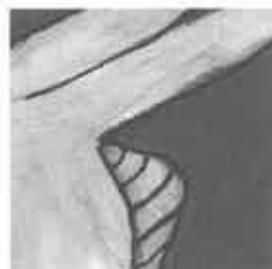


jugend- an drogenhëllef

Fondation

Jahresbericht

2005



362.196860604935 JUG

1986-2006
Joer

CESIJE ASBL
Centre d'Études sur la Situation
des Jeunes en Europe
LUXEMBOURG

Illustrations:

Les illustrations émaillant les pages de ce rapport annuel ont été réalisées à l'Atelier Artistique du CHNP. Nous les remercions chaleureusement pour leur collaboration et leur laissons carte blanche pour présenter leur projet (page 65)

Layout:

Éilenger KonschtWierk ATP a.s.b.l.

Photos:

© Jugend- an Drogenhëllef

Inhaltsverzeichnis

Wir über uns 3

Teil I - Freie Beiträge

A. Kinder drogenabhängiger Eltern 7
Fakten, Hintergründe, Perspektiven
Dr. Michael Klein

B. Thérapie brève et «le libre choix du patient» 19
Luc Isebaert et le modèle de Bruges
Freddy André

Teil II - Tätigkeitsbericht 2004/5

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	27
2. Beratungsstelle Luxemburg	31
3. Kontakt 25	35
4. Beratungsstelle Esch/Alzette	37
5. Beratungsstelle Ettelbrück	41
6. Le programme de substitution	45
7. Le Service médical	49
8. Logements accompagnés	53
9. Service parentalité	57
10. Spritzenaustausch und -automaten	61
11. Elternselbsthilfe-Gruppe	63

Carte blanche Atelier Artistique CHNP

BEILAGE – 20 Jahre Jugend-an Drogenhëllef (in der Mitte des Jahresberichts)

• Programme 20 Joer Jugend- an Drogenhëllef	3
• Eine kleine Geschichte der Jugend- an Drogenhëllef <i>Henri Grün</i>	4
• 20 ans. Une occasion de fêter? <i>Hervé Hick</i>	6



Jugend- an
Drogenhëllef



Wir über uns

Die « Jugend- an Drogenhëllef » ist ein gemeinnütziger Verein und besteht seit 1986. 1998 hat der Verein seine Trägerstruktur verändert (ehemals a.s.b.l.) und funktioniert seitdem als « Fondation ». Die Arbeit der Vereinigung wird finanziert über eine « Convention » mit dem Gesundheitsministerium.

Die Zusammensetzung des Verwaltungsrates der « Fondation » (Stand Juni 2006):

- Dr. Weydert Claude (Präsident)
- Birtz Paul (Vize-Präsident)
- Torno Caroline (Kassiererin)
- Dr. Spautz Jean-Marie (Sekretär)
- Braun Andrée
- Michaelis Thérèse
- Rose Gitta
- Dr. Lammar Yves
- Thinnès Catherine

Vertreter des Gesundheitsministeriums in der « **plate-forme de coopération** » der Jugend- an Drogenhëllef: Origer Alain .

Die Mitarbeiter/-innen der « Jugend- an Drogenhëllef » (Stand Mai 2005)

Im folgenden sind die Mitarbeiter/-innen der JDH aufgelistet, nach dem Stand von Juni 2006. Der Umfang der Wochenstunden ist unterschiedlich und reicht von 20 St./Woche bis zu 40 St./Woche. Es handelt sich um Fachleute aus dem psychosozialen, medizinischen und administrativen Bereich. Die Mehrzahl der Mitarbeiter/-innen hat eine **langjährige Berufserfahrung** im Umgang mit Problemsituationen vom Typ « Drogen, Sucht, Abhängigkeit » in unterschiedlichen Kontexten.

Mehrere Mitarbeiter arbeiten an unterschiedlichen Standorten.

Unsere Mitarbeiter nehmen regelmäßig an **Fortbildungen** teil. Es handelt sich zum Teil um suchtspezifische Fortbildungen; ein Teil der Mitarbeiter/-innen befindet sich außerdem in längerfristigen Zusatzausbildungen in bestimmten Beratungs- und Therapiemethoden oder hat solche absolviert. Es handelt sich um folgende Methoden (in alphabetischer Reihenfolge): Integrative Gestalttherapie, Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Körperarbeit, Psychodrama, psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie, Systemische Therapie, Lösungsorientierte Kurzzeittherapie, Traumatherapie, Verhaltenstherapie.

Unser Anliegen ist, diese Vielfalt der Zusatzqualifikationen indikationszentriert anzuwenden, d.h.nach Bedarf und nach Absprache mit unseren Klienten/-innen. Eine entsprechende Orientierung findet bei der Anmeldung oder nach den ersten Gesprächen statt.

Leitung und Verwaltung :

- Grün Henri, Dipl.- Psychologe, Direktor
- Neisius Catherine, Sekretariat
- Michely Pascale, Sekretariat
- Schulligen Birgit, Buchführung und Personal
- Thill Jacquie, Gehälter

Beratungsstelle Luxemburg-Stadt:

- Leiterin der Beratungsstelle: Damjanovic Gaby, Dipl.-Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe.

- Brünnet Susanne, assistante sociale
- Denzel Dietmar, Dipl.-Pädagoge
- Klestadt Carmella, Dipl.-Psychologin
- Michely Pascale, Empfang und Sekretariat
- Neisius Catherine, Empfang und Sekretariat

Beratungsstelle Ettelbrück:

- Leiterin der Beratungsstelle: Damjanovic Gaby, Dipl.-Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe.
- Klestadt Carmella, Dipl.-Psychologin

Beratungsstelle Esch/Alzette :

- Leiter der Beratungsstelle: Bwersi Günter, Dipl.-Pädagoge
- Denzel Dietmar, Dipl.-Pädagoge
- Dostert Jeff, assistant social stagiaire
- Lafontaine Giselle, assistante sociale
- Limpach Michelle, Empfang und Sekretariat
- Thill Jacquie, Sekretariat

Service médical :

- Dr. De Winter Jean-Paul, médecin-généraliste
- Dr. Staut Werner, Facharzt f. Psychiatrie u. Psychotherapie

Methadonprogramm :

- Leiterin: Moyse Ariane, Dipl.-Psychologin
- André Freddy, Dipl.-Psychologe
- Brünnet Susanne, assistante sociale
- Damjanovic André, infirmier dipl.
- Ecker Anne, éducatrice grad.
- Recktenwald Markus, éducateur-instr.(Programm Esch)
- Neisius Cathérine, Sekretariat
- Roesgen Marie-Anne, infirmière dipl. (Programm Esch)
- Schillé Corinne, infirmière psychiatrique (Programm Esch)
- Sorgen Werner, Dipl.- Sozialarbeiter

Service parentalité :

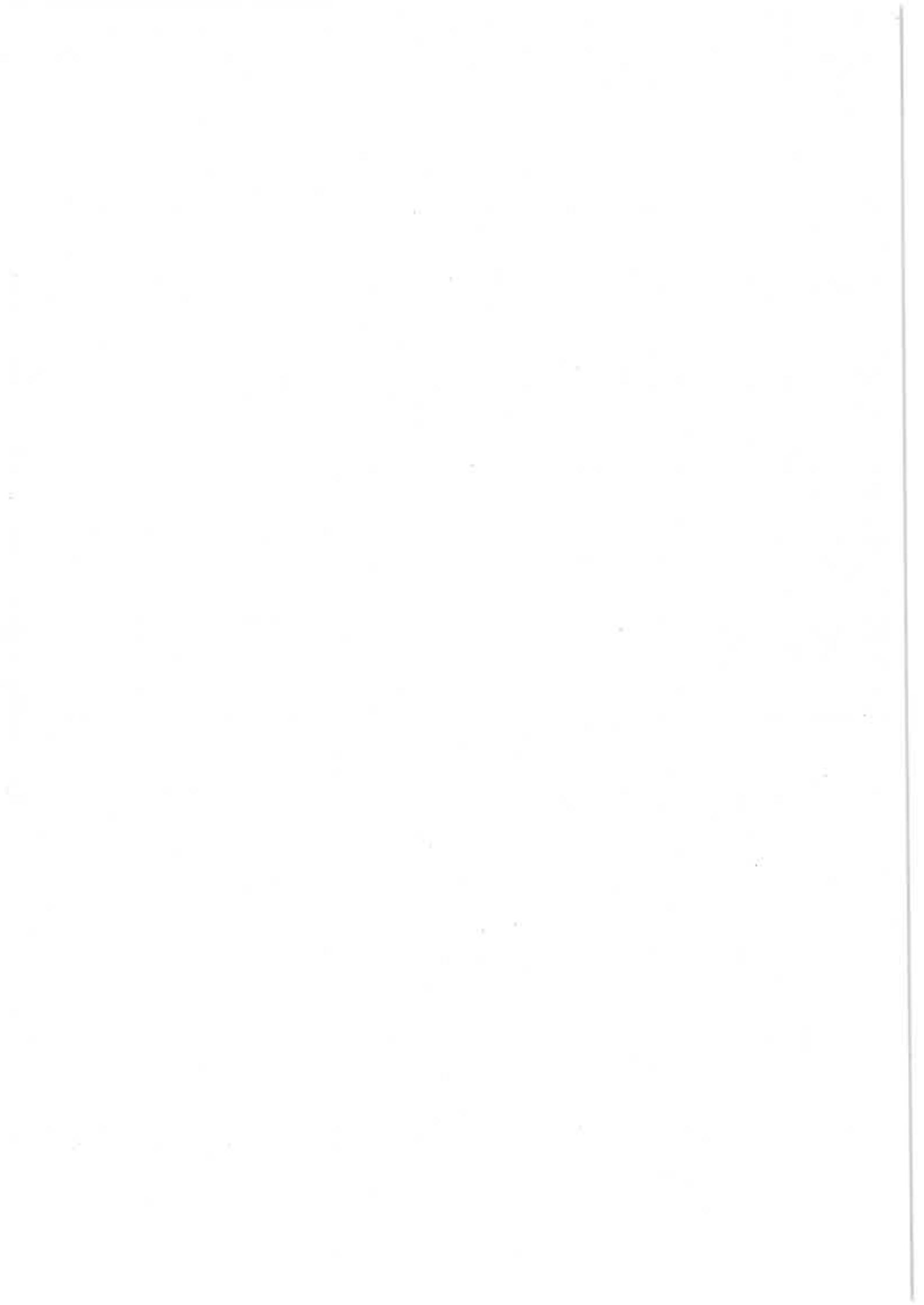
- Leiter: Lamborelle Robert, Dipl.-Psychologe
- Hick Hervé, assistant social, lic. en sciences pol. et soc.
- Lucas Nadia, assistante sociale
- Reuter Cathy, éducatrice grad.

Kontakt 25 :

- Leiter: Balthasar Pascal, éducateur dipl.
- Da Fonseca Iranete, éduc. dipl. en cours de formation
- Gianotti Nathalie, assistante sociale
- Schneider Daniel, Dipl.-Sozialarbeiter
- Soisson Manuela, infirmière dipl.

« Les Niches » und Nachsorgehaus Neudorf :

- Leiter: Hick Hervé, assistant social, lic. en sciences pol. et soc
- Christen Anja, assistante sociale
- Lafontaine Giselle, assistante sociale
- Lamborelle Robert, psychologue dipl.
- Recktenwald Markus, éducateur-instr.



Teil I - Freie Beiträge

A. Kinder drogenabhängiger Eltern **7**

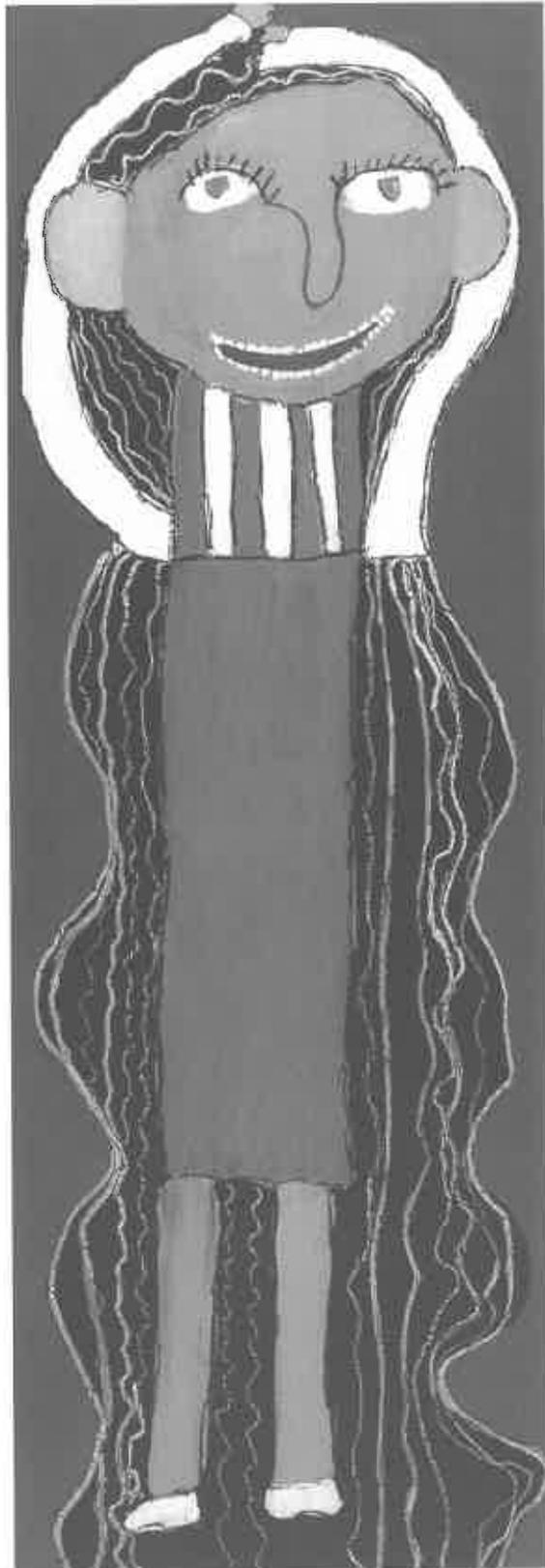
Fakten, Hintergründe, Perspektiven

Dr. Michael Klein

B. Thérapie brève et «le libre choix du patient»: 19

Luc Isebaert et le modèle de Bruges

Freddy André



«Josephine» Albertine Eiffers

A. Kinder drogenabhängiger Eltern: Fakten, Hintergründe, Perspektiven

Der folgende Artikel erschien zuerst in der Zeitschrift *report psychologie* 28, 6/2003. Wir danken dem Autor für die freundliche Genehmigung zum Nachdruck. Wir möchten den interessierten Leser darauf hinweisen, daß die Jugend- an Drogenhölle am Mittwoch, den 11. Oktober 2006 eine öffentliche Konferenz mit dem Autor zum hier behandelten Thema organisiert, sowie am Donnerstag, 12. Oktober eine eintägige Fortbildung.

Kinder drogenabhängiger Eltern sind eine selbst unter Suchtexperten vernachlässigte und kaum bekannte Gruppe. Wie wirkt sich die Drogenabhängigkeit der Eltern, insbesondere der Mütter, auf sie aus? Welche Entwicklungsverläufe weisen sie auf? Sind sie bereits in der Kindheit auffällig? Werden sie selbst suchtkrank? Und schließlich: Wie wirkt sich die Substitution der Eltern auf die Kinder aus? Fragen über Fragen. Die internationale Forschung hat schon viele Antworten. Die deutsche Suchtforschung und Suchthilfepraxis stehen noch am Anfang.

Kinder, die keiner sieht

Kinder suchtkranker Eltern waren viele Jahre lang die vernachlässigte Gruppe in Therapie und Forschung. Meist wurde von den Experten gar nicht wahrgenommen, dass Suchtkranke auch Kinder haben können. Dieser unerfreuliche, weil kurzsichtige, Zustand wandelt sich nun langsam. Seit den späten sechziger Jahren wurde in den USA das Thema Kinder Alkoholabhängiger und in den siebziger Jahren Kinder Drogenabhängiger massiv thematisiert, z.T. auch mit deutlichen Übertreibungen («crack babies»). In Deutschland zeichnet sich seit einigen Jahren ebenfalls ein Wandel ab. Das Problem der Drogenabhängigkeit wird zu selten aus der Perspektive der häufig mitbetroffenen Kinder gesehen, und wenn, dann meistens in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt, zu selten aber in Bezug auf die gesamte Entwicklungsspanne der Kindheit und Jugend (Hogan, 1998). Dabei sind familiäre Stabilität, Verlässlichkeit, Gewaltfreiheit und positive Zuwendung entscheidende Variablen für eine psychisch gesunde Entwicklung der Kinder, die es auch im Kontext elterlicher Drogenabhängigkeit für die Kinder zu sichern gilt.

