 'Wahrheit' der Wahrnehmung und Informationsverarbeitung eben dieser Anforderungssituation ist. So können z.B. Jugendliche mit realitätsgerechteren und erklärungskräftigeren ('wahren') subjektiven Selbstmordtheorien Selbstmordimpulse besser überwinden als Jugendliche bei denen dieses Selbstmordverständnis weniger entwickelt ist, wobei - so wie ich das sehe - 'größere Wahrheit' hier auch bedeutet, daß der Jugendliche erkennt, daß äußere kritische Anlässe oder innere Impulse keinen direkten Einfluß auf sein Verhalten haben, sondern daß er diese Stressoren/Impulse aktiv verarbeiten und eine persönliche Antwort auf sie geben kann.

Es wird nun in der klassischen Jugendpsychologie immer wieder darauf hingewiesen, daß psychische Störungen oder Problemverhaltensweisen im Jugendalter gehäuft auftreten. Man geht dementsprechend auch davon aus - so wie ich schon in der Einleitung bemerkte -, daß Jugendliche per se Probleme mit dem Alkohol haben, man vergißt dabei, daß solche Entwicklungsaufgaben - denn als

solche ist, wie ich jetzt darlegen werde, der Umgang mit Alkohol anzusehen - in der Mehrzahl der Fälle ohne manifeste Störungen bewältigt werden (Olbrich 1984, 21; Seiffge-Krenke 1984, 357).

2.2. Die Bedeutung des Alkoholkonsums für den Jugendlichen

Auf gesellschaftlicher Ebene wird das Trinken von Alkohol zumindest beim Erwachsenen normativ erwartet (Weber & Püttmann 1980, 321). In einem Land wie der BRD, das eine Mittelstellung zwischen Permissiv-Kultur und Permissiv-funktionsgestörter Kultur einnimmt, wo also Alkoholgenuß und unter bestimmten Umständen auch Alkoholexzesse gebilligt werden (vgl. Feuerlein 1984, 57-58), symbolisiert das Trinken von Alkohol sowohl die Gesellschaftsfähigkeit einer Person als auch deren Gesellschaftswertigkeit. Während das in sozial integrierter Manier trinkende Individuum positiv bewertet wird, werden Abstinenzler und Alkoholiker äußerst negativ bewertet; beide Gruppen enttäuschen eine normative Erwartung - die Alkoholiker enttäuschen die Erwartung, daß Alkohol nicht getrunken werden soll, wenn daraus Störungen und Schaden entstehen (Weber & Püttmann 1980, 321).

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention und im Interesse einer gesunden körperlichen und geistig-seelischen Entwicklung ist nun z.B. in der BRD der Verkauf und die Abgabe alkoholischer Getränke an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren (in Luxemburg 18 Jahren; Commission de l'Année Internationale de la Jeunesse 1985) gesetzlich geregelt, d.h. verboten (Gerchow & Heberle 1980, 67). Dennoch erscheint es doch als mehr oder weniger selbstverständlich, daß Jugendliche Alkohol konsumieren (Berger & Legnaro 1980, 115). Nach einer Untersuchung von Fahrenkrug (1980, 13) liegt die Abstinenzquote von Jugendlichen im Alter von 16-17 Jahren ungefähr bei 5%, das ist dieselbe Quote wie bei Erwachsenen, auch nur 5% der erwachsenen Bevölkerung leben total abstinente (auch österreichische Jugendliche besitzen fast durchwegs Erfahrungen mit Alkohol; Weiss 1985, 177). Dieses Ergebnis ist auch nicht weiter verwunderlich, wenn man den Jugendalkoholkonsum in seinem Bezug zur Gesamtgesellschaft sieht (Fahrenkrug 1980, 13; Reuband 1980b, 77). Da der Alkoholkonsum als ein selbstverständlich angesehener Bestandteil des Erwachsenseins angesehen wird, und da der Jugendliche auf dem Weg zur Übernahme des Erwachsenenstatus ist, versteht es sich, daß er so

früh wie möglich die Alkoholerfahrung sucht. Diese Suche hat also nicht notwendigerweise etwas mit Pathologie zu tun.

Bemerkenswert ist nun die 'doppelt inkonsistente Haltung' der Eltern (Berger & Legnaro 1980, 118), denen bei der Alkoholsozialisierung ihrer Kinder eine bedeutende Funktion zukommt. Da ist erst einmal die Inkonsistenz zwischen Erziehungsverhalten und Vorbild. Jene Eltern, die selbst Alkohol konsumieren und dabei gleichzeitig eine restriktive Alkoholerziehung betreiben, liegen immer in der Gefahr, ihre Kinder, die ja auch (aber nicht nur!) durch Identifikation lernen, zu verwirren. Zum anderen besteht Inkonsistenz bei der Festlegung der normativen Richtlinien wenn dem Jugendlichen einerseits der Alkoholkonsum verboten wird, während andererseits in anderen Bereichen die frühzeitige Übernahme von Verhaltensweisen Erwachsener gebilligt und sogar gefordert wird.

Es dürfte leicht einsehbar sein, daß diese Frage nach den ersten Alkoholerfahrungen für den Jugendlichen eine offene Situation, eine Situation der Ambiguität darstellt, die 'coping' verlangt, also eine produktive Bewältigung, wenn eine Karriere vom Jugendlichen zum Alkoholiker vermieden werden soll. Und wir können - wie ich schon mehrmals betont habe - davon ausgehen, daß diese produktive Bewältigung den meisten Jugendlichen gelingt.

2.3. Jugendalkoholismus

Wenn die Kenntnisse, die der Jugendliche in seiner - durch Inkonsistenzen geprägten - Alkoholsozialisierung durch Eltern und auch peer-groups - die Einwirkung der Schule auf das Alkoholverhalten der Jugendlichen ist im übrigen laut Berger & Legnaro (1980, 121) gleich Null -, wenn also diese Kenntnisse, die sich - wie ich noch zeigen werde - als Subjektive (Alkohol-)Theorien eines im Idealfall handelnden Subjekts rekonstruieren lassen - für die meisten dieser Menschen auch ein 'Stück Beherrschung der Droge' (Huber 1982, 11) Alkohol bedeuten, so gibt es doch auch Jugendliche, die Probleme mit dem Alkohol haben. In der Untersuchung von Fahrenkrug (1980) war eine Minderheit von 17% zumindest alkoholgefährdet (wovon 8% 'periodisch starke Trinker' und 9% 'kontinuierlich starke Trinker' sind). Witts (1980, 150) Meinung, daß Alkoholismus "eine Krankheit ist, die bei Kindern und Jugendlichen nach den gleichen Gesetzmäßigkeiten abläuft wie bei den Erwachsenen" (nur

vielleicht schneller s.o.) spiegelt wohl die generelle Auffassung, die ja auch unsere auf diesem Krankheitsmodell basierende Gesundheitspolitik begründet (s.o.) wider.

Soer (1978, 66) allerdings bezieht unter den Begriff Jugendalkoholismus auch schon die Prodromalstadien (s.o.) des Alkoholismus ein. Für ihn ist es dann möglich, von Jugendalkoholismus auch dort zu sprechen, wo die Merkmale der Erwachsenenform des Alkoholismus noch nicht existieren (Soer ebd.). Das ist - wie ich noch zu begründen versuchen werde - eine sehr bedenkliche, weil kontraproduktive Ausweitung des Begriffs. Gruner (1976) hat einen weiteren Versuch der Typenbildung - jetzt allerdings bezogen auf den Jugendalkoholismus - unternommen. Er unterscheidet fünf Erscheinungsformen:

1. Der Gelegenheitstrinker (oder der Probierer) - ein normales Phänomen in der Übergangszeit zwischen Kindheit und Erwachsenenalter.
2. Der beginnende Gewohnheitstrinker, der mit seinem Eintritt ins Berufsleben (und damit in einen Teil der Erwachsenenwelt) erstmals und mehr oder weniger regelmäßig mit Alkohol in Kontakt kommt.
3. Der primäre Rauschtrinker, der das Rauscherleben aufgrund einer durch Krisen und Konflikte gekennzeichneten Entwicklung, bewußt sucht und daher exzessiv trinkt.
4. Der sekundäre Rauschtrinker, der von den illegalen Drogen auf die legale Droge Alkohol umgestiegen ist (kein Beschaffungsproblem!).
5. Der fakultative Rauschtrinker als Mehrfachabhängiger (Polytoxikomanie).

Prototyp des jugendlichen Alkoholikers sei - so Gruner (1976, 56) - der primäre Rauschtrinker, der eine gewisse Verwandtschaft mit dem erwachsenen Gamma-Alkoholiker habe (vgl. Stimmer 1978, 33). Ihm selbst seien hier Fälle bekannt (Gruner ebd.), wo schon der erste Alkoholgenuß aus unerklärlichen Gründen zum praktisch sofortigen Kontrollverlust geführt hätten; er spricht vom 'instant-Alkoholiker'; in der Regel aber dauere es 2 - 5 Jahre bis sich der Kontrollverlust und das voll ausgeprägte Bild der Alkoholkrankheit entwickelt habe. Nun, ich lasse das jetzt mal so stehen und gehe auf eine weitere

Differenzierung dieses jugendlichen Gamma-Typs ein, die von Stimmer (1978, 33) stammt. Er nämlich unterteilt diesen Konflikttypus in den Gammatyp 1, der sich durch ein hohes Konfliktbewußtsein auszeichnet und den Gammatyp 2, bei dem ein niedriges Konfliktbewußtsein vorherrscht. Stimmer konnte in seiner Untersuchung nachweisen, "daß beim jungen Alkoholiker, aufgrund seines jugendlichen-Status, ein höheres und meist auch bewußteres Konfliktpotential besteht als bei älteren Alkoholikern" (Stimmer 1978, 35). Er versteht dann auch den Kontrollverlust nicht mehr als Unfähigkeit des jugendlichen Alkoholkonsumenten, sondern als ein Ausweg, den der Jugendliche bewußt als einzig möglichen perzipiert. Dies ist nun eine Auffassung, in der eine neue Perspektive in unser Blickfeld kommt: nämlich die Möglichkeit des sinnhaften Handelns des Menschen, die meiner Meinung nach auch eine reelle Möglichkeit in der Alkoholismusdiskussion darstellen kann und müßte (vgl. Barthels 1989). Diese Möglichkeit berücksichtigen heißt aber, daß wir unsere gegenwärtigen Glaubenssätze über Alkoholismus z.T. ganz erheblich revidieren müssen. Warum? Die Antwort auf diese Frage ist der Ausgangspunkt einer - so meine ich - relativ neuen Überlegung und sie steht im nächsten Abschnitt.

Die Verletzung des Konsistenz-Postulats von Forderungssätzen als zentrales irrationales Moment in der derzeitigen wissenschaftlichen Alkoholismus- und Jugendalkoholismusdebatte

Die meisten Experten und Therapeuten, die sich mit den sogenannten 'Alkoholkranken' (jugendlichen und erwachsenen) beschäftigen, fordern von diesen Verantwortung und Selbstkontrolle im Umgang mit Alkohol (in und/oder nach der Therapie; vgl. Barthels 1989, 4ff.). Gleichzeitig aber - und das wird deutlich, wenn man sich die (deterministisch-mechanomorphen) Alkoholismustheorien näher anschaut - sind dieselben Experten und Therapeuten im Grunde davon überzeugt, daß der 'Alkoholranke' seinen Umgang mit dem Alkohol überhaupt nicht kontrollieren kann, daß er also auch nicht verantwortlich damit umgehen kann.

Es herrscht heute schon eine gewisse Übereinstimmung darüber, daß für den Patienten, der keine Verantwortung übernehmen will, auch keine Therapie (und keine Selbstkontrolle) möglich ist (Montada 1983; Yalom 1989). Das Problem besteht nun aber darin, daß die meisten Experten und

Psychotherapeuten - ob sie nun aus dem medizinisch-psychiatrischen, behavioristischen oder psychoanalytischen Lager stammen - zwar erkennen, daß sie, um effektiv arbeiten zu können, an die Verantwortungsübernahme und damit letztlich auch an das Konzept des freien Willens glauben müßten, daß aber viele von ihnen, aufgrund ihrer 'naturwissenschaftlichen Sozialisation', gar nicht an diese Perspektive der freien Wahl glauben können: "Die [besseren, M.B.] Therapeuten befürworten die Verantwortungsübernahme, aber ihr geheimer Zweifel sickert durch; sie können die Patienten nicht von etwas überzeugen, was sie selbst nicht glauben" (Yalom 1989, 319). Das Resultat ist eine kontra-produktive 'double-bind-Situation'.

Wie soll sich denn ein 'Alkoholkranker' in bezug auf seinen Alkoholkonsum kontrollieren können, wenn ihm - laut medizinischem Modell - gerade diese Fähigkeit aufgrund irreversibler somatischer Veränderungen abgeht (Kontrollparadoxon, vgl. George & Marlatt 1983, 107; Petry 1985, 4): Der Alkoholranke leidet unter Abstinenzverlust, er ist deshalb unfähig, eine kurze Zeitspanne ohne Alkohol auszukommen. Es kommt nämlich schon nach wenigen Stunden zu einer Gier nach Alkohol, die den Kranken zwingt, dieses Suchtmittel einzunehmen, so die Erläuterungen von Schmitz et al. (1986, 14) in einem Buch über die 'Betreuung Alkoholkranker'.

Wie soll ein Mensch, der ja nach behavioristischer Konzeption unter Kontrolle der Umwelt steht, Verantwortung für etwas übernehmen, wenn sein Wollen mechanisch-automatisch unter Kontrolle der Umwelt zustande kommt (vgl. Groeben 1986, 309).

Auch Rost - und jetzt kommt meine Kritik am psychoanalytischen Modell - ist sich sehr wohl bewußt (vgl. Rost 1987, 66), daß z.B. die ichpsychologischen Theorien psychoanalytischer Provenienz deutliche mechanistische und damit dehumanisierende Aspekte in sich tragen, und daß diese den therapeutischen Prozeß erheblich behindern (wenn nicht verhindern) können. Meine Kritik ist aber auch hier wieder dieselbe: ich sehe nicht recht wo und wie er (Rost) diese deterministischen Implikationen der psychoanalytischen Modellierungen überwinden will. Der Widerspruch zwischen Determinismus und Autonomie, zwischen 'szientistisch-empirischem und aufklärerisch-emanzipatorischen Anspruch' tritt nämlich laut Mundt (1979, 246) als ein Grundelement aller psychoanalytischer Richtungen hervor,

da eben diese Psychoanalyse "zumindest in ihrem theoretischen Überbau, der naturwissenschaftlichen Methodik mit ihrem Kausalitätsdenken verhaftet" (Condreau 1989, 187) bleibt (vgl. Montada 1983, 182).

Die Irrationalität in der derzeitigen Alkoholismusdiskussion - von der ich in der Einleitung sprach - manifestiert sich also hier darin, daß Alkoholprobleme als Funktion situativer Kräfte oder des Zusammenspiels situativer und dispositionaler Kräfte angesehen werden, daß sich also das Problemtrinken einer Person durch Bedingungskonstellationen erklären läßt, "für die - wenn überhaupt jemand - andere verantwortlich sind (Entwicklungsumstände, krisenhafte Überlastungen, aktuelle situationale Einflußkräfte, Persondispositionen u.a.m.)" (Montada 1983, 164), daß aber in der Therapie oder Suchtprävention der Klient oder Jugendliche (im Sinne der neuen Jugendpsychologie s.o.) als entscheidungsfähige und damit verantwortliche Person mit (pseudo-rationalen) Argumenten angesprochen wird. Doch was nützen diese Argumente, wenn das dadurch (vermeintlich) erhöhte Wissen überhaupt nicht effektiv gegen das Problemtrinken eingesetzt werden kann, weil dieses Problemverhalten außerhalb der Kontrolle der Person liegt. Welche Bedeutung hat dann noch das Ziel "verantwortlicher und selbstkontrollierter Umgang mit Alkohol" (Koller 1988, 17) in der vorbeugenden Arbeit nach Denkschema UNESCO.