Kinder suchtkranker Eltern können aufgrund der vorliegenden wissenschaftlichen Befunde als Risikogruppe für maligne psychische und soziale Entwicklungen charakterisiert werden. Verhaltensauffälligkeiten im Kindesalter, früher Substanzmissbrauch und erhöhte Quoten für Suizidalität (Hogan, 1998) sind nur einige der relevanten Resultate. Für Kinder alkoholabhängiger Eltern wurde ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko für eigene Suchterkrankungen festgestellt. Kinder drogenabhängiger Eltern mögen zwar Gemeinsamkeiten mit anderen Kindern aus dysfunktionalen Familien aufweisen, haben jedoch auch spezifische Charakteristiken.

Kinder drogenabhängiger Mütter, die nach der Entbindung zu einem großen Prozentsatz einen Opiatentzug durchmachen, treffen meist auf eine durch eigene traumatisierende Erfahrungen, Abhängigkeitserkrankung und schwere psychische Probleme in ihrer Erziehungskompetenz erheblich eingeschränkte Mutter, die allzu oft unter extrem ungünstigen psychosozialen Bedingungen lebt. Vor diesem Hintergrund werden die Lebenssituation und die Entwicklung der Kinder opiatabhängiger Eltern als eigenständige Themen mit Bezug zu Fragen der Lebensqualität betrachtet. Während ein Großteil der Forschungs- und Behandlungsbemühungen bislang auf die prä- und postnatale Phase fokussierte, blieb die Phase der Kindheit und Jugend weitgehend vernachlässigt. Dies überrascht umso mehr, da seit der stärkeren Ausbreitung der Substitution immer weniger Kinder drogenabhängiger Eltern fremdplatziert werden. Dadurch wird das Thema der Elternschaft zu einem Regelthema der Drogenhilfe.

Englert & Ziegler (2001) berichten in einer Zusammenschau relevanter Längsschnittstudien, dass fast übereinstimmend in den ersten Lebensjahren der Kinder opiatabhängiger Mütter Wach-

tumsretardierungen sowie Wahrnehmungs- und Interaktionsstörungen zu finden sind.

Die intellektuelle Entwicklung scheint nicht beeinträchtigt, in manchen Untersuchungen finden sich jedoch Hinweise auf Sprachentwicklungsverzögerungen. Im Schulalter zeigen sich in allen Studien erhöhte Aggressivität und Impulsivität, Störungen im Sozialverhalten, Schulprobleme, Delinquenz und früher Alkohol- und Drogenkonsum.

Eine umfassende interdisziplinäre Betreuung der Frauen ab der Schwangerschaft einschließlich Substitution, Beratung, Anleitung und aufsuchender Hilfen ist unbedingt erforderlich und kann die Gesamtprognose entscheidend verbessern. Gerade von Seiten der psychologischen und psychotherapeutischen Betreuung blieben drogenabhängige Mütter bislang weitgehend unentdeckt und entsprechend unterversorgt. Das auch oft noch von Professionellen hörbare Urteil, diese Personengruppe sei nicht erfolgreich behandelbar, darüber hinaus nicht motiviert und »trickse« nur, ist im Zeitalter der Substitution und der Risiko minimierenden Strategien nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Für die Kinder drogenabhängiger Eltern gelten eine Reihe der grundlegenden Kinderrechte in der Praxis nur in eingeschränkter Form. So sind die Rechte auf Schutz vor Verwahrlosung¹, angemessene Lebensbedingungen² und Schutz vor Suchtstoffen³ oft nicht gesichert. Deshalb ist eine Verbesserung der entsprechenden Hilfen dringend angezeigt. Auch herrschen zahlreiche Risiken vor, wie z.B. verstärkte Armut, Kindesvernachlässigung, erhöhte Quoten alleinerziehender Mütter, häufigere Trennungserfahrungen, Arbeitslosigkeit, Kriminalisierung und Strafverfolgung der Eltern, Komorbidität der Eltern, negative Auswirkungen des Beikonsums anderer Substanzen, Gefahren der Vergiftung und Unfälle im elterlichen Haushalt, mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern aufgrund eigener Mangelenerfahrungen, Schulversagen, aber auch wechselnde Fremdplatzierungen.

Daraus resultiert, dass Drogenhilfe und Substitutionsprogramme verstärkt mit der Jugendhilfe und den verschiedenen Kinderschutzorganisationen zusammenarbeiten sollten. Es muss eine kontinuierliche Betreuung und Kontrolle der Eltern und ihrer Kinder sichergestellt sein, um möglichst gute Entwicklungsergebnisse sicherzustellen. Die Drogenhilfe muss sich stärker des Kindeswohls ihrer Klientinnen annehmen. Es muss zunächst anerkannt werden, dass der derzeitige Zustand der Versorgung und Betreuung drogenabhängiger Mütter und vor allem ihrer Kinder alles andere als zufrieden stellend ist. So kann es zu einer schrittweise verbesserten Realität in den Hilfen für Kinder opiatabhängiger Eltern kommen.

Ausgangslage

Ein erheblicher Teil der Drogenabhängigen hat Kinder. Da Übersichtsstudien zur Population der Drogenabhängigen als Ganzes fehlen, können die Daten nur aus einzelnen Studien entnommen

¹ UN-Kinderrechtskonvention, Art. 19

² UN-Kinderrechtskonvention, Art. 27

³ UN-Kinderrechtskonvention, Art. 33

und agglomeriert werden. Die Angaben, die in Tabelle 1 zusammengestellt sind, schwanken zwischen 50% bei Frauen in Substitutionsbehandlung (Arnold et al., 1995) und 29 % bei Klienten in niedrigschwelligen Angeboten (Hartmann et al., 1994).

Tabelle 1: Wie viele Drogenabhängige haben Kinder?

Erhebungsbereich	Quelle	Ergebnis
Niedrigschwellige Drogenhilfe Substitutionsbehandlung Hamburg	Hartmann et al., 1994	29.0 %
Substitutionsbehandlung Hamburg	Janczak & Wendelmuth 1994	31.0 %
Substitutionsbehandlung Niedersachsen	Schulzke, 1994	30.3 %
Substitutionsbehandlung Hessen	Arnold et al., 1995 für Frauen	50.0 %
Drogenhilfeverbund JJ Frankfurt	Englert & Ziegler, 2001 für Männer	30.0 %
Qualifizierte Entzugseinrichtungen Köln	Klein, 1999	34.9 %
		31.6 %

In der Hamburger Substitutionsstudie (Raschke, 1994) wird berichtet, dass von den 31 % der betreuten Klienten, die Kinder haben, insgesamt 38% mit diesen zusammenleben. Bei den weiblichen Substituierten sind es 51%, bei den männlichen 28%. In der niedersächsischen Methadonstudie waren es 30.3% der betreuten Klienten, die Kinder hatten (Schulzke, 1994). 40% von diesen lebten mit ihren Kindern im eigenen Haushalt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass etwas mehr als ein Drittel aller Drogenabhängigen Kinder hat. Die durchschnittliche Kinderzahl wird dabei auf 1,5 beziffert (Scheib & Steier, 1998). Von den opiatabhängigen Klientinnen und Klienten in ambulanter Drogenberatung geben 46% der Frauen und 30% Männer an, wenigstens in einem Fall Mutter bzw. Vater eines Kindes zu sein (Simon & Palazzetti, 1999).

Konservativ geschätzt ist insgesamt von 40.000 bis 50.000 Kindern drogenabhängiger Eltern in der Bundesrepublik Deutschland auszugehen, davon ein großer Teil im Vorschul- und Grundschulalter.

Nach einer Expertise des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Frankfurt »besteht sowohl für die Kinder als auch für die Drogenabhängigen in ihrer Funktion als Eltern ein massiver Betreuungs- und Beratungsbedarf« (Scheib & Steier, 1998, 6), der auch nicht annähernd erfüllt ist.

Es ist jedoch kein neuer Tatbestand, dass viele Schwangere und Mütter in hohem Maße Drogen konsumieren. Für die Zeit um das Jahr 1900 wurde in den USA eine Zahl von 200.000 Opiatabhängigen, die meisten von ihnen Frauen, geschätzt. Frauen nahmen die Droge meistens in Form von Laudanum (einer opiumhaltigen Tinktur als eine Art Allheilmittel), Paragoric (Opiumtinktur mit Kampher) oder als Opiumpulver (Kandall, 1998). Opium und ab dem späten 19. Jahrhundert besonders Heroin waren in der Geburtshilfe weit verbreitete Mittel.

Für Kinder von Drogengebern wurden in mehreren unabhängigen Studien schlechtere sozioökonomische Daten, ein höheres Stresserleben und eine stärkere soziale Isolation als bei demographisch vergleichbaren Kindern in denselben Wohngebieten festgestellt (Sowder & Burt, 1980). Auch Tucker (1979) bestätigte dies sehr klar beim Vergleich zwischen drogenabhängigen Frauen, drogenabhängigen Männern und nicht drogenabhängigen Frauen. Die erstgenannte Gruppe wies das höchste

Ausmaß an Einsamkeit und Isolation auf und die geringsten Werte für soziale Unterstützung. Das Vorhandensein sozialer Unterstützung ist im Falle Alleinerziehender besonders wichtig, da dadurch psychosozialer Stress abgemildert werden kann. Es ist also von einer Marginalisierung innerhalb der Marginalisierten auszugehen. Dieser Zustand eines randständigen Lebens mit der Gefahr von Isolation und Stigmatisierung kann sich für die Kinder drogenabhängiger Mütter langfristig als besonders schädlich erweisen, insbesondere was die Entwicklung einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung, eines gesunden Selbstkonzepts und einer guten psychischen Gesundheit betrifft. Die Möglichkeit einer Beeinträchtigung der Kinder drogenabhängiger Eltern in ihrer normalen biologischen und psychosozialen Entwicklung gilt als hinlänglich bewiesen (Hogan, 1998; Englert & Ziegler, 2001), so dass im Folgenden mehr die Frage interessiert, welche Faktoren zu einer Beeinträchtigung führen und wie diese moderiert werden können. Allerdings ist insgesamt ein eklatanter Mangel an kontrollierten Langzeitstudien zu beklagen, so dass viele Aussagen auf zu wenig Evidenz gestützt sind oder relevante Fragen gar nicht beantwortet werden können.

Wichtig wäre es dabei vor allem, die Lebensrealität der Kinder substituierter Eltern adäquat und umfassend abzubilden, da die Substitution in der Bundesrepublik Deutschland erst seit etwa 15 Jahren breite Verwendung findet. Viele Studienergebnisse beziehen sich auf nicht substituierte drogenabhängige Eltern oder benutzen gemischte Gruppen aus substituierten und nicht substituierten Drogenabhängigen, so dass die Effekte der Substitution auf Erziehung und Entwicklung von Kindern noch nicht klar beurteilbar sind. Um die Unklarheiten, die durch die Vermengung verschiedener Stichproben entstehen, aufzuheben, sind Studien mit getrennten Gruppen notwendig. Die forschungsleitende Hypothese dabei ist, dass bei konsequent gehandhabter Substitution mit gut operationalisierten Programmen zur psychosozialen Begleitung einschließlich familienorientierter Elemente bessere Entwicklungsverläufe für die Kinder zu erwarten sind als bei Kindern nicht substituierter drogenabhängiger Eltern und im Übrigen vielleicht auch als bei vielen Kindern alkoholabhängiger Eltern (vgl. Klein & Zobel, 1997).

Kinder drogenabhängiger Eltern sollten genauso ein Recht auf Erziehung durch ihre eigenen Eltern bzw. wenigstens durch einen Elternteil haben wie andere Kinder auch. Dass dies jedoch nur bei geeigneter Hilfe und Unterstützungsmaßnahmen für diese Eltern, meistens die Mütter, möglich ist, wird zu selten in der Drogen- und Jugendhilfepolitik gesehen. Insofern ist die Förderung der Erziehungs- und allgemein der Elternfähigkeit eine direkte Anforderung an die Professionalität der deutschen Sucht- und Drogenhilfe. »Bei den Angaben zu Kindern wird unseres Erachtens eine schwerwiegende Lücke im bundesdeutschen Drogenhilfesystem deutlich. Fast 30 % der Klientinnen haben Kinder, davon zwei Drittel ein Kind und ein Drittel zwei und mehr Kinder. Das Problem besteht darin, dass nur ein Drittel der Eltern mit Kindern selbsterziehend ist, also mit den Kindern zusammenlebt« (Degwitz & Krausz, 1995, 263).

Forschungslücken zu Kindern drogenabhängiger Eltern

Die Entwicklung der Drogenforschung zeigt eine interessante Parallele zur Alkoholforschung. In beiden Feldern spielten die Kinder der Konsumenten und Abhängigen jahrzehntlang keine

Rolle, waren sozusagen nicht existent. Dann setzte ein Wandel ein, beginnend in den USA, der nach mehr als 15 Jahren dann auch Deutschland erreichte. Zunächst entstand so in den USA ab 1969 ein Fokus auf die Kinder alkoholabhängiger Eltern (Cotton, 1979), dem ab etwa 1979 ein Fokus auf die Kinder drogenabhängiger Eltern folgte. Dementsprechend überrascht es nicht, dass in den letzten Jahren erste Langzeitstudien zur Entwicklung dieser Kinder in den USA erschienen (Nurco et al., 1999; Weissman et al., 1999). In der Bundesrepublik Deutschland begann eine ernsthafte Beschäftigung mit den Kindern alkoholkranker Eltern um das Jahr 1990. Kinder drogenabhängiger Eltern sind (von einigen sehr lobenswerten Ausnahmen abgesehen) noch kein Thema der wissenschaftlichen Forschung gewesen und spielen auch in der Praxis der Drogenhilfe immer noch eine untergeordnete Rolle.

In ihrem Review zur Forschung über die postnatale Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern kommt Hogan (1998) zu dem wenig erfreulichen Schluss, dass es nur wenig Forschung zur postnatalen Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern gibt, es an einer klaren Forschungsrichtung und einer gemeinsamen Linie und theoretischen Basis mangelt. Die Ergebnisse seien bestenfalls nicht zusammenfassbar, schlimmstenfalls völlig widersprüchlich.

Die Mehrzahl der Forschungsbeiträge fokussiert bislang auf die prä- und perinatale Phase oder auf die Zeit des ersten Drogenkonsums in der frühen Jugend. In der Folge ist zu konstatieren, daß über die Kinder drogenabhängiger Eltern im Alter zwischen 4 und 14 Jahren besonders wenig bekannt ist. Dass dann der frühe Einstieg von Kindern und Jugendlichen in den Drogenkonsum ohne ihren familiengeschichtlichen Hintergrund gesehen wird, ist nur eine Folge dieser beklagenswerten Forschungslücke. Eine weitere Konsequenz dürfte in einem Mangel geeigneter Praxiskonzepte im Bereich der zielgruppenorientierten Prävention und Frühintervention liegen.

Die bisherigen spärlichen Forschungsarbeiten zum Thema «Kinder drogenabhängiger Eltern» legen nahe, daß elterlicher Drogengebrauch einen starken negativen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der exponierten Kinder haben kann. Dieser Einfluss bezieht sich vor allem auf die drei folgenden Aspekte:

- Den Kindern werden die notwendige körperliche Versorgung und Zuwendung vorenthalten.
- Die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung wird verzögert, behindert oder gar dauerhaft zerstört.
- Die Kinder werden insgesamt in einer Weise beeinflusst und erzogen, daß sie selbst Drogengebraucher werden.

Wie die Forschung zu Kindern von alkoholabhängigen Eltern bereits gezeigt hat, ist das Aufwachsen bei zwei alkoholabhängigen Elternteilen riskanter als bei nur einem. Entsprechendes ist hypothetisch weil bislang empirisch nicht bestätigt - auch für drogenabhängige Eltern anzunehmen. Hier liefert die niedersächsische Methadonstudie (Schulzke, 1994) eine Zahl von 20,8% der betreuten 259 Klienten, die mit einem abhängigen Partner zusammenleben. Viele Praktiker berichten von noch höheren Quoten.

Wie viele Drogenabhängige leben mit Kindern zusammen?