Der einzige Ausweg aus diesem Dilemma besteht darin, daß wir unsere Menschenbildannahmen und unsere Forschungsstrukturen grundlegend ändern - so wie Groeben und Mitarbeiter das mit ihrem 'Forschungsprogramm Subjektive Theorien' getan haben (vgl. Groeben & Scheele 1977; Groeben 1986; Scheele & Groeben 1988; Groeben et al. 1988). Groeben et al. beschreiben den Menschen als ein epistemologisches, reflexives, handelndes Subjekt. Die zentralen Merkmale dieses Subjekts sind seine Reflexivität, die Rationalität, die Kommunikations- und Handlungsfähigkeit. Damit ist natürlich nicht gemeint, daß der Mensch immer und überall rational denkt und handelt, es wird nur angenommen, daß er das grundsätzlich kann. Aufbauend auf diesem Gegenstandsvorverständnis möchte ich nun in dem folgenden Abschnitt vier Thesen aufstellen, die sich vornehmlich (aber nicht nur) auf das Jugend-Alkohol-Phänomen beziehen.

Vier Thesen zu Jugend und Alkohol

These 1:

Es ist sinnvoll und berechtigt (und unter den derzeitigen Bedingungen sogar notwendig) das Konzept der Trink-Handlung als Möglichkeit in die Jugend-Alkoholismus-Diskussion einzuführen.

Zentrale Merkmale dieser Trink-Handlung sind Intentionalität, Willkürlichkeit, Planung, Sinnhaftigkeit, Ziel-, Normen-, (etc.) Orientiertheit. Von einer Trink-Handlung sprechen wir dann, wenn die selbstbezogenen Aussagen des Akteurs über die (intentionalen) Gründe seines Alkoholkonsums realitätsadäquat sind. Diese selbstbezogenen Aussagen sind in Form von Subjektiven Theorien (über Alkohol etc.) zu rekonstruieren. Die sog. enge Definition des Konstrukts 'Subjektive Theorie' besagt, daß es sich hierbei um "Kognitionen der Selbst- und Weltsicht [handelt, M. B.], die im Dialog-Konsens aktualisier- und rekonstruierbar sind als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur, das auch die zu objektiven (wissenschaftlichen) Theorien parallelen Funktionen der Erklärung, Prognose, Technologie erfüllt, deren Akzeptierbarkeit als 'objektive' Erkenntnis zu prüfen ist" (Groeben et al. 1988, 22). Diese 'Subjektive Theorie' besteht aus zwei Systemen: Einmal aus dem Wissens- bzw. Überzeugungssystem und zum zweiten aus einem subjektiven Motivationssystem. Zur Beurteilung der Rationalität dieses subjektiven Reflektierens können die metatheoretischen Kriterien der Wissenschaftstheorie herangezogen werden. Eine Trink-Handlung ist aus pragmatischer Perspektive (der Semiotik) immer rational, weil die Gründe, die der Trinkende in seinem Motivationssystem für sein Trinken angibt, als Ursachen d.h. als objektive, rationale Erklärung akzeptiert werden können (die Subjektive Theorie ist also handlungsleitend). Man kann aber unterscheiden zwischen optimal und begrenzt rationalen Trink-Handlungen (auf den Ebenen der syntaktischen und semantischen Rationalität). Bei der optimal rationalen Trink-Handlung ist sowohl das Motivations- wie auch das Überzeugungssystem realitätsadäquat, während bei der begrenzt rationalen Trink-Handlung nur das Motivationssystem realitätsadäquat ist.

Mit dieser Einheit 'Trink-Handlung' ergibt sich eine neue Problemsicht von solchen Konzepten wie

Alkoholabhängigkeit, Alkoholverlangen und Kontrollverlust:

Alkoholabhängigkeit wäre dann zu verstehen als das Ergebnis eines mehr oder weniger bewußten, fortgesetzten Handelns, wobei das Trinken das Mittel zur Erreichung der Wirkung der Handlung ist, die wiederum der Zweck oder das Ziel der Handlung ist. (Bei begrenzt rationalen Trink-Handlungen wird diese Wirkung nicht erreicht, weil das Überzeugungssystem falsch ist).

Alkoholverlangen wäre mit dem Wunsch des Akteurs gleichzusetzen, eine bestimmte Erfahrung zu machen und hätte nichts mehr zu tun mit einer inneren Notwendigkeit nach der Substanz. Bei einer körperlichen Alkoholabhängigkeit wäre dieses Verlangen nicht mehr unbezwingbar, sondern schwer bezwingbar, nichtsdestotrotz aber bezwingbar.

Kontrollverlust könnte man als das Resultat eines Entschlusses 'sich gar nicht kontrollieren zu wollen' (Edwards 1986, 35) interpretieren. Wenn ich in dem Fall das kontrollverlustige Trinken noch als Trink-Handlung beschreibe, dann weist dies auf die entscheidende Funktion einer übergeordneten Intentionalität hin. Damit gehe ich davon aus, daß der Trinkende von der Unwillkürlichkeit bestimmter Teilprozesse weiß und daß er diese unwillkürlichen Prozesse gleichsam in seine willkürlich bewußte Handlungssteuerung integriert (Barthels 1989). Eine solche Interpretation liegt m.E. beim Kontrollverlust-Phänomen des oben dargestellten jugendlichen Trinkers des Gamma-Typs 1 nahe.

Die Beschreibungseinheit 'Trink-Handlung' unterstellt also eine Planungs- und Entscheidungsfähigkeit beim Trinkenden. Die Konsequenz dieser Implikation ist, daß wir dem Trinkenden Verantwortlichkeit für sein Trinken, für seine Probleme zuschreiben können und müssen. Wenn wir aber nun davon sprechen, daß das problematische Trinken der Person nicht von seiner Entscheidung, sondern von der 'Alkoholkrankheit' (und wir dabei Krankheit nicht neu definieren) herrührt, dann nehmen wir dem Trinker seine Verantwortung weg und so entmündigen wir ihn kurzerhand (vgl. Montada 1983, 172). Diese moralische Strategie kennzeichnet den 'schlechten' (im Gegensatz zu 'besseren' s.o.) Therapeuten aus; die Behandlung wird dadurch zwar ineffektiv nichtsdestotrotz aber erleichtert: Ein Objekt bringt nämlich keine wesentlichen Gegenargumente in das

therapeutische Gespräch ein und läßt sich so leichter kontrollieren als ein aktiv sinnkonstituierendes Subjekt.

Ich bin jetzt mit meinen Überlegungen an einem Punkt angelangt, wo wir uns mit der 'Ethik der Sucht' auseinandersetzen müssen. Denn die gesamte Alkohol- und Drogendiskussion enthält auch einen ungeheuer wichtigen moralischen Aspekt (vgl. Barthels 1989). Die konstruktive Auseinandersetzung mit diesem Thema wird aber durch das Krankheitsmodell der Sucht stark erschwert. In diesem Modell stecken nämlich viele implizit gehaltene (und deshalb gefährliche) Wertungen, die die moralischen Probleme verschleiern, so daß dieser Medikalisierungsversuch seinem ursprünglichen Anspruch - nämlich die Diskussion zu entmoralisieren (was unmöglich ist) - gar nicht gerecht werden kann.

Ein Beispiel: Man kann, wenn man die Grundwerte des Klienten/Argumentationspartners zuläßt, m.M. durchaus zu der Auffassung kommen, daß das 'Saufen' für ihn noch die vergleichsweise beste Lösung ist, denn so Holzkamp (1984, 32): "Wenn ich dem Betroffenen hier diese Konsequenz nicht zustehe, also schon vorher weiß, was bei meiner psychologischen Intervention rauskommen muß, nämlich, daß das Saufen aufzuhören hat, dann habe ich den anderen als Subjekt schon ausgeklammert, täusche eine Berücksichtigung seiner Befindlichkeit und Situation letztlich nur vor. Tatsächlich drücke ich ihm, wie geschickt und psychologisch auch immer, meine Wert- und Handlungsvorstellung auf, was gleichbedeutend ist mit der Durchsetzung von herrschaftskonformen Ordnungsvorstellungen".

Eine wirklich humane therapeutische Haltung besteht erst dann, wenn ich als Therapeut den Klienten als entscheidungsfähiges Subjekt respektiere, ihm also die Entscheidung überlasse, ob er jetzt mit dem Trinken aufhört oder weiterfährt, und wenn ich gegebenenfalls auch bei einer Entscheidung gegen Abstinenz auf seiner Seite ausharre (sofern er das wünscht), ohne dann auf Biegen und Brechen kontrollieren zu wollen. Das wird natürlich z.B. in dem Fall, wo der Trinkende sich mit dem Alkohol selbst zerstören will, sehr schwierig sein. Es erscheint vielleicht auf den ersten Blick widernatürlich, wenn ich noch dort von einer optimal rationalen Trink-Handlung spreche, wo der Trinkende Alkohol bewußt mit suizidärer Absicht einsetzt, bei näherem Nachdenken wird aber m.E. deutlich, daß die Zuschreibung von Rationalität bzw. Irrationalität in

dem Fall davon abhängt, ob der Suizid für mich als Therapeuten ethisch vertretbar ist (vgl. Barthels 1989, 157).

Diese moralische Diskussion möchte ich jetzt nicht weiter ausführen (ich habe meine Position an anderer Stelle (Barthels 1989) explizit dargelegt), und ich komme nun noch einmal auf die Ebene der Suchtprävention zurück. Wenn ich davon ausgehe, daß die Jugendlichen ihre Entwicklung in eigener Regie betreiben (s.o.), dann liegt es nahe, den Alkoholkonsum (und allgemein Drogengebrauch) als Versuch zu verstehen, drängende Entwicklungsprobleme (z.B. negatives Selbstwertgefühl) zu meistern (vgl. Kastner & Silbereisen 1988, 23). Der Jugendliche hätte in dem Fall gute Gründe für seinen eigenverantwortlichen Alkoholkonsum, Gründe, die diesen Konsum auch objektiv erklären. Die 'Kunst' der Suchtprävention liegt nun dann darin, zu verhindern, daß der funktional-adaptive Alkoholkonsum in schädigenden Alkoholgebrauch umkippt (Kastner & Silbereisen 1988, 29). Und das geschieht m.M. dadurch, indem man den Jugendlichen vor seine Verantwortung stellt, ihm (Alkoholismus-)Modelle anbietet, die seine Kompetenz stärken, nicht aber dadurch, daß man ihn als alkoholkrank etikettiert, oder man ihm sagt, er befände sich am Anfang einer progredient und immanent verlaufenden Krankheit (so wie das Soer (1978) tun möchte): "The need to free clients of labels or beyond the need to label behavior alcoholic" (Goldston 1981). Goldston schreibt (ebd. 715): "[...] some people make life choices that are not consistent with what we feel are 'right' choices". Und (ebd. 716): "No one is powerless over alcohol. Some people do choose to give up their power to alcohol. No one is born an alcoholic and many do choose to be alcoholics. We, as the workers in the field, can take the lead in freeing clients of their need to be alcoholics".

These 2:

Das Konzept der Trink-Handlung ist nur eine mögliche Beschreibungseinheit. Der Trinkende kann nämlich in seiner Subjektiven Theorie Gründe für sein Trinken angeben die nicht operativ wirksam sind ('Irren ist menschlich'). Der Trinkende weiß in dem Fall im Grunde nicht richtig, was er tut. Ich spreche hier - in Anlehnung an Groeben (1986) - von einem Trinken in Form von Tun.

Beim Trinken als einem Tun wird davon ausgegangen, daß der eigentliche Sinn des Trinkens dem

Akteur nicht vollständig bewußt ist, oder daß der vorliegende Sinn ungewollt ist. Dadurch ergibt sich ein 'eigentümlicher Schwebezustand' für die Verantwortlichkeit (Groeben 1986, 168).

Ziel der Intervention wäre in dem Fall, die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit des zu Beratenden wiederherzustellen. Dabei geht es darum, dem Klienten seine Rationalisierungen (denn als solche können seine inadäquaten Angaben über seine Motive verstanden werden) bewußt zu machen. Dies könnte z.B. in einer Existentiellen Psychotherapie geschehen, weil in dieser der theoretische Überbau mit den therapeutischen Forderungen nach Verantwortung, Selbstkontrolle u. dgl. konsistent ist (vgl. Yalom 1989). Nach Bearbeitung des Konflikts kann der Klient seine Entscheidung selbst treffen, Bewußtheit wird dann mit Handlungsfreiheit, Autonomie und Verantwortlichkeit gleichgesetzt.

These 3:

Ich habe in meiner Dissertation - immer noch in Anlehnung an Groeben (1986) - eine weitere Beschreibungseinheit eingeführt: Das Trink-Verhalten. Von Trink-Verhalten will ich dann sprechen, wenn eine Subjektive Theorie (über Alkohol) überhaupt nicht vorliegt (d.h. nicht rekonstruierbar ist), wo wir also ganz entschieden nicht mehr von der Reflexions-, Rationalitäts-, und Handlungsfähigkeit des menschlichen Subjekts ausgehen können. Das ist z.B. dann der Fall - und jetzt betone ich die Rolle der Physiologie -, wenn der langjährige Alkoholkonsum zu einer Hirnatrophie geführt hat, die sich in Einbußen der intellektuellen Funktionen und der Steuerungsfähigkeit und verbunden damit der Handlungsfähigkeit manifestiert. Hier ist dann die Trinkreaktion als unwillkürliche, umweltkontrollierte Reaktion aufzufassen. Nur diese Menschen würde ich in dem Sinne als alkoholkrank bezeichnen, wobei hier - entsprechend der Beschränkungen im Bereich der Persönlichkeitsmerkmale (keine Autonomie, Außengeleitetheit, organismische Reduktion, keine (handlungssteuernde) Reflexivität) - der Einsatz von Konditionierungstechnologien sinnvoll und berechtigt erscheint.

Ich behaupte aber - und ich sehe mich dabei in gewisser Weise durch Stimmers Ergebnisse (s.o.) gestützt - daß gerade junge exzessive Trinker, abhängig von den Graden ihrer Selbstreflexivität, ihr Trinken mehr oder minder bewußt selbst steuern.

Neurologische Alkoholfolgekrankheiten treffen wir ja auch praktisch erst im Erwachsenenalter an (vgl. Feuerlein 1984, 136ff).

These 4:

Das was wir Alkoholismus nennen ist - wie Weber & Püttmann (1980) gezeigt haben - nicht nur ein Problem der individuellen Handlungsorientierung, sondern auch ein Problem der sozialen Reaktion. Im Rahmen dieser sozialen Reaktion muß Alkohol- und Drogenerziehung so wirken, daß der Jugendliche von sich aus keine Droge oder Alkohol mehr in exzessiver Manier zu sich nehmen will (Herwig-Lempp 1988), daß wir also den Jugendlichen als handelndes Subjekt ansprechen; nur dann kann man m.E. erwarten, daß er mit Suchtmitteln eigenverantwortlich umgeht.

Natürlich sollte dabei angestrebt werden, daß der Jugendliche die Normen und Werte des Drogenerziehers (Gesundheit etc.) in einem Prozeß des Überzeugens (nicht des Überredens!) als sinnvolle erkennt und übernimmt. Doch wir sollten uns auch darüber im klaren sein, daß es im Alltag tatsächlich oft an überzeugenden Gründen fehlt, keine Drogen zu nehmen, denn "teilt man die Meinung, daß Sucht auch etwas mit Hunger nach Leben, mit Wünschen, Sehnsüchten und Bedürfnissen des 'Sich-lebendig-Fühlens'" (Koller 1988, 19) zu tun haben kann, dann fällt auf, daß sich die in der Suchtprävention Tätigen schwer dabei tun, alternative Wege bereitzustellen, die diese Wünsche erfüllen. Überzeugen ist also nicht leicht und die Tatsache, daß unsere gegenwärtigen Behandlungsmethoden und unsere gegenwärtige Gesundheitspolitik in diesem Bereich so kläglich scheitern, liegt wohl auch daran, "daß wir von jemanden verlangen, etwas aufzugeben, das ihm Vergnügen bereitet und/oder ihn vom Leidensdruck befreit, während wir ihm als Gegenleistung nur wenig bieten außer vagen, entfernten Aussichten auf ein besseres Leben und eine höhere Selbstachtung" (Greaves 1983, 43).

Vielleicht können wir dieser Vagheit dadurch begegnen, daß wir dem Jugendlichen zum richtigen Zeitpunkt (d.h. wenn Handlungsfähigkeit besteht) klarmachen, daß er letztlich vollständig verantwortlich für sein Leben, nicht nur für seine Handlungen, sondern auch für seine Versäumnisse zu handeln (Yalom 1989, 264) ist. Doch das ist auch eine sehr erschreckende Einsicht, denn sie konfrontiert uns mit unserer existentiellen Isolation. Um

diese Einsicht zu vermeiden, sind wohl viele sogenannte 'geheilte Alkoholranke' - wie Zocker (zit. nach Rost 1987, 203) es so schön ausdrückt - nicht trocken, um zu leben, sondern, "sie leben, um trocken zu bleiben". Und dieses 'trockene Leben' wird insbesondere einem Jugendlichen unserer (Alkohol-)Kultur sehr schwerfallen, was sich unter anderem daran zeigt, daß die Behandlungserfolge bei jungen Menschen geringer sind, als bei Erwachsenen (Greiner 1980, 173).