Um Prävention und Behandlung für Kinder drogenabhängiger Eltern zielgerichtet und indikativ zu gestalten, ist neben der Zahl der Drogenabhängigen, die Kinder geboren haben, die Zahl derer, die aktuell mit Kindern zusammenleben, wichtig. Tabelle 2

enthält eine Auflistung der Fremdplatzierungsquoten, aus denen die Zahl der Kinder, die mit ihren Eltern zusammenleben, ablesbar ist.

Table 2: Wie viele Drogenabhängige leben mit ihren Kindern zusammen?

Umfang der Gruppe	Fremdplatzierungsquote	Institution/Indikation	Quelle
66	43.4%	Gemischte Einrichtungen der Drogenhilfe (Veterans)	Nair et al., 1997
45	38.0%	Familienorientiertes ambulantes Modellprojekt	Puxi & Kremer-Preiß, 1998
172	51.7%	Gemischte Einrichtungen der Drogenhilfe	Scheib & Steier, 1998
360	61.9%	Qualifizierte Entzugskliniken	Klein, 1999
142	35.7% regelmäßige Programmteilnehmer 77.8%	Modellprojekt für crackabhängige Mütter	Magura et al., 1999
607	29.0%	Modelleinrichtungen zur Substitution	Raschke et al., 2000

Der Anteil der suchtkranken Eltern, die mit Kindern in einem Haushalt zusammenleben, betrug in Deutschland (Simon & Palazzetti, 1999) für das Jahr 1998 bei den Opiatabhängigen 13% bei den Männern und 30% bei den Frauen. Diese Quoten beruhen auf der EBIS-Statistik der ambulanten Suchthilfe und umfassen die Angaben von 5.649 männlichen und 1.741 weiblichen Opiatabhängigen. Ein besonders kritischer Punkt bezüglich der Situation von Kindern aus drogenbelasteten Familien besteht darin, daß bei den Opiatabhängigen 9% und bei den Kokainabhängigen 8% alleine mit einem Kind leben (Simon & Palazzetti, 1999). In der auf die Verbesserung der Eltern-Kind-Situation abzielenden Modellstudie von Puxi & Kremer-Preiß (1998) waren es 41.0% der Kinder, die mit einem allein erziehenden Elternteil zusammenlebten. Mit 35.3% war die Quote in der Studie von Arnold & Steier (1997), die sich mit den drogenabhängigen Patienten einer Modelleinrichtung für begleitende Kinderbetreuung beschäftigte, ähnlich hoch.

Bei der Konstellation einer allein erziehenden drogenabhängigen Mutter mit Kind dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder sehr schnell erreicht sein und für die Kinder ein besonderes Risiko bestehen, wenn die unvollständige Familie nicht adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt.

Werden die einzelnen genannten Zahlen mit dem Ergebnis kontrastiert, dass nur 10 % aller Beratungsstellen in Deutschland überhaupt ein Angebot - gleich welchen Umfangs und welcher Qualität - für Kinder von Suchtkranken vorhalten (Simon & Palazzetti, 1999), so wird deutlich, dass von den betroffenen Kindern kaum je welche die Chance haben, ein familienbezogenes adäquates Angebot aus der Suchthilfe zu erhalten. Auch von anderen Diensten, wie z.B. der Substitution durch berechnigte Ärzte, der ambulanten Psychotherapie und der Erziehungsberatung, wird diese Aufgabe bislang nicht übernommen. Eine wahrlich vergebene Chance für Prävention und Frühintervention! Eine besonders kritische Erfahrung für Kinder drogenabhängiger Eltern ist die Inhaftierung eines Elternteils, besonders im Falle alleinerziehender drogenabhängiger Mütter. Aufgrund der harten Strafverfolgungsbedingungen ist dieses Problem in den USA

besonders virulent. Nach Angaben des US-Justizministeriums waren 1999 721.500 Eltern minderjähriger Kinder und Jugendlicher inhaftiert. Mehr als die Hälfte aller Gefangenen gab an, Kinder zu haben. 46% der Eltern berichteten, bis zuletzt mit ihren Kindern in einem Haushalt gelebt zu haben. Dadurch sind 336.300 Kinder direkt durch die Inhaftierung eines Elternteils betroffen. In vielen Fällen erfolgt eine Fremdplatzierung bei Verwandten, in einer Pflegefamilie oder in einem Heim. Insgesamt ergibt sich dadurch eine Zahl von 2.8% aller Kinder und Jugendlichen in den USA im Alter bis zu 18 Jahren, bei denen ein Elternteil inhaftiert ist (Greenfield & Snell, 1999). Dies sind insgesamt 1.94 Millionen Kinder und Jugendliche. Bei jedem 40. Kind ist der Vater, bei jedem 360. Kind die Mutter inhaftiert. Bei den weiblichen Strafgefangenen ist die Zahl der wegen Drogendelikten inhaftierten besonders hoch. Vergleichszahlen für Deutschland fehlen bislang. Durch die weniger radikale Strafrechtspraxis in der Bundesrepublik Deutschland dürften die Quoten jedoch erheblich niedriger liegen. Dadurch werden einerseits weniger sekundäre soziale und psychische Probleme durch die Inhaftierung der Eltern erzeugt, andererseits besteht das Problem einer adäquaten Betreuung der erziehenden drogenabhängigen Mütter umso deutlicher fort.

Welchen Bedingungen sind Kinder drogenabhängiger Eltern ausgesetzt?

Eine besonders kritische Frage in der entwicklungspsychopathologischen Forschung ist die Exposition der heranwachsenden Kinder gegenüber malignen oder pathogenisierenden Variablen. Diese Merkmale sind im Kontext einer Familie mit einem drogenabhängigen Elternteil sehr zahlreich:

Zunächst ist zu erwähnen, dass Drogenabhängige im Vergleich zur Normalbevölkerung über eine unterdurchschnittliche schulische und berufliche Bildung verfügen (Raschke, 1994). Dies geht meist mit einem erhöhten Armut- und Arbeitslosigkeitsrisiko einher. So ergab sich im Rahmen einer Modellstudie in Karlsruhe (Scheib & Steier, 1998), dass nur 42.8% der befragten Drogenabhängigen eine abgeschlossene Berufsausbildung aufwiesen. Regelmäßig erwerbstätig waren lediglich 12.6% der Klienten, davon nur die Hälfte vollzeitbeschäftigt. Dementsprechend gestaltet sich die finanzielle Situation für diese Gruppe sehr schwierig. Sehr viele Drogenabhängige müssen daher von Sozialhilfe leben. Dies gilt in noch höherem Maße für alleinerziehende drogenabhängige Mütter. Dieser Status bedeutet eine massive Einschränkung in der Lebenssituation der beteiligten Kinder. Es ist davon auszugehen, dass viele Kinder drogenabhängiger Eltern in ihren materiellen Ressourcen extrem eingeschränkt sind. Dies wiederum kann sich auf Selbstwertgefühl, soziale Integration und den Umgang mit Eigentum und Besitz sehr negativ auswirken. In der erwähnten Studie zum Drogenhilfesystem in Karlsruhe ergab sich bei 63 untersuchten Drogenabhängigen ein Anteil von Sozialhilfebeziehern von 42.9%, wobei die weiblichen Drogenabhängigen deutlich überrepräsentiert waren (Scheib & Steier, 1998). Das monatliche Durchschnittseinkommen von 33 im Rahmen der Karlsruher Studie genauer untersuchten Drogenabhängigen lag bei 1.103,70 DM (Scheib & Steier, 1998). Hinzu kommt eine bisweilen deutlich erhöhte Schuldenlast aufgrund des Beschaffungsdrucks auf dem illegalen Drogenmarkt.

Bei einer Untersuchung der Klientel einer Drogenentwöhnungseinrichtung in Rheinland-Pfalz zeigte sich, dass von den 34 betreuten Kindern zuletzt 35.3% nur mit ihrer Mutter gelebt hatten (Arnold & Steier, 1997). Ein weiterer Problemfaktor sind die ge-

häuftes Diskontinuitäten und Brüche im Leben der Kinder von Drogenabhängigen. In der Untersuchung von Arnold & Steier (1997) ergab sich, dass 44% der von ihnen untersuchten Kinder für mindestens drei Monate nicht bei ihren Eltern gelebt hatten. Diese Diskontinuitäten, die in der entwicklungspsychopathologischen Forschung immer wieder als potenter Risikofaktor für Verhaltensauffälligkeiten benannt werden, waren durch Krankenhausaufenthalte der Mütter infolge akuter Drogenintoxikation, aber auch durch Haftaufenthalte verursacht worden. Lediglich 13 Kinder (38.2%) hatten seit ihrer Geburt absolut durchgängig bei ihren Eltern oder einem Elternteil gelebt.

Die Zahl der Kinder von Drogenabhängigen wurde in einer umfangreichen Untersuchung mit 1.152 Patienten in Einrichtungen des qualifizierten Entzugs analysiert (Klein, 1990). In 360 Fällen (31.6%) hatten diese wenigstens ein Kind.

Im gleichen Haushalt zusammen mit ihren drogenabhängigen Eltern bzw. einem drogenabhängigen Elternteil lebten zuletzt 136 Kinder (38.1% aller Klienten mit Kindern). Die meisten Personen der Untersuchungsgruppe waren keine Teilnehmer an Substitutionsprogrammen.

Zu den Bedingungen, denen Kinder drogenabhängiger Eltern ausgesetzt sein können, gehören fast alle aus der psychologischen life-event-Forschung bekannten negativen Lebensereignisse, seien sie normativer oder nicht normativer Art. Zu den besonders kritischen dürften dabei Verhaftungen, Krankenhausaufenthalte, Selbstmordversuche sowie vollendete Suizide der Eltern zählen.

Selbstmordversuche bei Drogenabhängigen sind dabei kein seltenes Ereignis. Daher besteht die Möglichkeit, dass Kinder dadurch negativ beeinflusst, traumatisiert, im Extremfall Zeuge vollendeter Suizide werden. In der niedersächsischen Methadonstudie (Schulzke, 1994) waren es 30.3% der betreuten Klienten, die vor Betreuungsbeginn einen Suizidversuch unternommen hatten, 18.0% mehrfach. 39.6% der Betreuten wurden als suizidgefährdet, 63.7% als depressiv eingeschätzt.

Wie viele Drogenabhängige hatten selbst Suchtkranke als Eltern?

Viele Drogenabhängige sind unter ungünstigen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen. Hierzu zählen, wie verschiedene Studien zeigten (siehe zusammenfassend: Hogan, 1998), sexueller Missbrauch, physische Misshandlung, Vernachlässigung und alle bekannten broken-home-Faktoren. Erstaunlich selten wurde bislang jedoch betont, wie viele Drogenabhängige selbst suchtkranke Eltern hatten, obwohl eine Vielzahl entsprechender Ergebnisse vorliegt (siehe Tabelle 3).

Es zeigt sich, dass in etwa 40% aller Fälle ein suchtkrankes Elternteil nachzuweisen ist. Bei diesem dürfte in der Mehrzahl der Fälle eine Alkoholabhängigkeit vorgelegen haben. Fälle elterlicher Drogenabhängigkeit sind zwar klinisch bekannt, bislang in der Forschung jedoch noch nicht systematisch untersucht.

Da eine große Zahl der heute Drogenabhängigen neben weiteren ungünstigen Umständen während ihrer Kindheit und Jugend auch einer elterlichen Suchterkrankung ausgesetzt waren, dürfte ihre Fähigkeit, sich ihren eigenen Kindern positiv und emotional warmherzig/kompetent zuzuwenden, in vielen Fällen klar eingeschränkt sein. Elterliche Suchstörungen haben sich wiederholt als negativer Prognosefaktor für geeignetes Erziehungs- und Elternverhalten sowie für eine förderliche Familienatmosphäre erwiesen (Klein & Zöbel, 2001a; Klein & Zöbel, 2001b).

Tabelle 3: Wie viele Drogenabhängige haben wenigstens einen suchtkranken Elternteil?

Zahl der Probanden	Rekrutierungsbereich	Quote suchtkranker Eltern(teile)	Quelle
54	Patientinnen in gemischten Drogen-therapieeinrichtungen	51.0% Suchtkrankes Elternteil	Hanel, 1988
191	Patientinnen in gemischten Drogen-therapieeinrichtungen	36.0% Suchtkrankes Elternteil	Hanel 1988
59	Offene Drogenszene	54.2% Suchtkrankes Elternteil	Sickinger 1994
56	Drogeabhängige in stationäre Entwöhnungsbehandlung	51.8% Suchtkrankes Elternteil	Arnold & Steier, 1997
34	Patientinnen im niedrigschwellige stationären Drogenentzug	41.2% alkoholabhängige Mutter	Hoffmann et al., 1997
501	Drogenabhängige in gemischten niedrigschwelligem Hilfe-einrichtungen	45.0% alkoholabhängiger Vater	Mann & Kapp 1997
651	Männliche Drogenkonsumenten	22.2% alkoholabhängiger Vater 10.3 % alkoholabhängige Mutter	Küfner et al., 2000

Viele Drogenabhängige verfügen somit nicht über Modelle positiver Elternschaft. Besonders häufig sind Erfahrungen familiärer Instabilität anzutreffen. Maß & Krausz (1993) fanden bei 60% der von ihnen untersuchten Drogenabhängigen eine elterliche Suchterkrankung, eine massive psychische Erkrankung, den Tod eines Elternteils oder eine Trennung der Eltern. Arnold & Steier (1997) berichten für die von ihnen untersuchten Drogenabhängigen, dass 51% entweder einen abhängigen Vater oder eine abhängige Mutter hatten. In einigen Fällen waren auch beide Elternteile suchtkrank. Meistens bezog sich die Suchterkrankung auf Alkohol.

Für den Bereich stationärer Drogenentzugsbehandlungen konnten Hoffmann et al. (1997) feststellen, dass der Anteil der Patienten mit suchtkranken Müttern deutlich erhöht war. Die 34 Patientinnen einer niedrigschwelligen Drogenentzugsstation wiesen zu 41.2% suchtkranke Mütter auf, die 68 Männer derselben Station sogar 48.5%. Ohne Geschlechtsunterscheidung wurde in der gleichen Untersuchung für alle 102 Patienten der niedrigschwelligen Drogenentzugsstation eine Quote von 57.8% für Alkoholabhängigkeit der Väter eruiert. In einer ähnlichen, aber umfangreicheren Untersuchung zum niedrigschwelligen Drogenentzug (Mann & Kapp, 1997) gaben von 501 Patienten an, dass in 45% der Fälle der Vater, in 34% ein Geschwister-Elternteil schädlichen Gebrauch von Suchtmitteln betrieb. In einer im Frankfurter Drogenmilieu durchgeführten Studie (Sickinger, 1994) wurde eruiert, dass von 59 Heroinabhängigen (24 Frauen/35 Männer) 54.2% Eltern mit Suchtproblemen hatten. Außerdem berichteten 42.3% der Befragten von häufigen bzw. regelmäßigen Gewalterfahrungen in der Familie. Im Alter von 11 bis 15 Jahren lebten bereits 55.9% von ihnen in einer unvollständigen Familie. Im Alter von 16 bis 18 Jahren wohnten 66.8% der Probanden nicht mehr in der ursprünglichen Herkunftsfamilie

oder in anderen familiären Wohnformen.

Im Rahmen einer umfassenden Studie zu Risikofaktoren jugendlichen Drogenmissbrauchs (Küfner et al., 2000) zeigte sich, dass die Konsumenten illegaler Drogen neben zahlreichen anderen Prognosefaktoren (insbesondere aus dem Variablenbereich geringe Familienkohäsion und »broken home«) auch deutlich häufiger einer suchtblasteten Familie entstammten. Von 651 jungen männlichen Drogenkonsumenten wiesen 145 (22.2 %) einen Vater mit Suchtproblemen auf, meist im Bereich des Alkoholismus. Bei einer Kontrollgruppe von 109 Nicht-Konsumenten waren es nur 11.9%. Eine suchtkranke Mutter hatten 10.3% der Drogenkonsumenten und nur 1.8% der Nicht-Konsumenten. Die Überschmittsmenge zweier Elternteile mit Suchtproblemen betrug für die Drogenkonsumenten 4.6%. Bei den weiblichen Drogenkonsumenten waren es von den 276 Probandinnen 20.7 % (Kontrollgruppe: 1.0%), die einen Vater mit Suchtproblemen hatten. Über eine Mutter mit Suchtproblemen wird von 9.6% (Kontrollgruppe: 2.9%) berichtet. Es zeigt sich insgesamt nicht nur eine erhöhte Wahrscheinlichkeit bei jungen Drogenkonsumenten für familiäre Suchtbelastungen, sondern geschlechtsvergleichend kann davon ausgegangen werden, dass das Vorhandensein eines suchtblasteten Vaters sich für Söhne (22,2 %) und Töchter (20,7%) in annähernd gleicher Stärke negativ auswirkt. Der Vergleich mit der Kontrollgruppe der Nicht-Drogenkonsumenten zeigt weiter, dass bei den männlichen Drogengebern das Risiko des Vorhandenseins eines Vaters mit Suchtproblemen etwa doppelt so hoch ist, während es bei den weiblichen Drogengebern mehr als 20fach erhöht ist. Eine suchtblastete Mutter wirkt sich bei beiden Geschlechtern (10.3% bzw. 9.6%) ebenfalls fast gleich stark aus.