LITERATUR

- Antons, K. 1981a: Theorien zur Genese des Alkoholismus. In: Antons, K. & Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 1, Göttingen, 193 - 230
- Antons, K. 1981b: Alkoholismus - eine Krankheit? In: Antons, K. & Schulz, W.: Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 1, Göttingen, 231 - 254
- Barthels, M. 1989: Subjektive Theorien über Alkohol, Alkoholismus und Alkoholismustherapie. Versuch einer verstehend-erklärenden Psychologie des Alkohols. Institut für Psychologie der Uni. Innsbruck, Dissertation
- Berger, H. & Legnaro, A. 1980: Die Karriere von Jugendlichen zum Alkoholiker. In: Berger, H. et al. (Hrsg.): Jugend und Alkohol. Stuttgart, 115 - 137
- Berger, H.; Legnaro, A. & Reuband, K.-H. (Hrsg.) 1980: Jugend und Alkohol. Stuttgart
- Bleuler, E. 1921: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin
- Commission de l'Année Internationale de la Jeunesse 1985: Droits et devoirs des Jeunes au Luxembourg. Luxembourg
- Condreau, G. 1989: Einführung in die Psychotherapie. Frankfurt/Main
- Döbert, R. & Nunner-Winkler, G. 1984: Abwehr- und Bewältigungsprozesse in normalen und kritischen Lebenssituationen. In: Olbrich, E. & Todt, E.: Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Berlin, 259 - 277
- Dörner, K. & Plog, U. 1984: Irren ist menschlich. Rehburg-Loccum
- Edwards, G. 1986: Arbeit mit Alkoholkranken. Weinheim
- Fahrenkrug, H.W. 1980: Soziologische Aspekte sozial integrierten Alkoholkonsum im Jugendalter. In: Berger, H. et al. (Hrsg.): Jugend und Alkohol. Stuttgart, 11 - 21
- Fahrenkrug, H.W. 1984: Alkohol, Individuum und Gesellschaft. Frankfurt/Main
- Feuerlein, W. 1984: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart
- Frey, H.-P. 1978: Jugend. In: Hierdeis, H. (Hrsg.): Taschenbuch der Pädagogik. Baltmannsweiler, 466 - 475
- George, W.H. & Marlatt, G.A. 1983: Alcoholism: The evolution of the behavioral perspective. In: Galanter, M. (ed.): Recent developments in alcoholism. Vol. 1. New York, 105 - 138
- Gerchow, J. & Heberle, B. 1980: Alkohol-Alkoholismus-Lexikon. Hamburg
- Goldston, T. 1981: The need to free clients of labels or beyond the need to label behavior alcoholic. In: Schecter, A.J. (ed.): Drug dependence and alcoholism. Vol. 1. New York, 711 - 717
- Greaves, G.B. 1983: Existentielle Theorie der Drogenabhängigkeit. In: Lettieri, D.J. & Welz, R. (Hrsg.): Drogenabhängigkeit. Weinheim und Basel, 39 - 43
- Greiner, I. 1980: Der junge Alkoholranke und seine Behandlung im Fachkrankenhaus. In: Berger et al.: Jugend und Alkohol. Stuttgart, 159 - 174

- Groebe, N. 1986: Handeln, Tun, Verhalten als Einheiten einer verstehend-erklärenden Psychologie. Tübingen
- Groebe, N. & Scheele, B. 1977: Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts. Darmstadt
- Groebe, N.; Wahl, D.; Schlee, J. & Scheele, B. 1988: Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. Tübingen
- Gruner, W. 1976: Medizinisch-psychiatrische Aspekte des Jugendalkoholismus. Suchtgefahren, 22, 53 - 60
- Herwig-Lempp, J. 1988: Was ist Drogenerziehung? In: Bartsch, N. & Knigge-Illner, H. (Hrsg.): Sucht und Erziehung. Bd. 2. Weinheim und Basel, 33 - 44
- Holzkamp, K. 1984: Die Menschen sitzen im Kapitalismus nicht wie in einem Käfig. Interview in Psychologie Heute, 11, 29 - 37
- Huber, A. 1982: Zum Geleit. In: Völger, G. & von Welck, K. (Hrsg.): Rausch und Realität. Bd. 1. Reinbek bei Hamburg, 10 - 12
- Jellinek, E.M. 1952: Phases of alcohol addiction. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13, 673 - 684
- Kastner, P. & Silbereisen, R.K. 1988: Die Funktion der Drogen in der Entwicklung Jugendlicher. In: Bartsch, N. & Knigge-Illner, H. (Hrsg.): Sucht und Erziehung. Bd. 2. Weinheim und Basel, 23 - 32
- Körkel, J. & Lauer, G. 1988: Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel, J. (Hrsg.): Der Rückfall des Suchtkranken. Berlin 6 - 122
- Koller, E. 1988: Ziele und Probleme suchtpräventiver Jugendarbeit. In: Bartsch, N. & Knigge-Illner, H. (Hrsg.): Sucht und Erziehung. Bd. 2. Weinheim und Basel, 15 - 21
- Marlatt, G.A. 1978a: Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In: Nathan, P.E.; Marlatt, G.A. & Loberg, T. (eds.): Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York
- Marlatt, G.A. 1978b: Behavioral approaches to alcoholism: A look to the future. In: Marlatt, G.A. & Nathan, P.E. (eds.): Behavioral approaches to alcoholism. New Brunswick
- Marlatt, G.A. & Donovan, D. 1982: Behavioral approaches to alcoholism. In: Pattison, E.M. & Kaufman, E. (eds.): Encyclopedic handbook of alcoholism. New York, 560 - 577
- Montada, L. 1983: Verantwortlichkeit und das Menschenbild in der Psychologie. In: Jütteman, G.: Psychologie in der Veränderung. Weinheim und Basel, 162 - 188
- Mundt, Ch. 1979: Die Entwicklung des Autonomiebegriffs in der psychoanalytischen Literatur. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 3, 231 - 247
- Olbrich, E. 1984: Jugendalter - Zeit der Krise oder der produktiven Anpassung? In: Olbrich, E. & Todt, E.: Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Berlin, 1 - 47
- Pattison, E.M. & Kaufman, E. 1982: The alcoholism syndrome: Definitions and models. In: Pattison, E.M. & Kaufman, E. (eds.): Encyclopedic handbook of alcoholism. New York, 3 - 30
- Petry, J. 1985: Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie. München
- Reuband, K.-H. 1980a: Konstanz und Wandel im Alkoholgebrauch Jugendlicher. In: Berger et al. (Hrsg.): Jugend und Alkohol. Stuttgart, 22 - 41
- Reuband, K.-H. 1980b: Exzessives Trinken bei Jugendlichen: Über den Einfluß von Problemlagen, sozialer Partizipation und Lebensstil. In: Berger et al.: Jugend und Alkohol. Stuttgart, 76 - 93
- Rost, W.-D. 1987: Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart

Scheele, B. 1981: Selbstkontrolle als kognitive Interventionsstrategie. Weinheim

Scheele, B. & Groeben, N. 1988: Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien. Tübingen

Schmidt, L. 1986: Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch. Stuttgart

Schmieder, A. 1989: Der Tag geht, die Alkoholiker kommen. Psychologie Heute, 9, 62 - 67

Schmitz, K.; Döttger, S. & Ernst, K. 1986: Betreuung Alkoholkranker. Berlin (DDR)

Schulte, W. & Tölle, R. 1979: Psychiatrie. Berlin

Seiffge-Krenke, I. 1984: Formen der Problembewältigung bei besonders belasteten Jugendlichen. In: Olbrich, E. & Todt, E. (Hrsg.): Probleme des Jugendalters. Neuere Sichtweisen. Berlin, 353 - 386

Soer, J.-H. 1978: Jugendalkoholismus als Drogenkonsum. Uni. Hamburg, Dissertation