Nach einer anderen Studie hat jede zweite drogenabhängige Frau mit einem süchtigen Elternteil im selben Haushalt gelebt. Hanel (1988) ermittelte im Rahmen einer Studie in 13 Drogen-therapieeinrichtungen, dass von 54 drogenabhängigen Frauen 40% einen nahen leiblichen Verwandten mit einer Suchterkrankung und 11% mehrere nahe Verwandte aufwiesen. Bei den 191 drogenabhängigen Männern, die ebenfalls untersucht wurden, fanden sich 28% bzw. 8% Suchtkranke in der nahen Verwandtschaft. Definitiv nicht mit Suchterkrankungen in ihrer Herkunftsfamilie belastet waren 21% der Frauen und 46% der Männer. Außerdem ergab sich, dass 41% der drogenabhängigen Frauen als Kinder mit einem Durchschnittsalter von 13 Jahren sexuell missbraucht worden waren.

Im deutschen Bereich wurde bei drogenabhängigen Frauen wiederholt deren Herkunftsfamilie zum Untersuchungsgegenstand gemacht. Es zeigte sich, dass mehr als die Hälfte von ihnen wenigstens einen suchtkranken Elternteil hatte (Hanel, 1988; Hedrich, 1989). »Drei von fünf Mädchen wuchsen mit Bezugspersonen auf, die problematischen oder abhängigen Drogengebrauch aufwiesen und auch bei den Jungen ist es jeder zweite. In den meisten Fällen kommt diese hohe »Drogenbelastung« durch ein alkoholabhängiges Elternteil zustande (Hedrich, 1989, 198).

Langzeitentwicklung der Kinder drogenabhängiger Mütter

Über die Kinder drogenabhängiger Eltern im Alter zwischen 4 und 11 Jahren ist im Verhältnis zu den anderen Altersgruppen am wenigsten bekannt. Dies liegt daran, dass die Belange jüngerer Kinder im Rahmen der prä- und perinatalen Forschung und die Jugendlichen im Rahmen von Forschungen zum frühen Einstieg in deviante oder substanzmissbrauchende Verhaltens-

muster intensiver erforscht wurden als die der Kinder im Alter dazwischen. In einer der wenigen Studien wurden 23 Kinder im Alter zwischen 3 und 7-5 Jahren bezüglich verschiedener Entwicklungsmerkmale mit Kontrollkindern verglichen (Burns et al., 1996). Bezüglich ihrer körperlichen Gesundheit und Entwicklung konnten keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden. Die Kinder der drogenabhängigen Mütter hatten zwar einen kleineren Kopfumfang; dies stand aber nicht in Zusammenhang mit neuropsychologischen Auffälligkeiten.

Unterschiede zwischen Kindern drogenabhängiger und alkoholabhängiger Eltern

Als Gründe, warum Kinder drogenabhängiger Eltern als spezielle Gruppe betrachtet werden können, gilt zum einen die Tatsache, dass die Eltern im Vergleich mit anderen suchtkranken Eltern (z. B. solchen, die von Alkohol abhängig sind) in der Regel einen deutlich andersartigen Lebensstil pflegen. Meist leben Drogenabhängige mit Kindern in großer Armut und sind den Konsequenzen der Illegalisierung der jeweiligen Substanzen ausgeliefert. Dazu gehören Angst vor polizeilicher Verfolgung, Beschaffungsdruck, mangelnde Sozialkontakte außerhalb der Szene u.v.m. Die Eltern sind einem größeren Risiko von Verhaftungen und Inhaftierungen ausgesetzt als andere Eltern. Aber auch die Konsequenzen des mütterlichen Drogenkonsums selbst können sich schädigend auf die Kinder auswirken. Dies rührt vor allem aus der hohen Potenz der jeweiligen Suchtstoffe, den meist sehr intensiven Entzugserscheinungen und den gesundheitlichen Risiken bei unsafe-use-Praktiken (Hepatitis, HIV). Häufig erleben die Kinder auch andersartige Persönlichkeitsmerkmale und Werthaltungen als andere Kinder. So sind depressive, aber auch antisoziale Merkmale bei drogenabhängigen Eltern häufiger als bei Normaleltern. Hinzu kommen ablehnende, feindselige oder misstrauische Werthaltungen gegenüber anderen Menschen oder der Gesellschaft als solcher. Aber auch die gesellschaftlichen Reaktionen und Bewertungen sind anders als bei Alkoholmissbrauch. Meist wird den Drogenabhängigen die Fähigkeit zu verantwortlicher Elternschaft rundweg abgesprochen. Auch die Kinder begegnen diesen Urteilen in den verschiedenen Feldern des öffentlichen Lebens und den verschiedenen Sozialisationsfeldern (Kindergarten, Schule). Daher erscheint es nicht berechtigt, die inzwischen sehr umfangreichen wissenschaftlichen Ergebnisse zur Problematik der Kinder alkoholabhängiger Eltern ungeprüft auf die Kinder drogenabhängiger Eltern zu übertragen und die entsprechenden Konsequenzen quasi zu extrapolieren. Eine weitere Problematik ist in Eltern mit polytoxikomanem Substanzmissbrauch, der insbesondere Opiate, Kokain und Alkohol umfasst, zu sehen.

Die wenigen Studien, die Kinder von alkoholabhängigen mit denen opiatabhängiger Eltern verglichen, erbrachten sehr inkonsistente Ergebnisse. Herjanic et al. (1978) fanden keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich kognitiver Funktionen und Selbstwertgefühl. Mayer & Black (1977) fanden eine höhere Quote für Kindesmisshandlungen in den Familien mit drogenabhängigen, meist kokainabhängigen, Eltern.

Famularo et al. (1992) fanden einen Zusammenhang zwischen kokainabhängigen Eltern und sexuellem Kindesmissbrauch sowie alkoholabhängigen Eltern und physischer Kindesmisshandlung.

Besonderheiten bei Kindern Drogenabhängiger

Die Schädigungen bei Kindern drogenabhängiger Eltern könnten in mehreren Bereichen gravierender sein als bei den Kindern Alkoholabhängiger. Dies ist jedoch eine Hypothese aus klinischen Berichten, die durch systematische empirische Forschung zu untersuchen wäre. Als Gründe für mögliche Nachteile zu Lasten der Kinder Drogenabhängiger sind folgende anzuführen:

- Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten viel üblicher ist als bei Alkoholabhängigen. Dadurch können die negativen Effekte des drogenabhängigen Elternteils nicht in ausreichendem Maß kompensiert werden.
- Die Kinder sind häufiger von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel die Mütter, auf.
- Aufgrund einer größeren Zahl von Frühgeburten kann es zu verstärkten Problemen beim Beziehungsaufbau zwischen Mutter und Kind kommen. Die Kinder weisen häufiger ein schwieriges Temperament auf, was die Erziehungsprobleme der Eltern verstärkt und bei ihnen zu Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen führen kann.
- Die Kinder erleben im Zusammenhang mit der Beschaffungskriminalität mehr traumatische Situationen, z.B. Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters u.ä.
- Die Kinder sind meist in ihren frühen Lebensjahren von der Abhängigkeit eines Elternteils betroffen, was nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychopathologie ein stärkeres Entwicklungsrisiko mit sich bringt.
- Die Kinder erleben stärkere soziale Isolation und Ächtung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und erleben sich dadurch insgesamt in ihrem Selbstwertgefühl als instabiler und gefährdeter.
- Die Kinder leiden stärker unter sozialer Marginalisierung der Familie, z.B. in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen.
- Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigen höhere Komorbidität laufen die Kinder Gefahr, häufiger eine doppelte Schädigung aufgrund des komplexeren Störungsbildes ihrer Eltern zu erleiden.
- In Einzelfällen, die klinisch durchaus bekannt und dokumentiert sind, werden an die Kinder und Jugendlichen früh psychotrope Substanzen, die im Lebensumfeld der Eltern gewöhnlich den Status der Normalität besitzen, verabreicht.

Wie ist das Elternverhalten drogenabhängiger Mütter?

Studien, die sich mit dem Elternverhalten in Familien mit drogenabhängigen Eltern beschäftigen, gliedern sich in zwei hauptsächliche Themenbereiche: Solche, die auf die Bereiche Missbrauch und Vernachlässigung fokussieren und solche, die sich mit dem Elternverhalten und den Eltern-Kind-Beziehungen beschäftigen. In einer Studie zum Elternverhalten verglich Colten (1980) 170 drogenabhängige Mütter, die entweder in Methadonbehandlung waren oder in einer therapeutischen Gemeinschaft lebten, mit parallelisierten Kontrollmüttern. Es zeigten sich keine Unterschiede in den erzieherischen Einstellungen und Erwartungen an das Kind. Allerdings waren die drogenabhängigen Frauen häufiger der Meinung, dass sie ungeeignete Eltern seien und machten sich mehr Sorgen um die Entwicklung ihrer Kinder,

insbesondere hinsichtlich einer eigenen Drogenabhängigkeit oder dissozialen Karriere.

In einer anderen Studie wird berichtet, dass sich drogenabhängige Mütter mehr als andere Mütter von der Außenwelt isolierten, Fremdeinflüsse von ihren Kindern abschirmten und stärker versuchten, ihre Kinder zu kontrollieren (Wellisch & Steinberg, 1980). Eine Untersuchung zum Erziehungsverhalten (Bauman & Dougherty, 1983) auf der Basis von Beobachtungen der Mutter-Kind-Interaktionen erbrachte das Ergebnis, dass die Mütter mit Methadonsubstitution im Vergleich zu Kontrollmüttern eine größere Häufigkeit aversiver Verhaltensweisen zeigten. Im Einzelnen waren es mehr Kommandieren, Nicht-Zustimmen, Provozieren und Drohen, was die Mütter der ersten Gruppe häufiger praktizierten. Andere ähnliche Studien zeigten wiederholt, dass die drogenabhängigen Mütter insgesamt härtere verbale Verhaltensweisen gegenüber ihren Kindern ausführten, d.h. mehr mit ihren Kindern schrien und sie scharf tadelten (zusammenfassend: Hogan, 1998).

Bei der Analyse des Erziehungsverhaltens von 56 heroinabhängigen Eltern, meist Mütter, in einer stationären Entwöhnungseinrichtung ergab sich, dass 86.7% Probleme beim Setzen und Ziehen von Grenzen hatten (Arnold & Steier, 1997). Bei 73.3% der Untersuchungsgruppe hatte in der Vorgeschichte - zumindest zeitweise - eine Vernachlässigung des Kindes stattgefunden.

Kindesmmissbrauch und vernachlässigung kommen bei Kindern heroinabhängiger Eltern häufiger vor als bei Kontrolleltern. Auch bei den Kindern kokainabhängiger Eltern sind diese Konsequenzen häufiger festzustellen als bei anderen Kindern (Hogan, 1998). Egami et al. (1996) fanden, dass nach sorgfältiger Kontrolle der Einflüsse soziodemographischer und psychiatrischer Variablen die Abhängigkeit von illegalen Drogen mit Kindesvernachlässigung, nicht jedoch mit Kindesmissbrauch zusammenhängt. Diese Resultate können für Eltern mit ausschließlicher Methadonsubstitution nicht bestätigt werden. Auch finden sich bei vergleichbaren Studien mit Kindern von extrem armen Eltern oft ähnlich hohe Quoten, so dass die Opiat- oder Kokainabhängigkeit nicht als verursachender Faktor betrachtet werden kann. Sowder & Burt (1980) untersuchten 365 Kinder behandelter opiatabhängiger Eltern mit 369 Kindern aus derselben Nachbarschaft. Sie fanden sowohl bei den Kindern der Opiatabhängigen als auch bei den Kindern der extrem armen Eltern auffällig erhöhte Quoten für Kindesmissbrauch und -vernachlässigung.

Jaudes et al. (1995) fanden bei einer prospektiven Vergleichsstudie zwischen Müttern mit vs. ohne Konsum illegaler Drogen während der Schwangerschaft bei den Kindern, die pränatal Drogen ausgesetzt waren, höhere Raten für Missbrauch und Vernachlässigung. 30.2% der Kinder, die pränatal Drogen ausgesetzt waren, waren im Beobachtungszeitraum, der sich auf jeweils ein Lebensjahr bezog, nach Fremdangaben missbraucht oder vernachlässigt worden. Eine Dunkelzifferabschätzung wurde nicht vorgenommen. 67.4% der Mütter hatten in erster Linie Kokain in der Schwangerschaft missbraucht. Substituierte Frauen nahmen an der Studie nicht teil. In 19.9% der Fälle konnte der Verdacht auf Missbrauch eindeutig untermauert werden. Daraus ergibt sich eine Rate für gesicherten Kindesmissbrauch von 84 Fällen pro 1.000 Expositionsjahren. Diese Rate ist mehr als zweimal so hoch wie bei anderen Kindern nicht drogenabhängiger Eltern aus derselben Untersuchungsregion. Von allen bekannt gewordenen Fällen bezogen sich 72.6% auf Kindesvernachlässigung (mangelnde Beaufsichtigung, Ernährung, Kleidung, Unterernährung, failure to thrive). 15.7% waren physische Verletzungen infolge Gewalteinwirkung oder Unfällen

(Knochenbrüche, Hautverletzungen, innere Verletzungen, Vergiftungen). In 6% aller Fälle war es eine Drogenintoxikation und in 3% aller Fälle ein sexueller Missbrauch. Schließlich waren es 3% aller Missbrauchs- und Vernachlässigungsfälle, die zum Tode des Säuglings oder Kleinkindes führten.

Kandel (1990) fand einen stärkeren Zusammenhang zwischen Drogengebrauch der Mütter und kindlichen Verhaltensstörungen im Vergleich mit drogengebrauchenden Vätern. Sie untersuchte die Beziehung zwischen früherem und aktuellem Drogengebrauch auf der einen Seite und Elternverhaltensstilen auf der anderen Seite. 1.222 Jugendliche im Alter von 15 bis 16 Jahren wurden in einer Längsschnittstudie bis zum Alter von 28 bis 29 Jahren in ihrer Entwicklung begleitet. Wenn diese Probanden Kinder im Alter von zwei Jahren und mehr hatten, wurde ein ausführliches Elterninterview durchgeführt. Es ergab sich, dass die weiblichen Probanden mit steigendem Drogenkonsum schlechteres Elternverhalten (Mangel an Aufsicht, geringe Wärme) zeigten. Bei den jungen Vätern ergab sich interessanterweise für viele, dass der Drogenkonsum mit einer Reduktion des strafen den Erziehungsverhaltens und einer stärkeren Beschäftigung mit dem Kind einherging.

Eine empirische Studie (Nair et al., 1997) untersuchte die Beziehungsgeschichte der Kleinkinder von 152 drogenabhängigen Müttern. 66 Kinder (43.4%) erlebten bis zu ihrem 18. Lebensmonat einen Wechsel der Hauptbezugsperson. Obwohl alle Kinder drogenabhängiger Mütter ein erhöhtes Risiko für Diskontinuität in der Beziehung zu ihren Bezugspersonen aufweisen, können innerhalb dieser Gruppe spezielle Konstellationen von erhöhtem Risiko ausgemacht werden. Dies sind: ein jüngerer Alter der Mutter, Heroingebrauch, Zahl der Kinder ist zwei oder mehr, andere Kinder sind schon fremdplatziert sowie das Vorhandensein depressiver Symptome.

Bei der Betrachtung des Elternverhaltens ist ferner das hohe Ausmaß komorbider Störungen bei drogenabhängigen Personen in seiner Auswirkung auf die Kinder zu beachten. So zeigte eine Studie mit klinischen Interviews in einem Methadon-Vergabeprogramm in Rhode Island, dass 42% der Probanden die Kriterien der Majoren Depression erfüllten (Brienza et al., 2000). Dabei gilt als bestätigt, dass eine elterliche Komorbidität sich in der Funktionsfähigkeit der Eltern stärker auswirkt als bei Nicht-Drogenabhängigen (Mayes, 1995). Die Katamnese des Methadonprogramms in NRW (Prognos, 1998) erbrachte für 222 Probanden im zweiten Halbjahr nach Beginn der Substitutionsbehandlung eine Komorbiditätsquote von 70.3%. Bei 78 Probanden (35.1%) wurde der höchste Schweregrad der jeweiligen Störung, bei 34.2% der jeweils mittlere Schweregrad der Störung diagnostiziert. Am häufigsten treten mit 37.8% die Persönlichkeitsstörungen des Clusters B (nach DSM-IV), d.h. antisoziale, histrionische, narzisstische oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf.