Stimmer, F. 1978: Jugendalkoholismus. Berlin

Süß, H.-M. 1988: Evaluation von Alkoholismustherapie. Bern

Sullivan, H.St. 1983: Die interpersonale Theorie der Psychiatrie. Frankfurt/Main

Szazs, T.S. 1980: Das Ritual der Drogen. Frankfurt/Main

Thamm, B.G. 1989: Drogenfreigabe - Kapitulation oder Ausweg? Bonn

Weber, G. & Püttmann, B. 1980: Alkoholismus - Ein Problem individueller Handlungsorientierung und sozialer Reaktion. Neue Praxis, 10, 3, 307 - 334

Weiss, R. 1980: Kindheit und Jugend. Innsbruck

Witt, S. 1980: Erfahrungen aus der ambulanten Therapie mit jungen Alkoholkranken. In: Berger et al.: Jugend und Alkohol. Stuttgart, 149 - 158

Yalom, I.D. 1989: Existentielle Psychotherapie. Köln

Leserbrief von C. Ludwig und Th. Oswald zum Bulletin 68

"... Selbstverständlich schätze ich Ihre Organisation und deren Einsatz für die Rechte der Kinder zum Beispiel auf dem Sektor "Bildung für Kinder und Jugendliche". Um so mehr erstaunt mich, dass Sie sich scheinbar nicht mit dem Thema "geschlechtsspezifische Sozialisation" auseinandersetzen. Die von Ihnen veröffentlichte Illustration auf Seite 24 ... wünscht gemäss veralteter Rollenvorstellungen allen Eltern: 'fleissig Medercher' und 'gescheit Bouwen'

Aus welchem Grund es bei weiblichen Kindern nun weniger erwünscht sein sollte, 'gescheit' zu sein; umgekehrt männliche Kinder weniger 'fleissig' sein müssten, ist überaus unverständlich. Auch wenn Ihre Zeichnung nicht ausdrücklich die genannten Eigenschaften für das jeweils andere Geschlecht ausschliesst, so lässt die Art der stereotypen Darstellung fast keinen anderen Schluss zu.

Mit Veröffentlichungen dieser Art, sowohl in Wort und Bild, erschweren Sie Kindern beiderlei Geschlechts eine geschlechtsneutrale und gleichberechtigte Sozialisation.

Ich bitte Sie, in einer Ihrer folgenden Veröffentlichungen zu diesem Thema Stellung zu nehmen. ..."

(Bitte lesen Sie die Antwort auf diesen Brief auf der Seite 22 dieser Nummer)

Alfred Groff

Schaffen wir die Kinderheime ab ?!

Die aktuelle Lage

Im Moment bestehen die herkömmlichen Gruppen in den Kinderheimen meist aus zehn bis zwölf Kindern und 6 Mitgliedern des Personals (5 Erzieher und eine Haushaltshilfe). Ein multidisziplinäres Team steht den Erziehern einige Stunden im Monat zur Verfügung. Supervision im engen Sinne des Wortes ist selten möglich. Kinderpsychotherapeuten, auch ausserhalb des Heimes sind Mangelware. In den letzten Jahren gab es zwar einige Weiterbildungsangebote für Erzieher, aber Zusatzausbildungen werden kaum gemacht. Was die Integration verhaltensgestörter Kinder in den bestehenden Gruppen anbelangt scheint der Sättigungsgrad erreicht. Daher wird immer öfter eine Platzierung in eine Kinderpsychiatrische Klinik oder ein therapeutisches Heim im Ausland ins Auge gefasst. Dem CIEP sind etwa ein Dutzend Platzierungen ins Ausland in den letzten Jahren bekannt; daneben gab es zusätzliche von den Familien- und Erziehungsministerien sowie über die Krankenkassen. Therapeutische Kinderheime gibt es in Luxemburg noch keine und die Wahlmöglichkeit des CIEP nach einem geeigneten Heimplatz nimmt von Jahr zu Jahr ab, ohne dass die Zahl der Platzierungen abnimmt. Von 1981 bis 1989 wurden an die 180 Betten für Minderjährige in den Kinder- und Jugendheimen abgebaut (rapport d'activité du CIEP 1989).

Neben der kontroversen Diskussion über ein therapeutisches Heim, wird über die Möglichkeit diskutiert, die Zahl der Kinder pro Gruppe auf 8 oder gar auf 6 runterzusetzen.

Professionelle Pflegefamilien

6 Erwachsene für die Betreuung von sechs Kindern? "Und wenn jeder eins mit nach Hause nehmen würde ...?" Für die Kinder könnte man sich so manche Vorteile vorstellen: familienähnlichere Erziehung (statt Heimatmosphäre), mehr Beständigkeit (kein Schichtenwechsel), kein Einleben in eine Gruppe, professionellere Familienarbeit (Reintegration) als bei herkömmlichen Pflegefamilien, weniger das Gefühl, der Erzieher kommt zur Arbeit und geht nach Hause, weniger verschiedene Erziehungsstile. Die Mehrkosten der nötigen Supervision würden durch das Einsparen der Mieten/Kosten der Heime mehr als wettgemacht. Der Partner des Erziehers könnte wie in den meisten Familien auswärts arbeiten, ein oder mehrere Pflegekinder könnten zusammen mit den eigenen aufwachsen. Dass das möglich ist beweisen Versuche im Ausland. Der "Verein Heilpädagogischer Grossfamilien in der Schweiz" nennt folgende pädagogische Ziele für seine Familien: Konstanz der Bezugspersonen und Kontinuität in der Erziehungsarbeit, lebenssechte Form des Zusammenlebens, individuelle Förderung und Teamarbeit innerhalb des Vereins.

"In jeder heilpädagogischen Grossfamilie werden ca. fünf Kinder zwischen dem 5. bis 10. Altersjahr aufgenommen. Es sind Kinder mit schweren Verhaltensstörungen, die sie für die Schule und das Elternhaus untragbar machten. Die Ursachen der Störungen sind meist gekoppelt (Hirnfunktionsstörungen, Frühverwahrlosung, Milieubehinderung etc.). Die Beziehungen zur bisherigen Umwelt sind so stark beeinträchtigt, dass das Kind dauernde Ersatzbeziehungen benötigt." (Materialien zur Heimerziehung, Nr.5, Dezember 1989)

Ein Beispiel: Eine Familie, die Mitglied des Vereins heilpädagogischer Pflegefamilien des Kantons Zürich ist und Supervision vom kinderpsychiatrischen Dienst erhält (KPD). Ihr Bericht:

"Zwei Jahre nach unserer Heirat, 1968, nahmen wir das erste Pflegekind auf, ein Mädchen aus der Kindergartenklasse meiner Frau, dem die Mutter gestorben war. Es war milieugeschädigt und hatte sehr schwere Sprachstörungen. Drei Jahre später kam ein Knabe dazu, auch vom Kindergarten, von frisch geschiedenen Eltern. Er hatte starke soziale Schwierigkeiten und affektive Störungen. Mit ihm zogen wir von Zürich weg aufs Land, wo wir ein Bauernhaus mit grosser Scheune kaufen konnten.

1975 kam ein siebenjähriger Knabe zu uns, ein Heimkind, verhaltensgestört, Epileptiker und in psychiatrischer Behandlung, und 1978 ein fünfzehnjähriges Mädchen, denen 1979 unser erstes eigenes Mädchen folgte.

1981 heiratete unser erstes Pflegekind, der ältere Knabe begann eine Lehre in Zürich und wohnte wieder bei seiner Mutter. Auch das zweite Mädchen arbeitete in einem Spital, wo das Zimmer gleich inbegriffen war.

So wurden wieder drei Plätze frei. Während einem Jahr betreute ich dann ein autistisches sechsjähriges Mädchen, das unter einer sehr aggressiven Phase seiner Krankheit litt und somit für die Eltern physisch wie seelisch eine zu grosse Last geworden war. Sie brauchte viel Geduld und Liebe.

Während diesem Jahr kam ein achtzehnjähriger Bursche zu uns, und ein zweites Mädchen wurde geboren. Ende 1982 war das autistische Kind so beruhigt und ihre Familienzelle wieder genügend stark geworden, dass eine effektive familiäre Aufbauarbeit möglich geworden war.