Auf der anderen Seite bieten gerade Substitutionsprogramme eine spezifische Chance zum Einstieg in das Thema »Elternschaft Drogenabhängiger«, die in den Programmen standardmäßig genutzt werden sollte. «It is argued that methadone replacement programs provide a window of opportunity to deliver well-validated parent training programs that enhance the quality of parent-child relations. However, it is likely that such programs would need to be medium to long term and address issues beyond parent child relationships» (Dawe et al., 2000).



Kinder drogenabhängiger Mütter in Pflege

Die Forschung liefert Hinweise darauf, dass die Erfahrungen von Kindern drogenabhängiger Eltern in Pflegefamilien anders sind als die anderer Kinder in Pflege. In einer der wenigen Studien zu diesem Thema fand Fanshel (1975), dass diese Kinder in einem früheren Alter in Pflegefamilien kamen und dort länger verweilten. Wenn sie die Pflegefamilien verließen, wurden sie häufiger als andere Kinder zu Verwandten oder Freunden verbracht. In einer Untersuchung mit 164 Neugeborenen drogenabhängiger Mütter in Los Angeles (Tyler et al., 1997) wurden die Merkmale der Mütter, die das Sorgerecht für ihre Kinder behielten, mit denen verglichen, die es verloren. Das Sorgeverhalten der Mütter, die ihre Kinder bei sich behalten hatten, unterschied sich nicht von dem von Verwandten, die das Sorgerecht für Kinder erhalten hatten. Es zeigte sich jedoch, dass die Kinder, die bei ihren leiblichen Müttern geblieben waren, mit sechs Jahren eine bessere kognitive Entwicklung aufwiesen. Allerdings waren bei den leiblichen Müttern auch mehr Todesfälle und Fälle von Kindesvernachlässigung oder -misshandlung aufgetreten.

Wenn die Kinder drogenabhängiger Eltern bei Pflegeeltern untergebracht waren, zeigten sich im Vergleich mit anderen Pflegekindern günstigere Werte für emotionales und soziales Verhalten (Fanshel, 1975). Dies wird darauf zurückgeführt, dass die erste Gruppe schon in einem jüngeren Alter fremdplatziert wurde und sie infolgedessen eine größere Chance für die Anpassung an die neue Umwelt und weniger fortgesetzte Exposition gegenüber malignen elterlichen Verhaltensweisen erfahren hatten.

«Aside from the tendency to be locked into permanent careers in foster care, the 44 children of drug-abusing mothers tended to experience more turnover in care than their counterparts in the study population. The mean number of placements reported for the former was 2.64 while the larger group experienced a mean of 1.95 placements.» (Fanshel, 1975, 606-607).

Entwicklungsmerkmale der Kinder drogenabhängiger Eltern

Bauman & Levine (1986) fanden bei Vorschulkindern substituierter Mütter im Vergleich zu Kindern von Müttern ohne Drogengebrauch höhere Werte für impulsives, unreifes und unverantwortliches Verhalten. Auch zeigten sich erhöhte Werte für weitere Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme (Wilens et al., 1995). Wiederum im Vergleich mit Kindern drogenfreier Mütter ergaben sich erhöhte Werte für internalisierende und externalisierende Störungen auf der CBCL.

Die gefundenen Unterschiede weisen, da stets der Vergleich zwischen substituierten und drogenfreien Müttern gewählt wurde, auf einen Unterschied dieser beiden Populationen hin, der oft auch durch konfundierende Variablen (wie z.B. Beikonsum, Sozialschicht, Armut, Arbeitslosigkeit) erklärt werden kann, wenn diese Variablen nicht kontrolliert werden.

Eine Untersuchung an 56 Kindern, die in einer Drogenentwöhnungseinrichtung mit familienorientiertem Konzept behandelt wurden, erbrachte bei der Möglichkeit von Mehrfachangaben in 39,4% der Fälle Entwicklungsretardierungen und ebenfalls in 39,4% der Fälle ein Hyperkinetisches Syndrom bei den Kindern der überwiegend heroïnabhängigen Eltern (Arnold & Steier, 1997). Hinzu kamen in 21,2% der Fälle aggressive Störungen, bei 18,2% schwere Beziehungsstörungen und bei 12,1% Unterversorgung. Bei 87,9% der Kinder wurde zumindest eine Diagnose (auf der Basis des ICD 9) festgestellt. Dies stellt eine um das 2,6fache erhöhte Quote im Vergleich mit Kontrollkindern dar.

Problem Beikonsum

Ob Substitutionsprogramme systematisch bessere Effekte im Elternverhalten erbringen, ist wegen der Vielzahl der konfundierenden Effekte in der Praxis der Substitution nicht abzuschätzen. Auch fehlen entsprechende kontrollierte Studien hierzu. Dennoch gehen die meisten Experten von einer klaren Überlegenheit der Substitutionsprogramme aus, weil sich der Lebensstil im Vergleich zu nicht substituierten Drogenabhängigen meist radikal unterscheidet: »Methadone maintenance can stabilize the lifestyle of a heroin abuser, which in turn may improve the mother's parenting skills« (Burns et al., 1996, 114).

Methadonsubstitution senkt das Ausmaß der negativen psychosozialen Begleitumstände einer Drogenabhängigkeit. Doch ob die andererseits bislang nicht erfolgreich eingedämmten negativen Aspekte eines verstärkten Beikonsums anderer illegalisierter Drogen und des Alkohols die positiven Effekte wettmachen, muss auf der Basis des heutigen Wissens zumindest offen bleiben. Eine umfangreiche Analyse des Beikonsums von Klienten in Substitutionsbehandlung zeigte, dass 34,0 % Benzodiazepine, 33,5% Kokain, 25,8% Heroin und 22,3% Alkohol (Mehrfachnennungen möglich) konsumierten (Arnold et al., 1995). Einen häufigen oder ständigen Beikonsum hatten 15,5% aller Klienten mit Kindern im eigenen Haushalt. Dadurch erscheint es möglich, dass die Effekte der Intoxikation mit diesen Substanzen die zu erwartenden positiven Effekte der Substitution kompensieren oder gar überreffen. Eine der wenigen Untersuchungen, die die postnatale Entwicklung der Kleinkinder methadonsubstituierter Mütter untersuchte (Burns et al., 1996), erbrachte im Vergleich mit parallelisierten Kontrollkindern nicht drogenabhängiger Mütter im Alter von 3 bis 7,5 Jahren keine bedeutsamen Unterschiede. Die Kinder substituierter Mütter erreichten ähnliche Werte wie die Kinder sozial parallelisierter Mütter. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu anderen Studien, die z.B. deutliche Verzögerungen in der Sprachentwicklung gefunden haben (z.B. van Baar & de Graaff, 1994). Diese Differenzen könnten jedoch auch auf unterschiedliche Drogenexpositionen der Kinder in der pränatalen Phase zurückzuführen sein. 77 von 109 (= 71%) Patienten eines ambulanten Methadon-Behandlungsprogramms berichteten, dass sie in den letzten dreißig Tagen vor der Befragung Heroin eingenommen haben, 31% täglich (Best et al., 1999). Als Gründe wurde von den täglichen Benutzern vor allem die Behandlung von Entzugerscheinungen, von den Gelegenheitsnutzern die Verfügbarkeit im Umfeld angegeben. Der Gebrauch illegaler und nicht verschriebener Medikamente wurde bei einer Kohorte von 100 Patienten aus einem Methadonprogramm untersucht. Es wurden signifikante Steigerungen beim Gebrauch von Crack und Cannabis festgestellt. Der Gebrauch nicht ärztlich verordneten Methadons hatte ebenfalls zugenommen (Best et al., 2000).

Bei 52% der 68 Patienten einer Methadon-Behandlungseinrichtung wurden Anzeichen für problematischen Alkoholgebrauch gefunden. 32% davon erfüllten die schärferen Kriterien für Alkoholmissbrauch.

Eine Gefährdung des Kindeswohls - prä- wie auch postnatal - geht von einem hohen Beikonsum anderer psychotroper Substanzen, insbesondere Kokain und Alkohol, aus. In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis einer Vergleichsstudie zwischen Müttern, die an einem Methadonprogramm teilnahmen, und polytoxikoman abhängigen Müttern interessant. Es ergab sich,

dass nur 12% der Mütter aus dem Methadonprogramm ausschließlich Methadon konsumierten (Rosen & Johnson, 1988). Nurco et al. (1999, 27) kommen auf der Basis eigener Forschungen zu einer pessimistischen Bewertung der Zukunftschancen der Kinder substituierter Mütter: «Results... support a theory postulating an intergenerational cycle of addiction in that the cognitive and behavioral patterns of the children of methadone maintenance mothers were similar to those of their mothers, implying an increased risk of future drug abuse». Außerdem ist zu bedenken, dass die Substitution insgesamt, wenn sie mit einer Verlängerung der Drogenkarriere von Menschen zusammenhängt, in Bezug auf die Bedeutung für die heranwachsenden Kinder auch kritisch bewertet werden kann, da sie dann mit einer langen Expositionszeit gegenüber ungünstigen Faktoren einhergeht.

hilfen für Kinder drogenabhängiger Mütter

36 spezialisierte Programme für substanzmissbrauchende Frauen und Kinder in den USA wurden hinsichtlich der zentralen Ziele und Inhalte ausgewertet und verglichen (Uziel-Miller & Lyons, 2000). Nur sechs Programme verfügten über ein umfassendes Angebot, bestehend aus ambulanten und stationären Angeboten, Case-Management, Selbsthilfe, psychologischer Beratung, Suchtberatung, Familienberatung, medizinischer Versorgung für Frauen und Kinder, pränataler Versorgung, Elterntraining, Berufsfindungstraining, Kinderbetreuung, Rechtsbeistand, Wohnungslosen- und Schuldenhilfe. Viele Programme fokussieren ausschließlich auf die Schwangerschaftsphase und bieten keine weitergehenden Schritte an.

Insbesondere kritisieren die Autoren, dass im Falle einer reinen Schwangerenbetreuung die notwendige Langzeitbegleitung von Müttern mit Neugeborenen unterbleibt und die Weitervermittlung an andere Institutionen zu oft nicht stattfindet oder scheitert. Die Autoren plädieren für eine integrierte Versorgung aller bestehenden Probleme unter einer Langzeitperspektive. »Just as it is a mistake to simply treat the addiction, it is also a mistake to only treat the pregnancy« (Uziel-Miller & Lyons, 2000, 364). Die Evaluation eines Interventionsprogramms (Focus on Families) für Mütter und Väter in Methadonprogrammen (Catalano et al., 1997) zeigte, dass sich positive Familienaktivitäten (family fun) in der Experimentalgruppe mit 82 Probanden im Verhältnis zur Kontrollgruppe mit 62 Probanden steigerten. Auch die ebenfalls trainierten Problemlöse- und Rückfallpräventionskompetenzen konnten in der Experimentalgruppe entscheidend optimiert werden. Der Opiatkonsum war der einzige von allen konsumbezogenen Maßen, der in der Experimentalgruppe signifikant abnahm. Das Focus-on-Families-Programm besteht aus insgesamt 21 Einheiten, die nach den Themenbereichen Rückfallprävention, Kommunikation, Familie und Kinder gruppiert sind. Catalano et al. (1999) weisen darauf hin, dass ein Resultat der familienorientierten Programme in der Arbeit mit Drogenabhängigen (wie z.B. dem Focus-on-Families-Programm) eine Stärkung der familiären Beziehungen und Bindungen ist, wodurch sich wiederum eine verbesserte Motivation zur Reduktion des Drogenkonsums ergibt.

Ein Betreuungsprogramm für drogenabhängige Mütter und ihre Kinder existiert in Canberra, einer australischen Großstadt mit 300.000 Einwohnern, seit 1990. Als Programmelemente (Byrne et al., 2000) werden Kinderuntersuchungen durch Gemeindefachschwestern, Elternberatung, Sicherheitsüberwachungen für

die Kinder, kostenlose Mahlzeiten, Ernährungsberatung für die Kinder und Freizeitaktivitäten für Mütter und Kinder eingesetzt. Das niedrigschwellige Programm wird so weit wie möglich auf der Basis von Selbsthilfe-Anstrengungen («peer-based») durchgeführt.

Ein Betreuungsangebot für crackabhängige Mütter und ihre Neugeborenen und Kleinkinder in New York City konnte gute Erfolge bei der Vermeidung von Fremdplatzierungen verzeichnen (Magura et al., 1999):

Eine Stichprobe von 142 Müttern, die an 17 verschiedenen Orten der Stadt das Family Rehabilitation Program (FRP) besuchten, wurde untersucht. Die durchschnittliche Dauer der Programmteilnahme belief sich auf 10 Monate. Zu dem Programm gehörten Elterngruppen, regelmäßige Hausbesuche, Einzelberatung und ambulante Suchtbehandlung. Im Programmverlauf zeigte sich eine deutliche Reduktion des Substanzkonsums, bezogen auf Alkohol, Kokain/Crack, Opiate und Cannabis. Etwa die Hälfte der Kinder lebte sowohl vor als auch nach dem Programm nicht bei den Müttern/Vätern. Der reguläre Abschluss des Programms hing mit einer niedrigeren Fremdplatzierungsquote zum Katamnesezeitpunkt zusammen. Während bei den Eltern mit regulärer Programmbeendigung 15.5% der Kinder zum Katamnesezeitpunkt in Pflegefamilien und 20.2% bei anderen Verwandten lebten, waren es bei den Probanden, die abgebrochen hatten oder aus anderen Gründen verlegt werden mussten (z.B. wegen Inhaftierung), 29.6% bzw. 48.2%.

Von den 833 Personen, die in NRW an einer Studie zum Betreuungsbedarf substituierter teilnahmen, meldeten 28% der Frauen und 6% der Männer Hilfebedarf bei der Kindererziehung an (Klemm-Vetterlein, 2000). Angesichts der Tatsache, dass schätzungsweise nicht mehr als 40% der substituierten Frauen mit einem Kind im gleichen Haushalt leben, ist dies ein Indikator für einen außerordentlich hohen Betreuungsbedarf.

Als Beispiel für koordinierte Hilfen für Kinder Drogenabhängiger und ihre Mütter (Eltern) in der Bundesrepublik Deutschland mag das Beispiel der Stadt Essen dienen. Dort wurde zwischen Trägern des Gesundheitswesens, der Suchthilfe und der Jugendhilfe im Jahre 2000 eine Vereinbarung zur Koordinierung der Hilfen geschlossen. Als Ziel der Vereinbarung wird formuliert, «den als Zielgruppe genannten Müttern, Vätern, Eltern und deren Kindern ein dauerhaft gemeinsames Leben zu ermöglichen. Es wird angestrebt, eine konstruktive Zusammenarbeit der Zielgruppe mit den Kooperationspartnerinnen und zwischen den Kooperationspartnerinnen zu erreichen» (S. 2). Zum Jahresanfang 2003 begann im Rahmen des Programms transferorientierte Forschung (TRAFO) des Sozial- und Gesundheitsministeriums NRW ein zweijähriges Forschungs- und Praxisprojekt des Autors zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger substituierter Mütter.

ZUSAMMENFASSUNG

Mindestens jeder dritte Drogenabhängige ist Mutter oder Vater eines Kindes. In Deutschland leben etwa 40.000 bis 50.000 Kinder drogenabhängiger Eltern. Sie sind sowohl von der Forschung als auch von der Praxis der Jugendhilfe bzw. Suchthilfe bislang kaum entdeckt worden. Dabei ist ihre psychologische und soziale Situation äußerst schwierig. Nach Erkenntnissen der internationalen Forschung sind sie häufigen Brüchen und Diskontinuitäten in ihrer psychosozialen Entwicklung ausgesetzt. In ihrer Entwicklung zeigen sich deutlich erhöhte

Aggressivität und Impulsivität, Störungen im Sozialverhalten, Schulprobleme, Delinquenz und früher Alkohol- und Drogenkonsum.

Während früher mehr als die Hälfte aller Kinder drogenabhängiger Eltern fremd untergebracht wurden, herrscht seit der Einführung flächendeckender Substitutionsprogramme ein starker Trend, dass drogenabhängige Mütter ihre Kinder selbst erziehen. Darauf sind sie oft nicht ausreichend vorbereitet. Viele Drogenabhängige sind selbst in einer suchtblasteten Familie aufgewachsen und haben darüber hinaus traumatische Erfahrungen gemacht.

Programme zur Frühintervention bei Kindern drogenabhängiger Eltern betonen die Langfristigkeit der notwendigen Arbeit und die Notwendigkeit umfassender Hilfenetzwerke.

Dr. Michael Klein

Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW), Abt. Köln, mit dem Schwerpunkt angewandte Suchtforschung. Von 1983 bis 1994 leitender Psychologe verschiedener Suchtfachkliniken für Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Gründer und Sprecher des Forschungsschwerpunkts Sucht und des Master-Studiengangs Suchthilfe an der KFH NW.

LITERATUR

- ARNOLD, T., FELDMEIER-THON, I., FRITSCH, R. & SIMMEDINGER, R. (1995). Wem hilft Methadon? Daten, Fakten, Analysen. Frankfurt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (=ISS-Referat 1/1995).
- ARNOLD, T. & STEIER, M. (1997). Wissenschaftliche Begleitung der sucht- und familientherapeutischen Einrichtung Villa Maria. Frankfurt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik ISS e.V. (=ISS-Aktuell 24/1997).
- BAUMAN, P.S. & DOUGHERTY, F.E. (1983). Drug-addicted mothers' parenting and their children's development. *The International Journal of the Addictions*, 18, 291 - 302.
- BAUMAN, P.S. & LEVINE, S.A. (1986). The development of children of drug addicts. *The International Journal of the Addictions*, 21, 849-863.
- BEST, D., GOSSOP, M., STEWART, D., MARDSEN, J., LEHMANN, P. & STRANG, I. (1999). Continued heroin use during methadone treatment: relationships between frequency of use and reasons reported for heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 53, 191 - 195.
- BEST, D., HARRIS, J., GOSSOP, M., FARRELL, M., FINCH, E., NOBLE, A. & STRANG, J. (2000). Use of non-prescribed methadone and other illicit drugs during methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Review*, 19, 9-16.
- BRIENZA, R.S., STEIN, M.D., CHEN, M.H., GOGINENI, A., SOBOTA, M., MAKSDAD, I., HU, R. & CLARKE, I. (2000). Depression among needle exchange and methadone maintenance clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 331 - 337.
- BURNS, E.C., O'DRISCOLL, M. & WASON, G. (1996). The health and development of children whose mothers are on methadone maintenance. *Child Abuse Review*, 5, 113-122.
- BYRNE, J.T., BEDFORD, H., PASCHALL RICHTER, K. & BAMMER, G. (2000). «They should have them all over the place»: A health program for children of illicit drug users. *Substance Use & Misuse*, 35, 1405 - 1417.
- CATALANO, R.F., GAINEY, R.R., FLEMING, C.B., HAGGERTY, K.P. & JOHNSON, N.O. (1999). An experimental intervention with families of substance abusers: One-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*, 94, 241-254.
- CATALANO, R.F., HAGGERTY, K.P., GAINEY, R.R. & HOPPE, M.J. (1997). Reducing parental risk factors for children's substance misuse: Preliminary outcomes with opiate-addicted parents. *Substance Use & Misuse*, 32, 699 - 721.
- COLTEN, M.E. (1980). A comparison of heroin-addicted and non-addicted mothers: Their attitudes, beliefs and parenting experiences. NIDA, Services Research Report, Heroin addicted parents and their children; two reports. Washington, D.C.: DHHS Pub. No. (Adm) 81-1028.
- COTTON, N.S. (1979). The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 89 - 116.
- DAWE, S., HARNETT, P.H., STAIGER, R. & DADDS, M.R. (2000). Parent training skills and methadone maintenance: Clinical opportunities and challenges. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 1 - 11.
- DEGWITZ, P. & KRAUSZ, M. (1995). Epidemiologie und Dokumentation im Drogenentzug. In Behrendt, K., Degwitz, P. & Trüg, E. (Hrsg.). *Schnittstelle Drogenentzug. Strategien, Praxis und Perspektiven vor dem Hintergrund des Paradigmenwechsels in der Drogenhilfe* (S. 263-275). Freiburg: Lambertus.
- EGAMI, Y., FORD, D.E., GREENFIELD, S.F. & CRUM, R.M. (1996). Psychiatric profile of sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *American Journal of Psychiatry*, 153, 921 - 928.
- ENGLERT, E. & ZIEGLER, M. (2001). Kinder opiatabhängiger Mütter - Ein Überblick. *Suchttherapie*, 2, 143-151.
- FAMULARO, R., ICINSCHERFF, R. & FENTON, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 16, 475-483.
- FANSHEL, D. (1975). Parental failure and consequences for children. The drugabusing mother whose children are in foster care. *American Journal of Diseases in Children*, 65, 604 - 612.
- GREENFIELD, L.A. & SNELL, T.L. (1999). Women offenders. Washington, D.C.: US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- HANEL, E. (1988). Drogenabhängigkeit und Therapieverlauf bei Frauen in stationärer Entwöhnungsbehandlung. In Feuerlein, W., Bühringer, G. & Wille, R. (Hrsg.). *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen* (S. 148-169). Berlin: Springer.
- HARTMANN, R., MÖLLER, L., SCHMID, R. & SCHU, M. (1994). Modellprogramm Verstärkung in der Drogenarbeit: »Booster-Programm«. Abschlussbericht. Baden-Baden: Nomos. (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 35)
- HEDRICH, D. (1989). Drogenabhängige Frauen und Männer. In Kindermann, W., Sickinger, R., Hedrich, D. & Kindermann, S. (1989). *Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit* (S. 193-234). Freiburg: Lambertus.
- HERJANIC, B.M., HERJANIC, M., WETZEL, R. & TOMERELLI, C. (1978). Substance abuse: Its effects on offspring. *Research Communications in Psychology, Psychiatry and Behavior*, 3, 65-75.
- HOFFMANN, M., WEITHMANN, G., GRUPP, D., ROTHENBACHER, H., KAPP, B. & MANN, K. (1997). Erreichen niedrigrschwellige Entzugsstationen neue Gruppen von Drogenabhängigen? *Psychiatrische Praxis*, 24, 296-299.
- HOGAN, D.M. (1998). Annotation: The psychological development and welfare of children of opiate and cocaine users: Review and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 609-620.
- JANCZAK, H. & WENDELMUTH, F. (1994). Die soziale Situation. In Raschke, P. *Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen* (S. 98-139). Freiburg: Lambertus.
- JAUDES, P.K., EKWO, E. & VAN VOORHIS, J. (1995). Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 19, 1065-1075.
- KANDALL, S.R. (1998). The history of drug abuse and women in the United States. In Wetherington, C.L. & Roman, A.B. (Eds.). *Drug addiction research and the health of women. Executive summary* (pp. 8-14). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse NIDA.
- KANDEL, D.B. (1990). Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 183-196.
- KLEIN, M. (1999). Das Modellprojekt »Behandlung sofort Köln« -Qualifizierte Drogenentzugsbehandlung unter Zugangs- und Verfahrenserleichterung. *Sucht aktuell*, 6, 47-54.
- KLEIN, M. & ZOBEL, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 6, 133 - 140.
- KLEIN, M. & ZOBEL, M. (1997). Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Familien - Ergebnisse einer Modellstudie. In Zobel, M. (Hrsg.). *Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder* (S. 90-104). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

KLEIN, M. & ZOBEL, M. (2001b). Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz. (= Abschlussbericht zum Projekt 1996 - 1999).

KLEMM-VETTERLEIN, S. (2000). Modellprojekt Fachberater Methadon. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

KÜFNER, H., DUWE, A., SCHUMANN, I. & BUHRINGER, G. (2000). Prädiktion des Drogenkonsums und der Suchtentwicklung durch Faktoren in der Kindheit: Grundlagen und Ergebnisse einer empirischen Studie. *Sucht*, 46, 32 -53.

MAGURA, S., LAUDET, A., KANG, S.Y. & WHITNEY, S.A. (1999). Effectiveness of comprehensive services for crack-dependent mothers with newborn and young children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31, 321 - 338

MANN, K. & KAPP, B. (1997). Drogenentzug. Baden-Württemberg-Studie. Evaluation des niedrighschwelligigen und qualifizierten Angebots. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg (= Schriftenreihe Sucht; Band 14).

MAB, R. & KRAUSZ, M. (1993). Der Einfluss herkunftsfamiliärer Faktoren auf den psychopathologischen Status akutpsychiatrischer Patienten. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). Sucht und Familie (S. 67-80). Freiburg: Lambertus.

MAYER, J. & BLACK, R. (1977). Child abuse and neglect in families with an alcohol or opiate addicted parent. *Child Abuse and Neglect*, 1, 85 - 98.

MAYES, L.C. (1995). Substance abuse and parenting. In Bornstein, M.H. (Ed.). *Handbook of parenting*. Vol. 4(pp. 101-125). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum

NAIR, P., BLACK, M.M., SCHULER, M., KEANE, V., SNOW, L., RIGNEY, B.A. & MAGDER, L. (1997). Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. *Child Abuse and Neglect*, 21, 1039 - 1051.

NURCO, D.N., BLATCHLEY, R.J., HANLON, T.E. & O'GRADY, K.E. (1999). Early deviance and related risk factors in the children of narcotic addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 25-45

PROGNOS GMBH (1998). Endbericht Medikamentengestützte Rehabilitation i.v. Opiatabhängiger. Katamnese. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

PUXI, M. & KREMER-PREIS, U. (1998). Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung 1991-1998. Stuttgart: Kohlhammer. (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Band 166).

RASCHKE, P. (1994). Substitutionstherapie. Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus.

RASCHKE, P., KALKE, J. & DEGWITZ, P. (2000). Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe (Modellphase 01.08.1997-31.01.2000). Kiel: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein.

ROSEN, T.S. & JOHNSON, H.L. (1988). Drug-addicted mothers, their infants, and SIDS. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 533, 89-95

SCHEIB, H. & STEIER, M. (1998). Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe. Frankfurt: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik ISS e.V. (= ISS-Referat 3/1998).

SCHULZKE, M. (1994). Methadon-gestützte Psycho-Soziotherapie für Heroinabhängige. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium. *Berichte zur Suchtkrankenhilfe*.

SICKINGER, R. (1994). Ausstieg aus der Heroinabhängigkeit. Wer und was geholfen hat, drogenfrei zu werden und zu bleiben. Freiburg: Lambertus

SIMON, R. & PALAZZETTI, M. (1999). Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.-31.12.1998. *Sucht*, 45, Sonderheft 1, August 1999.

SOWDER, B.J. & BURT, M.R. (1980). Children of heroin addicts: An as-

essment of health, learning, behavioral, and adjustment problems. New York: Praeger.

TUCKER, M.B. (1979). A descriptive and comparative analysis of the social support structure of heroin addicted women. In *National Institute on Drug Addiction* (Ed.). *Addicted women: Family dynamics, self-perceptions, and support systems* (pp. 37-76). Washington, D.C.: NIDA, U.S. Government Printing Office.

TYLER, R., HOWARD, I., ESPINOSA, M. & DOALCES, S.S. (1997). Placement with substance-abusing mothers vs. placement with other relatives: infant outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 21, 337-349

UZIEL-MILLER, N.D. & LYONS, I.S. (2000). Specialized substance abuse treatment for women and their children. An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 355 - 367

VAN BAAR, A. & DE GRAAFF, B.M.T. (1994). Cognitive development at pre-school age of infants of drug dependent mothers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36, 1063 - 1075.

WEISSMAN, M.M., MCAVAY, G., GOLDSTEIN, R.B., NUNES, E.V., VERDELI, H. & WICKRAMARATNE, P.J. (1999). Risk/protective factors among addicted mothers' offspring: A replication study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 661-679.

WELLISCH, D.K. & STEINBERG, M.R. (1980). Parenting attitudes of addict mothers. *The International Journal of the Addictions*, 15, 809 - 819.

WILENS, T.E., BIEDERMAN, J., KIELY, K., BREDIN, E. & SPENCER, L.J. (1995). Pilot study of behavioral and emotional disturbances in the high-risk children of parents with opioid dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 779 - 785.

KONFERENZ mit Prof. Dr. Michael Klein

Kinder die mit suchtkranken Eltern aufwachsen

Am Mittwoch, den 11. Oktober 2006, 20 Uhr
Couvent des Franciscaines
50, av. Gaston Diederich
L-1420 Luxembourg

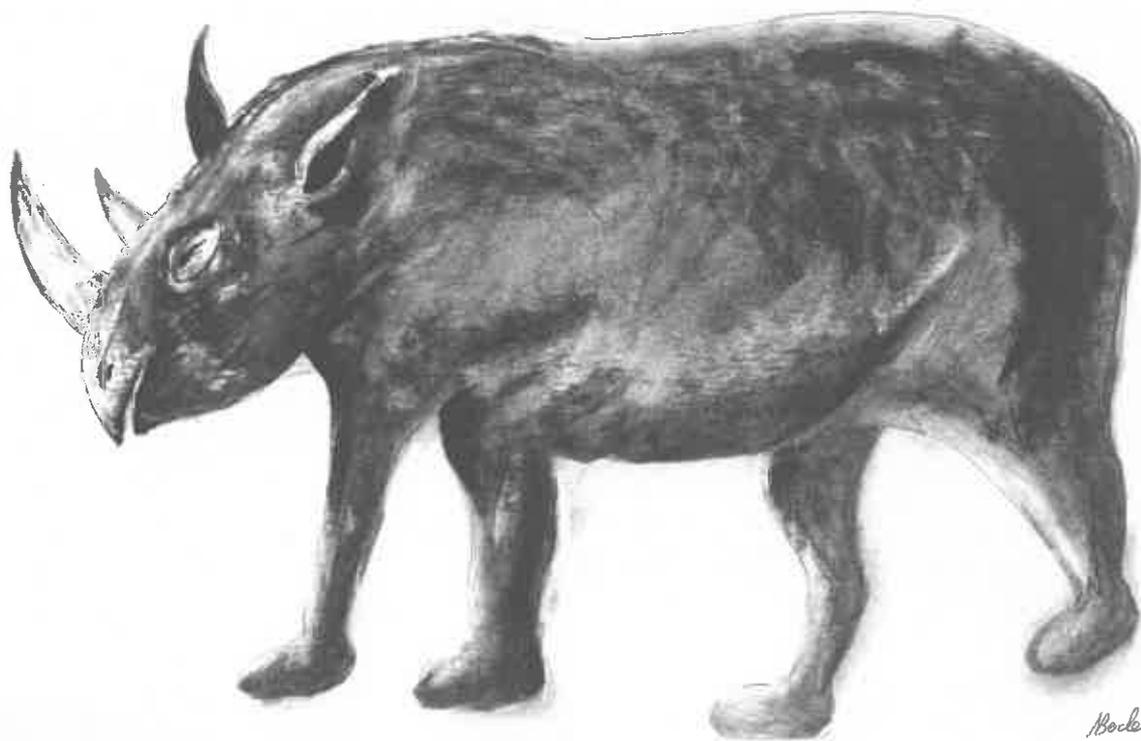
TAGUNG

Am Donnerstag, den 12. Oktober 2006
von 9.00-12.30 und 13.30-17.00
Centre de Formation in Eisenborn

Vorträge und Workshop

- Kinder drogenabhängiger Eltern
- Prävention ist möglich
- Die Situation der Kinder suchtkranker Eltern in **Luxemburg**

Detailliertes Programm und Anmeldeunterlagen gibt es bei der JDH, Tel: 49 10 40



Boderson⁺

«Nashorn» Nikki Berlemont

B. Thérapie brève et «le libre choix du patient »: Luc Isebaert et le modèle de Bruges

Le but du texte suivant est de présenter brièvement Luc Isebaert et quelques aspects essentiels du modèle de Bruges. L'auteur du texte, formé en thérapie brève, s'est basé essentiellement sur des textes de Luc Isebaert, dont son livre « Pour une thérapie brève » (co-auteur avec Marie-Christine Cabié). Sur invitation de la Jugend-an Drogenhëllef, Luc Isebaert va venir au Luxembourg en janvier 2007 pour une conférence et une formation.

Présentation

Luc Isebaert est médecin psychiatre, chef de service à l'hôpital Saint-Jean-de-Bruges (Belgique). Il est formateur en thérapie brève et hypnose éricksonienne, fondateur de l'Institut Korzybski et co-fondateur de l'EBTA (European Brief Therapy Association), co-auteur avec Marie-Christine Cabié de « Pour une thérapie brève » (Ed. Eres), auteur de « Kurzzeittherapie-ein praktisches Handbuch » (Ed. Thieme). Il a collaboré avec Steve de Shazer jusqu'à la mort de ce dernier.