Im März 1983 fragte uns die Jugendanwaltschaft Zürich, ob wir Platz für ein vierzehnjähriges Mädchen hätten, das stark verwahrlost, drogengefährdet, straffällig und stets ausreissend sei, und das die Schule seit einem Jahr praktisch nie mehr besucht hatte. Sie hat sich nun schon stark stabilisiert.

Gleich nachher, im April, fragte uns der KPD Zürich, ob ein sechzehnjähriges Mädchen bei uns die Ferien verbringen könnte, auch sie war drogengefährdet, stark familiengeschädigt und mit chronischen Depressionen belastet - sie ist geblieben. In der

Zwischenzeit fanden wir eine optimale Lehrstelle, die sie 1984 antreten kann.

Seit der Geburt unseres zweiten Kindes hatten wir immer ein Au-pair-Mädchen, das uns half.

Daneben kamen während all den Jahren zahlreiche Kinder für mehr oder weniger kurze Zeit zu uns, meist um Krisenzeiten zu überbrücken."

Dieses Beispiel soll nicht dazu dienen, zu zeigen wieviele und wie schwierige Kinder aufgenommen werden sollten, sondern dass eine derartige Arbeit vorstellbar und auch erfolgreich sein kann. Natürlich setzt sie ein anderes Erziehungsbild voraus, als dasjenige eines Erziehers, der auf Schichten in einer Institution arbeitet. Dies lässt vielleicht auf den ersten Blick bei manchen Erziehern Angst aus, so könnte man das Private vom Professionellen nicht mehr trennen. Sicher ist eine solche Umstellung nicht leicht, aber ein Verschmelzen von Arbeit-Freizeit-Zu Hause kann auch manche Vorteile für den Erzieher haben. Man kann genau so gut sagen "dann hat man ja kein Privatleben mehr", wie auch "man hat mehr Privatleben, halt ein anderes".

"Spezialerzieherische" Kindergruppen sowie Internate und sozio-edukative familienstützende ambulante Dienste

Ein "zentrales spezialisiertes therapeutisches Heim" würde einige Fragen aufwerfen: wer kann da aufgenommen werden d.h. wer ist gestört genug (nicht nur schwieriger Sozialfall), wer zu gestört (rein psychiatrische Angelegenheit), genügen die paar geschaffenen Plätze, d.h. wie gross muss dieses Heim sein oder ist es eine Klinik, muss man nicht je nach Problematik und Gruppenkonstellation trotzdem auf das Ausland zurückgreifen? Wäre es da nicht einfacher die herkömmlichen Heimgruppen umzufunktionieren in dezentralisierte "SPEZIAL-ERZIEHERISCHE GRUPPEN", manche mögen das auch lieber "therapeutische Gruppen" nennen. Aber mir scheint wichtig hervorstreichend, dass Therapie im engeren Sinne nur auf der Basis einer stabilisierten Erziehung möglich ist, Therapie als Voraussetzung für eine mögliche Erziehung scheint

mir utopisch. Diese Gruppen würden alle verhaltensgestörten Kinder aufnehmen und diese würden je nach momentaner Lage auf die einzelnen Gruppen verteilt. Was wären die Grundvoraussetzung solcher Gruppen?

- * Das Personal besteht aus Spezialerziehern, Erziehern mit einer Zusatzausbildung, Heilpädagogen, Beschäftigungstherapeuten ...
- * Das erzieherische Personal müsste über eine gewisse Lebens- und Berufserfahrung verfügen.

Einerseits müssten es Leute sein die eine liebende Beziehung zu den Kindern aufnehmen möchten (d.h. die Beziehung nicht nur als sekundär zu den Kollektivvertraglichen Ueberlegungen betrachten), andererseits müssten sie eine Autorität fürs Kind darstellen (Halt- und Sicherheitgebende Struktur bieten, Modellverhalten, eigene Verantwortungsübernahme) damit sie nicht allen möglichen Verführungen erliegen. Ueberzeugungskraft, Ehrlichkeit, Glaubwürdigkeit sind Voraussetzung für eine bejahte Abhängigkeit als Vorstufe zur Freiheit. Weiter ist es wichtig, sich selber zu kennen, damit man nicht seine eigenen Probleme auf die Kinder überträgt. Das heisst auch, dass man seine Grenzen kennt, damit man eine Selbstüberforderung vermeidet. Man muss nicht für alles und alle zuständig sein und versuchen das Glück für andere zu erzwingen, wo sie es auch selber können. Man muss anderen zuhören können, um ihre Bedürfnisse und Potentiale zu erkennen. Will man zu perfekt sein, tut Kritik und Misserfolg (letztendlich vor allem der eigene) umso mehr weh.

- * adequate Supervision und Weiterbildungsmöglichkeiten (für die eigene Evolution) ist vorhanden.
- * Da es sich um verhaltensgestörte Kinder in den Gruppen handelt, muss entweder die Zahl der Kinder in den Gruppen verringert werden oder aber jeder Erzieher wird zuständig sein für nur ein oder zwei Kinder und deren Familien. Dabei würde weniger mit der Gruppe und dem darausresultierenden zusätzlichen Druck gearbeitet, als mit den einzelnen Individuen und ihrem Umfeld.
- * zur Stützung oder Verfeinerung (nicht Voraussetzung) der eigenen Arbeit müsste man auf adequate Therapeuten (in oder ausserhalb der

Institution zurückgreifen können (Wichtigkeit der kontinuierlichen Zusammenarbeit).

Für die Fälle, wo keine Verhaltensstörung der Kinder vorliegt und die Familien weniger zerrüttet sind (Wohnungsnot, Alleinerziehende im Arbeitsprozess ...), müssten INTERNATSGRUPPEN genügen, wo die Erzieher mit mehr Kindern arbeiten als in den herkömmlichen Heimgruppen. Diese Internate müssten wenigstens teilweise qualifizierte Erzieher beschäftigen und die Zahl der Kinder pro Gruppe müsste unter derjenigen verschiedener ausländischer Internate oder Internate im Sekundarschulalter liegen. Kleinere Kinder aus den genannten Familien gehören in Pflegefamilien mit einem möglichen Uebergang ab dem späten Primärschulalter in solche Internatsgruppen. Verschiedene Kinder zwischen etwa 6 und 9 Jahren mögen zu alt für eine Integration in eine Pflegefamilie sein, aber noch zu jung für ein Internat. Als Argument für eine Zwischenstation oder einem langen Aufenthalt in einer herkömmlichen Heimgruppe genügt das aber kaum. Hier müssen individuelle Lösungen gefunden werden oder aber die Internate müssen für Kinder in der betreffenden Altersgruppe altersgerecht ausgerüstet werden. Internate für Kinder im Primärschulalter gibt es im Moment in Luxemburg nur ein einziges für Mädchen ab dem 3. Schuljahr.

In anderen Fällen (Ueberforderung der Eltern ...) könnte mit ebenfalls zu schaffenden familienstützenden Dienststellen gearbeitet werden. Es wäre eine SOZIO-PAEDAGOGISCHE AMBULANZ zu organisieren, die regelmässig in den Familien erzieherisch arbeiten würde. Diese Arbeit würde die mehr punktuelle Arbeit der Sozialarbeiter ergänzen. Eine solche Dienststelle könnte an ein Heim gekoppelt sein oder würde unabhängig von bestehenden Institutionen funktionieren (mit eventuellen Notbetten, falls mal eine Krise in einer betreuten Familie auftritt). Verschiedenartige Modelle einer solchen Arbeit existieren bereits im Ausland. Ausbildung, die Stütze eines Teams und Supervision müssten auch bei einer solchen Arbeit garantiert sein.

Ein kinderpsychiatrischer Dienst in einer Klinik sowie ein geschlossenes Erziehungsheim für Kurzaufenthalte müssten das System ergänzen.

Schlussfolgerung

Das vorgestellte System hätte den Vorteil die Erzieher, deren es im Moment zu wenige gibt, durch Heilpädagogen, Beschäftigungstherapeuten ... zu ergänzen. Die Mehrkosten der "Spezialerzieherischen Gruppen" könnten durch Einsparungen in den Internaten wettgemacht werden. Auch für die Erzieher selbst gäbe es eine Reihe von Vorteilen:

- * Von den jetzigen Gruppen überforderte Erzieher könnten in Internaten arbeiten.
- * Die Zusatzausbildungen würden eine mögliche Berufspromotion darstellen: Arbeitmöglichkeit in den "Spezialerzieherischen Gruppen" und eine bessere Bezahlung.
- * "Schichtmüde" Erzieher könnten dem System erhalten bleiben in den Dienststellen, die in den Familien tätig sind.
- * Die Wahlmöglichkeit des Arbeitsplatzes im sozio-educativen Sektor würde erweitert (man müsste weniger versuchen seinen aktuellen Arbeitsplatz nach seinen Wünschen umzu-modellieren: gemischte Gruppen, kleine Kinder, Kinder wo Familienarbeit möglich ist...).