Introduction

La thérapie brève est un processus de changement au cours duquel le patient peut retrouver sa liberté de choisir. Le modèle de Bruges qu'il a créé avec M.C. Cabié est profondément ancré dans le quadruple héritage de Gregory Bateson, Milton Erickson, Alfred Korzybski et Steve de Shazer et dans la phénoménologie. Ils ont fondé les Instituts Korzybski de Paris, de Bruges, et de Hollande, dont les travaux traitent essentiellement de thérapies systémiques brèves.

Pour Luc Isebaert et Marie-Christine Cabié, quatre questions devaient orienter leur démarche :

1. Quelle est l'épistémologie du changement ?
Qu'est-ce qui rend un changement thérapeutique ?
Quelles modifications constituent de véritables changements ?
G. Bateson leur servit de repère.
2. Quelle est la vision de l'être humain et de sa réalité environnante qui serait utile en thérapie ?
G. Bateson et A. Korzybski leur servirent de repère.
3. Quelle doit être l'attitude fondamentale du thérapeute ?
Milton Erickson et ceux qui essayèrent de le décoder servirent de repère.
4. Quelles sont les interventions thérapeutiques qui aident efficacement le patient et son système à atteindre leurs propres objectifs ? A nouveau Milton Erickson et ceux qui essayèrent de le décoder servirent de repère.

A la suite de Binswanger et Korzybski, il leur semblait que si les émotions symptomatiques reviennent toujours dans le contexte déclanchant la pathologie, c'est qu'elles font partie d'une réaction sémantique figée. La pathologie survient quand, en donnant son sens à ma réalité, je m'engage dans un sens unique. Du moment où le patient peut à nouveau choisir le sens qu'il veut donner à cet aspect de sa réalité, il peut se libérer de ces émotions désagréables. La réaction sémantique qui comprend une part émotionnelle, se produit à un niveau inconscient.

La réalité perçue comprend beaucoup trop de paramètres pour qu'un choix conscient et raisonné puisse être fait. Pourtant il s'agit bien d'un choix. Entre différents sens possibles, c'est celui que je m'impose aussi inévitable qu'il me paraisse. Les émotions naissent « spontanément », mais émergent dans un contexte, au sein de la réaction sémantique en lien avec la réalité

perçue. Le contexte extérieur et notre adaptation à celui-ci nous les font choisir. Pourtant le contexte extérieur n'est pas une partie constituante de nos émotions. C'est dans le terreau de notre contexte intérieur que les émotions germent. La rencontre des deux contextes détermine l'émergence de nos émotions. Pour les influencer, nous pourrions en théorie modifier l'un d'eux. Or le contexte intérieur n'est pas directement accessible au changement: nous le percevons comme spontané, il nous apparaît comme un état de fait, ce qui nous paralyse pour le changer. Par contre, il nous est beaucoup plus facile d'agir sur le contexte extérieur. Souvent nous pouvons modifier la réalité extérieure elle-même. Nous pouvons modifier la direction de notre attention et nous intéresser à la classe des solutions plutôt qu'à la classe des problèmes.

C'est la voie du moindre effort pour le thérapeute, ou plus précisément de la moindre résistance. C'est à elle qu'il donne la préférence dans ce modèle. Le thérapeute aide le patient à découvrir les contextes alternatifs, parfois à les construire et surtout à choisir les repères les plus utiles pour s'y orienter.

Luc Isebaert émet l'hypothèse que le rôle du thérapeute pouvait être de mettre le patient dans une position où il dispose de plusieurs options également bonnes. Le patient étant sorti de la dichotomie de faire bien ou mal, le thérapeute peut attendre qu'il fasse son choix.

Pour Luc Isebaert la dépendance étant caractérisée par l'impossibilité de choisir, son objectif devint d'aider les patients à recouvrer la liberté de faire de leur propre choix.

Milton Erickson développa plusieurs méthodes indirectes, pour aider les patients à se fixer des objectifs réalisables et à les atteindre dans un bref délai. Ainsi, en hypnose, il proposait aux patients de visualiser un avenir dans lequel leurs problèmes seraient résolus. Quelques temps après, ils venaient souvent annoncer qu'ils avaient « spontanément » surmonté leurs difficultés. Envisager et visualiser leurs solutions, était plus urgent que d'analyser les problèmes.

Cet aspect de la pratique éricksonienne constitue la pierre d'angle de la thérapie orientée vers les solutions telle qu'elle a été développée à Milwaukee par Steve de Shazer, Insoo Kim Berg et leur équipe:

- la classe des problèmes n'est pas la classe des solutions.
- le patient est l'expert de sa thérapie.
- si ce n'est pas cassé, ne réparez pas.
- si ça marche, continuez.
- si cela ne marche pas, faites autre chose.

Eusémie et euhérésie, sens et action

Les différentes approches thérapeutiques de filiation éricksonienne ont en commun avec la phénoménologie de considérer l'être humain comme inséparable de sa réalité environnante.

Eusémie

« Eusémie » vient du grec « eu » bon, bien et « seme » : signe, signification

Du côté de la perception, la première opération que toute personne réalise lorsqu'elle perçoit quelque chose dans la réalité est une réaction sémantique: nous donnons un sens à cette réalité. Luc Isebaert appelle le travail thérapeutique du côté de la perception une entreprise d'eusémie et le travail thérapeutique du côté de l'action une entreprise d'euhérésis. « Euhérésis » vient du grec « eu » bon et « haeresis » choix.

Qu'est-ce que la thérapie ? La diminution ou la perte de la faculté de choisir peut être considérée comme essentielle pour définir ce qu'est la pathologie et par conséquent l'objectif de la thérapie: il s'agit de rendre au client son libre choix, de lui restituer dans la réalité la faculté de choisir aussi bien la carte qu'il utilise pour s'orienter dans la réalité que les actions qu'il entend entreprendre. Aider le patient à pouvoir développer de nouvelles significations et à pouvoir entreprendre de nouvelles actions. Pour que l'effet de l'action thérapeutique puisse être considéré comme suffisant, il est nécessaire qu'il y ait un changement aussi du côté de la perception que du côté de l'action. Le but idéal vise un retour à la souplesse dans la dialectique action/perception.

Les dix commandements de l'eusémie:

1. adopter une vision positive.
2. placer le comportement symptomatique dans un cadre plus large.
3. mettre en avant les fonctions positives du comportement symptomatique.
4. diminuer la culpabilité.
5. susciter de l'espoir.
6. faire en sorte que le patient assume ses propres responsabilités et prenne ses propres décisions.
7. adopter une vision généralement circulaire.
8. adopter une vision généralement allocentrique.
9. les visions nouvelles n'annulent pas les anciennes visions.
10. opter pour une multiplicité de nouvelles visions.

Voici quelques règles et quelques conseils pour les thérapeutes et qui peuvent servir à élaborer des hypothèses utiles, une voie vers l'eusémie :

1. Il est bon de nous limiter, si possible, à ne construire des hypothèses qu'à partir de faits concrètement observables.
2. Les bonnes hypothèses sont des instruments de travail flexibles et jetables.
3. Les hypothèses à formulation dynamique sont généralement plus fructueuses en psychothérapie que les hypothèses à formulation statique, faites de qualifications et de diagnostics.
4. Les clients viennent en thérapie pour parler de leurs problèmes. Ils ne viennent que si le problème leur est devenu insupportable, ils n'ont plus d'espoir de le changer par eux-mêmes, ils espèrent qu'une aide thérapeutique pourra le leur permettre, mais ils ne voient pas encore de quoi cette aide pourrait être faite.
5. Les solutions n'ont pas forcément de lien avec les pro-

blèmes. Le thérapeute peut favoriser cette réorientation en adoptant, d'une façon générale, une vision positive qui l'aidera à rester à l'affût des ressources cachées et des solutions partielles, déjà présentes dans le système.

6. Même si un comportement entraîne de la souffrance, certaines de ses fonctions peuvent être bénéfiques: ce sont les fonctions positives du symptôme. Le plus souvent, les patients et leur entourage y sont aveugles. Lorsque le thérapeute les leur montre, ils sont ébranlés par cette découverte que leur comportement symptomatique pourrait être un choix, et qui sait, peut-être le moins mauvais choix.
7. Il est bon que les hypothèses proposées témoignent d'une vision allocentrique et d'une vision circulaire. La question du « pourquoi? » est abandonnée au profit de celle du « comment? ».

Euhérésis

Répétons: « euhérésis » vient du grec « eu » bon et « haeresis » choix.

Le rôle du thérapeute est d'amener progressivement son patient à réfléchir à ce que celui-ci souhaite faire de sa vie et à préciser les étapes qui l'y conduiront.

Les dix commandements de l'euhérésis:

1. Créer un contexte de choix :
 - donner le choix entre plusieurs, 2 à 3, tâches.
 - donner le choix de faire ou de ne pas faire les tâches.
 - donner le choix entre différents objectifs thérapeutiques.
 - laisser le client établir un ordre de priorité entre les différents objectifs thérapeutiques.
 - laisser le client déterminer quels membres du système viendront en thérapie et à quel moment.
 - laisser le client choisir la date du prochain rendez-vous.
 - utiliser les formulations permissives.
2. Faire attention aux exceptions au comportement symptomatique.
3. Faire attention à la façon dont se terminent les séquences symptomatiques.
4. Projections dans l'avenir.
5. Illusions d'alternatives.
6. Doubles liens thérapeutiques.
7. Créer des situations dans lesquelles il apparaît que le client dispose de choix auxquels il n'avait pas pensé.
8. Mentionner des choix qui comportent des conséquences que le client ne voudra pas subir.
9. Modifications minimales: type boule de neige.
10. De préférence offrir une multiplicité des choix.

Créer un contexte de choix

Certaines techniques concernent directement le cadre des entretiens. L'équipe de Bruges demande aux clients de déterminer ce cadre. Cela s'applique pour les membres de la famille que les clients jugent utiles d'amener à la thérapie. Cela s'applique également au rythme des entretiens, mais encore à partir du contenu même de la thérapie: il est important de laisser le client

choisir entre les différents objectifs thérapeutiques qui ont pu être négociés et lui laisser le soin d'établir un ordre de priorité entre eux. En général, il vaut mieux utiliser des formulations permissives au lieu de formulations plus autoritaires.

Les projections dans l'avenir créent également un contexte de choix. Elles amènent à préciser ce qu'il souhaite faire de sa vie et donc à envisager un certain nombre d'alternatives parmi lesquelles il opère un choix.

La question miracle (Equipe de Milwaukee: Steve de Shazer) amène le client à décrire l'état qu'il souhaite atteindre. « Imaginez que les miracles existent, et qu'une nuit, cette nuit ou la prochaine, un miracle se produise. Ce miracle fait que les problèmes pour lesquels vous êtes venu consulter sont résolus. Vous dormez. Vous ne savez pas que le miracle a eu lieu. Comment vous en rendez-vous compte le lendemain? »

Les échelles d'espoir et de motivation aident le client à s'engager, à prendre ses responsabilités et à faire les choix décisionnels nécessaires pour arriver à ses fins.

La description d'une journée, un an après avoir pris une décision difficile, est utile lorsque le client hésite à faire un choix entre plusieurs options dont il a du mal à visualiser les différentes conséquences, ou que le thérapeute pense que son client ne mesure pas toutes les suites de la décision qu'il est en train de prendre.

Le plan quinquennal concerne certains clients qui ont beaucoup de mal à concevoir des objectifs à long terme. Ils vivent au jour le jour.

La prescription de tâches permet également la création d'un contexte de choix: elle est un outil utile s'il on s'en sert en suivant certaines règles :

- proposer plusieurs tâches: il pourra choisir
- proposer différentes versions d'une même tâche
- donner la liberté de faire ou de ne pas faire les tâches.

Le double lien thérapeutique: tâche comprenant deux volets, ou plus. Le premier consiste généralement en un simple contrôle d'un symptôme. Le 2e est une sanction que le client exécute lorsqu'il n'a pas pu ou n'a pas voulu effectuer le 1er.

Montrer au client qu'il est déjà en train de faire des choix. Avantage: lui signifier implicitement qu'il garde une liberté d'action, même s'il se sent coincé, prisonnier et puisqu'il est déjà en train de faire des choix, il lui suffira de continuer d'en faire. Le thérapeute va également féliciter le client pour les choix qu'il a déjà faits. Le thérapeute pourrait également évoquer d'autres choix, dont le client ne voudrait pas subir les conséquences.

Les exceptions: Les symptômes ne se produisent pas toujours, à tout moment. Il existe des moments libres de tout symptôme. Les exceptions sont la voie royale vers les solutions.

Systèmes naturels et systèmes thérapeutiques

Les systèmes naturels ont pour mission d'assurer la stabilité et de fournir à leurs membres les structures, les hiérarchies, les règles

de fonctionnement, sans lesquelles la vie de tous les jours serait invivable parce que chaotique. Du moment que je joue mon rôle et que je respecte suffisamment les règles, je ne dois pas trop me soucier des mille et un petits détails qui composent la vie de tous les jours.

Les systèmes thérapeutiques par contre sont orientés sur le changement: il ne peut y avoir d'effet thérapeutique sans qu'il y ait lieu un double changement: il faut que ma perception de la réalité ait changé suffisamment pour que je ne me sente plus nécessairement déprimé, angoissé, etc.

La relation thérapeutique

La thérapie est un processus relationnel au cours duquel un nouveau système, le système thérapeutique, est d'abord construit puis dissous. En thérapie brève, sa dissolution, la fin de la thérapie, est prévue dès le début. Elle est inscrite dans la façon même d'établir la relation thérapeutique. L'objectif est de permettre au patient, après l'intermède de la thérapie, de reprendre la direction de sa vie le plus rapidement possible. Dans ce but, le thérapeute veille à ne pas induire de dépendance chez son client; il l'aide à trouver ses propres solutions. Plutôt que de lui en proposer; il ne le pousse pas à des changements qu'il n'a pas demandés; il n'essaie pas de vaincre ses résistances et évite de les provoquer.

Il en résulte que la qualité primordiale du thérapeute est le respect. Celui-ci implique l'authenticité, l'empathie ainsi que ses sentiments qu'il manifeste et le souci du bien-être du patient.

Le thérapeute respecte les valeurs, les convictions, les opinions des patients, même s'il ne les partage pas. A l'exception des atteintes graves: inceste, violence, etc. Il se doit d'abord d'être protecteur.

Respect et affiliation sont deux attitudes complémentaires et constantes durant toute la thérapie. De même que l'affiliation, qui soutient le changement, n'est jamais définitivement acquise et doit être constamment renouvelée, de même le respect, qui étaye la continuité, doit toujours être maintenu et manifesté. De plus, le thérapeute a la conviction que le patient possède les capacités nécessaires à la résolution de ses problèmes. Il en découle que la relation thérapeutique pourrait être formulée comme suit: la thérapie ne doit être qu'un épisode de la vie du client au cours duquel la dépendance est contrebalancée par la volonté du thérapeute de veiller à l'émancipation de son client.

Quelques conseils pour susciter la coopération :

1. Cherchez les ressources dont dispose le patient en lui-même et dans son entourage
2. Intéressez-vous aux moments où le patient ne présente pas de symptômes et aux moments où il les contrôle même partiellement.
3. Demandez, lors du premier entretien, si un changement est survenu depuis la prise du rendez-vous.
4. Interrogez votre client sur les solutions qu'il a déjà trouvées.
5. Soyez permissif. Approuvez tout ce qui peut l'être. Faites des commentaires positifs.
6. Si le patient vous attaque, pratiquez le judo plutôt que la boxe. Mettez-vous facilement en position basse.

7. Profitez des avantages qui découlent d'un comportement qui en lui-même est inopportun.
8. Félicitez votre client quand l'occasion s'en présente.
9. Soyez empathique et n'hésitez pas à le montrer.
10. Modulez votre distance relationnelle en fonction du patient.
11. Adaptez-vous au langage du patient et à son style non verbal
12. Ne perdez jamais l'affiliation de vue.
13. Veillez à ce que les besoins de stabilité et de continuité du patient soient respectés.
14. Mettez en place un contexte de changement, plutôt que de vous battre contre le problème.
15. Si vous donnez des tâches, donnez plusieurs plutôt qu'une et donnez la permission de ne pas les faire.
16. Intéressez-vous aux succès obtenus par le patient entre deux séances
17. N'oubliez pas que si vous êtes expert en thérapie, le patient est l'expert de sa propre thérapie.
18. C'est au patient de faire sa thérapie, le thérapeute ne peut que l'accompagner.