Man sollte darüber nachdenken, ob man die herkömmlichen Kinderheimgruppen nicht abschaffen sollte und durch die genannten Alternativen, die es in Luxemburg noch alle nicht gibt, ersetzen sollte, damit es in Zukunft weder zu heissen braucht: "der ist für uns zu schwierig", noch "der muss in eine Heimgruppe, weil das die einzig bestehende Lösung ist" (Kindertagesstätten und Pflegefamilien stellen nur in einer beschränkten Zahl von Fällen eine Alternative dar). In Zürich gibt es das Beispiel eines herkömmlichen Heimes das sich umgewandelt hat in ein Modell für stationäre und ambulante Betreuung, bestehend aus: 2 sozialpädagogischen Familiengemeinschaften für 6 bis 8 Kinder zwischen 1 und 20 Jahren (jeweils geführt von einem Ehepaar und einer Mitarbeiterin, wobei die Beziehung der Ehepartner die Basis für die Arbeit bildet), verschiedenen Angeboten für Jugendliche und junge Erwachsene sowie ambulanter Sozialhilfe für Kinder, Jugendliche und Familien.

Es gibt sicher viele weitere Beispiele solcher Art, nur wann gibt es sie in Luxemburg ?

Antwort auf den Leserbrief von C. Ludwig und Th. Oswald

"Der Satiriker kann nie etwas Höheres einem Witz opfern; denn sein Witz ist immer höher als das was er opfert. Auf die Meinung reduziert, kann sein Witz Unrecht tun; der Gedanke hat immer Recht. Er stellt schon die Dinge und Menschen so ein, dass keinem ein Unrecht geschieht."

Karl KRAUS:

Beim Wort genommen, München, 1965, S. 289

Ich freue mich über jeden Leserbrief an unsere Zeitschrift. Dies ist der zweite in der langjährigen Geschichte des ANCE-Bulletins. Schade, dass er auf einem Missverständnis beruht. Als Autor und Zeichner der inkriminierten Illustration fühle ich mich sehr betroffen davon, dass mit tierischem Ernst aufgenommen wurde, was ironisch gemeint war. Ich werde in Zukunft aufpassen, um nicht in die Lage von Karl Kraus zu geraten, der einmal meinte: *"Zu meinen Glossen ist ein Kommentar notwendig. Sonst sind sie zu leicht verständlich."* (op. cit. S. 287)

Robert SOISSON

ANCE: Rapport de caisse 1989

Publications:

Guides	46.690.-	
Livres	1.310.-	
Bulletins		97.412.-

Organisation:

Voyage Israël	686.000.-	650.000.-
Subsides	105.000.-	
Conférences		9.675.-

Administration:

Cotisations	116.400.-	
Cotisation FICE		9.500.-
Frais de bureau		53.295.-
Location b.P.		400.-

Divers:

Facture		
Villeroy&Boch		7.280.-
Villeroy&Boch	7.280.-	7.280.-
Divers		3.130.-
Intérêts B.I.L.	698.-	
Intérêts C.E.E.		
B.I.L.		
Frais compte		138.-
	-----	-----
	963.378.-	838.110.-

Avoir au 31.12.89

C.C.P.	113.042.-	97.350.-
B.I.L.	83.076.-	224.036.-
C.E.E.	16.271.-	17.079.-
Intérêts C.E.E.	808.-	
	-----	-----
	1.176.575.-	1.176.575.-

(Fernand Liegeois)

KIRMES ZU

SONDEG
DEN 17. JUNI
UFANK 14.03 h!

SIDD PÜNKLECH W.E.G!
(ET GIN NÉS FRITTEN!)
(AN THÜRINGER!)
(AN...?) (AN...?)

DEN
ERLEIS
AS FIR
"Les jeunes
en détresse
de Dreiborn"
a.s.b.l.

SCHÉIN, GROS
TOMBOL

PONIEN FIR
REIDEN!!
(FIR WAT DA SOST)

WAINKELLER!

CONCERT VUN
DER HARMONIE
VICTORIA
TÉITENG

IMMENS
ET GIN
NÉS
KOTELETTEN

DRAIBUER

ROB SOISSON '90

Publications de l'Ance:

Bulletin

paraît 4 fois par an

abonnement: 500.- francs

vergriffen:

Aktuelle Probleme Jugendlicher in der Heimerziehung in Europa - Texte zum internationalen Kongress vom 6. - 9. Juni 1985 in Luxemburg -

Aus dem Inhalt:

Das Heimwesen in Luxemburg, Heimerziehung und Politik, Leistungsinhalte von Heimerziehung, Konflikte in der Gruppe, Heim und Schule, Familientherapie im Heim, Schulsozialarbeit im Heim, Das Heimwesen in Polen, Nachbetreuung, Verselbständigung, Nichtsesshaftigkeit, Projekt-Familien, Ausreisser, Mädchenarbeit im Heim, Berufswahl, Heimeinweisungspraktiken, Schwierige Jugendliche, Drogen, Die Zukunft der Heimerziehung

Preis. 450.- Franken

Pour votre commande utilisez la formule suivante s.v.p.

Je soussigné:

adresse :

.....

profession :

commande

... ex. de la 1ère mise à jour du GUIDE PRATIQUE à 400.- FL

... ex. du GUIDE PRATIQUE + 1ère mise à jour à 1.000.- FL

... ex. du GUIDE PRATIQUE à 800.- FL

... ex. "Probleme Jugendl. in der Heimerziehung"
(nicht mehr lieferbar) à 450.- FL

... abonnements au bulletin de l'Ance à 500.- FL

Guide pratique des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques au Luxembourg

En 1979, l'Association Nationale des Communautés Educatives ensemble avec l'Association des Assistantes Sociales a édité pour la première fois un "Guide pratique des réalisations médico-sociales et psycho-pédagogiques". Ce guide fut vendu à plus de 2.500 exemplaires et a encouragé les éditeurs, en collaboration cette fois avec le Centre d'Information et de Placement, de le rééditer. En effet le vieux guide s'apprêtait mal à une mise à jour et c'est ainsi qu'une conception entièrement différente s'imposait. Dans le nouveau guide chaque service, association ou institution, est présenté sur une fiche individuelle qui peut aisément être remplacée ou corrigée par l'utilisateur. De même il sera facile de mettre à jour le guide en réimprimant seulement les fiches dont les données ne correspondent plus à la réalité et en ajoutant les fiches des nouvelles créations. Les éditeurs ont envoyé des questionnaires à plus de 400 services, institutions ou associations. Après le travail de rédaction, 300 fiches environ ont été retenues et forment ainsi la base du nouveau guide. Bien sûr, dès à présent tout organisme qui offre des prestations, dans le domaine social et psycho-pédagogique et qui désire figurer dans le guide peut envoyer une fiche remplie aux éditeurs qui sera alors prise en considération lors de la prochaine mise à jour. Le guide comprend les rubriques suivantes (entre autres); Placements, éducation, 3ème âge, travail loisirs et sports, médecine préventive, famille, santé, services sociaux, santé mentale, justice...

Il s'adresse surtout aux professionnels du secteur médico-social et psycho-pédagogique, aux enseignants, aux médecins, aux fonctionnaires et employés de l'Etat et des Communes, aux avocats, etc.

Présentation: 600 pages

Fiches Format DIN A 5

Couverture Accohide de 1,7 mm rouge clair

Mécanique à 2 arceaux avec presse-papier

Intercalaires en plastique pour 10 chapîtres

<i>Prix:</i>	<i>1ère édition</i>	<i>800.- Flux</i>
	<i>mise à jour</i>	<i>400.- Flux</i>
	<i>1ère édition + mise à jour</i>	<i>1.000.- Flux</i>

Association Nationale
des Communautés
Educatives
(ANCE) a.s.b.l.

Boîte postale 255

L-4003 ESCH-sur-ALZETTE