Du langage des problèmes au langage des solutions

Toute les formations médicale ou psychologique que reçoivent les professionnels les amènent à se centrer sur le problème. Ils apprennent à le repérer, à l'analyser, à prescrire un traitement. En se centrant sur les symptômes, le thérapeute cocrée avec lui une réalité uniquement problématique.

Suivant la leçon de l'expérience de Steve de Shazer, Luc Isebaert crée un contexte d'espoir et de changement. Il suggère qu'au cours de l'entretien, thérapeute et patient passent progressivement du langage des problèmes au langage des solutions. Ils se sépareront en fin d'entretien avec plus d'énergie et d'espoir. Le patient sera presque automatiquement enclin à développer ou à mettre en oeuvre de petits changements positifs.

La parole mimétique regroupe les différentes façons utilisées par un thérapeute pour parler la langue du patient: si le thérapeute adapte son langage et s'exprime lui aussi dans le canal sensoriel préférentiel du patient, il se fera mieux comprendre. En plus le thérapeute peut calquer les mots qu'il utilise sur ceux du patient. Son vocabulaire est chargé pour lui de ses expériences, de ses émotions, de son passé. Si le thérapeute emploie les mêmes mots que le patient, celui-ci se sent mieux compris, admis et respecté. On peut également en profiter pour introduire des nuances et atténuer les généralisations: p. ex en passant de « être » à « se sentir », ou de « toujours » à « souvent ». Ce terme sous-entend des exceptions. Le patient les accepte d'autant mieux qu'il utilise sa terminologie.

O'Hanlon et Wilk ont décrit un certain nombre de pièges linguistiques: Certaines façons de parler, certaines descriptions, certaines formules de langage donnent une vision erronée de la réalité, ou, plus exactement, une vision qui induit en erreur.

Autre piège linguistique: les généralisations et les absolutisations. Les présuppositions: construire une remarque ou une question de telle façon que si le patient l'accepte, il admet en même temps une prémisse sans laquelle la remarque ou la question n'aurait pas de sens.

Obtenir un mandat

En thérapie systémique brève, on insiste sur l'importance de la circularité des mandats. Les sciences de la communication nous apprennent que toute communication implique une relation de pouvoir: les relations symétriques et les relations complémentaires. En thérapie, le patient définit sa relation avec le thérapeute comme complémentaire. Le thérapeute, au moins dans un premiers temps, accepte la position haute qui lui est attribuée. Lors d'une thérapie systémique brève, le thérapeute utilise cette position haute pour avoir le pouvoir et le garder, le pouvoir de se placer dans une position complémentaire basse.

D'une part le thérapeute doit être accepté comme l'expert, celui qui sait, celui qui peut aider, et dont le patient acceptera l'aide. D'autre part, il use de cette position pour constamment mettre le patient en position d'expert, chercher ses compétences et donner son aval à ses solutions.

Suivre le patient et s'affilier sont deux mouvements nécessaires à l'établissement d'une circularité de mandats. Tout au long de la thérapie, le thérapeute adopte une attitude d'écoute active. Par ses reformulations, ses questions, il amène peu à peu le patient à préciser ses difficultés, ses objectifs, ses solutions, tout en respectant son rythme.

L'affiliation: un mandat ne peut être donné que dans un climat, une relation de confiance. C'est la responsabilité du thérapeute de créer ce climat, de construire cette relation. Pour s'affilier, le thérapeute adopte une attitude globale dans laquelle la congruence de son état d'esprit, de son discours, de son comportement témoigne de son intérêt authentique pour les personnes.

Les objectifs

Les clients nous mandatent pour les aider à atteindre tel ou tel objectif. Il est utile de convenir d'objectifs bien définis. S'ils sont flous, la direction à prendre est incertaine.

Les objectifs sont ceux du patient.

- Ils doivent avoir suffisamment d'importance pour lui. Il est plus simple que le patient choisisse lui-même ses objectifs. Cela paraît également évident sur le plan éthique.
- Les objectifs ne sont pas présentés comme faciles à réaliser.
- Les objectifs utiles sont petits.
- Les objectifs sont formulés en termes de comportement.
- Les objectifs sont décrits en termes interactionnels.
- Les objectifs décrivent la présence d'une solution plutôt que l'absence d'un problème.
- Les objectifs décrivent le démarrage d'un processus plutôt que son aboutissement.

Enfin, il convient de faire attention à ne pas penser que parce qu'il y a d'autres objectifs et d'autres problèmes latents, le problème immédiat ne peut ou ne doit pas être traité. Parfois il faut attendre parce que le patient n'est pas prêt, et il faut respecter cette retenue, mais souvent il est possible d'aider le patient à résoudre d'abord un problème de moindre envergure, c'est-

à-dire le problème qui l'a amené à consulter, d'établir ainsi une relation de travail et de confiance, pour pouvoir passer ensuite à d'autres problèmes sous-jacents, et avoir plus de chances d'obtenir la coopération du patient pour les résoudre.

Pour en savoir plus et si le sujet vous intéresse, une formation de 2 jours aura lieu en janvier 2007.

Freddy André
Psychologue dipl.

Sources :
Luc Isebaert, Marie-Christine Cabié, Pour une thérapie brève,
Ed Eres, 2004

Luc Isebaert, Kurzzeittherapie-ein praktisches Handbuch,
Thieme Verlag, 2005

Dr. Luc ISEBAERT à Luxembourg!

Conférence publique:

« Thérapie brève: le modèle de Bruges »

Jeudi, 18 janvier 2007
10.00-12.00

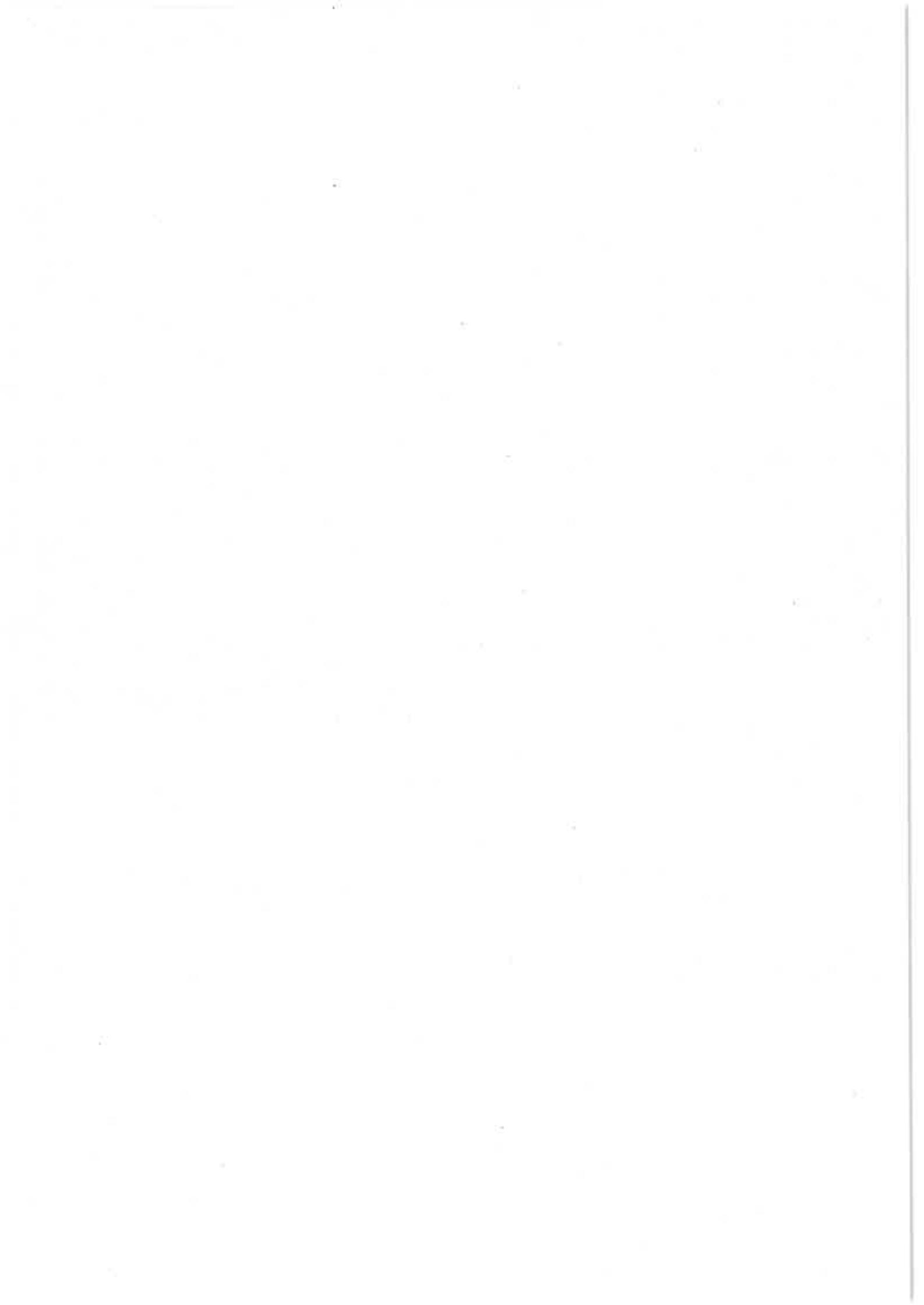
Séminaire de formation où pourront être approfondis quelques aspects essentiels tels que:

- choix sémantique et choix pragmatique
- « bons » objectifs
- typologie de la relation thérapeutique
- comment favoriser le libre choix du patient?
- comment changer des habitudes?
- abstinence et consommation contrôlée
- travail avec les rechutes

Jeudi, 18 janvier 2007
et Vendredi, 19 janvier 2007

Lieu: Couvent des Franciscaines
50, av. Gaston Diederich
L-1420 Luxembourg

*Programme détaillé et inscription auprès du secrétariat JDH,
tel 49 10 40-1*



Teil II

Tätigkeitsbericht 2004

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche	27
2. Beratungsstelle Luxemburg	31
3. Kontakt 25	35
4. Beratungsstelle Esch/Alzette	37
5. Beratungsstelle Ettelbrück	41
6. Le programme de substitution	45
7. Le Service médical	49
8. Logements accompagnés	53
9. Service parentalité	57
10. Spritzenaustausch und -automaten	61
11. Elternselbsthilfe-Gruppe	63

Carte blanche Atelier Artistique CHNP



«Amateurs de l'orgue» Jean-Paul Ley

1. Überblick über Arbeitskonzept und Arbeitsbereiche

1.1. Konzept

Die «Jugend- an Drogenhëllef» versteht sich als Teil eines größeren Behandlungsangebots für Drogengefährdete und -abhängige, zu dem neben Beratung, ambulanter Therapie und Substitutionsbehandlung die stationäre Entgiftung und Therapie und auch die verschiedenen Einrichtungen im Bereich der Sozial- und Arbeitslosenhilfe gehören. Die einzelnen Teile dieses Angebots haben unterschiedliche Aufgaben und zwar bezogen sowohl auf die Tragweite des Hilfesuchts oder Problemstellung der Klienten/-innen als auch bezogen auf die Möglichkeiten (Schwelle) des Zugangs zum Behandlungsangebot (niederschwellig bis hochschwellig).

Das Angebot der «Jugend- an Drogenhëllef» selbst umfaßt verschiedene Arbeitsgebiete und Interventionsmethoden, die sich an unterschiedlichen Arbeitszielen orientieren und sich an unterschiedliche Problemlagen und Anfragen der Zielgruppe anpassen.

Die Drogenarbeit heute besteht aus einer Integration von klassischen Abstinenzansätzen einerseits («therapeutische Strategie») und Ansätzen, deren erstes Ziel im « Begrenzen von Schäden » beim Abhängigen liegt («harm reduction»- «sanitäre Strategie») andererseits. Neben den therapeutischen Ansätzen, die auf eine Veränderung im Suchtsystem zielen, spielen suchtbegleitende, unterstützende und vertrauensbildende Maßnahmen ohne Abstinenzforderung eine wichtige humanitäre, sozialhygienische und sanitäre Rolle. Nur so können bei einem großen Teil der Konsumenten die Schäden (körperliche, seelische, soziale) begrenzt werden und die Phase der Abhängigkeit mit den grösstmöglichen Rehabilitationschancen überstanden werden. Das übergeordnete Arbeitskonzept der Jugend- an Drogenhëllef besteht darin, die Ziele und Methoden der therapeutischen Strategie einerseits und der sanitären Strategie andererseits zu integrieren und aufeinander abzustimmen. Hilfreich ist dabei, sich an einer Zielhierarchie der Drogenarbeit zu orientieren, welche, als Pyramide vorgestellt, mit seinen niederschweligen, basalen Zielen eine grösstmögliche Zahl an Betroffenen der Zielgruppe aktual zu erreichen versucht (sanitäre Strategie) und mit seinen mittel- und hochschweligen Zielen (therapeutische Strategie) demgemäss weniger Betroffene aktual erreicht, aber jene Drogenkonsumenten, die zu Veränderungen bereit sind, in entsprechende Behandlungen einbindet.

Konkret sind das folgende Angebote:

- niederschwellige Kontakt – und Beratungsarbeit (Kontakt 25 – seit April 2006 nach dem Umzug umbenannt in Kontakt 28 – in Luxemburg und Offene-Tür in Esch)
- konkrete Projekte im Bereich Gesundheitsprävention für Drogenkonsumenten: Spritzenaustausch (Ausgabe von sterilem Material), Spritzenautomaten
- medizinisches Angebot durch allgemeinärztliche und psychiatrische Betreuung, auch mit niederschwelligem Zugang
- „klassische“ Beratungsstellenarbeit: Information, Beratung und ambulante Therapie, Vermittlung in stationäre Therapie, ambulante Nachsorge (Luxemburg, Esch und Ettelbrück)
- methadongestützte ambulante Behandlung (Methadonprogramm)

- Gefängnisarbeit
- Wohnprojekte: Nachsorgehaus und betreutes Wohnen „les niches“
- spezialisiertes Angebot für Eltern und deren Kinder („service parentalité“)

1.2. Beschreibung der Arbeitsbereiche

Die JDH hatte im Jahr 2005 folgende Arbeitsbereiche und entsprechendes Personal:

a) Leitung und Verwaltung

Personal:

- ein Mitarbeiter 40 St./Woche (Direktor), eine Mitarbeiterin halbtags für Buchführung und Personal, zwei Mitarbeiterinnen je 10 St./Woche für Sekretariat

Aufgabenbereiche:

- Leitung und Verwaltung der Einrichtung, Sekretariatsarbeit der Fondation, Buchführung, Gehälter, Personal

b) Beratungsstelle Luxemburg-Stadt

Personal:

- zwei Mitarbeiter/-innen halbtags, 3 Mitarbeiter/-innen 10 St./Woche, 1 Mitarbeiterin 30 St./Woche für Sekretariat/Empfang/ Telefon/Spritzenaustausch/Verwaltung

Aufgabenbereiche:

- Information, Orientierung, Beratung
- ambulante Therapie, Vermittlung in stationäre Therapie
- aufsuchende Arbeit in Kliniken
- Nachbetreuung
- psychosoziale Betreuung der Patienten/-innen des Methadonprogrammes
- Öffentlichkeitsarbeit
- AIDS- und Hepatitisprävention: Spritzenaustausch

c) Beratungsstelle Ettelbrück

Personal:

- 1 Mitarbeiterin halbtags, 2 Mitarbeiter/-innen 10 St./Woche

Aufgabenbereiche:

- siehe Beratungsstelle Luxemburg, kein Spritzenaustausch

d) Kontakt 25

Personal:

- 1 Mitarbeiter ganztags, 3 Mitarbeiter/-innen halbtags, 1 Mitarbeiterin 10 St./Woche

Aufgabenbereiche:

- niederschwellige Kontaktarbeit
- Basishilfen beim Überleben
- Gesundheitsprävention, Spritzenaustausch etc.
- Beratungen ohne Terminvereinbarung, Vermittlung in weiterführende Behandlungen
- aufsuchende Arbeit im Gefängnis und in Kliniken

e) Beratungsstelle Esch/Alzette und „offene Tür“

Personal:

- ein Mitarbeiter ganztags, ein Mitarbeiter halbtags, eine Mitarbeiterin 20 St./Woche, eine Mitarbeiterin 12 St./Woche für Sekretariat/Empfang/Telefon/Spritzentausch/Verwaltung

Aufgabenbereiche:

- niederschwellige Kontaktarbeit, «Offene Tür»-Arbeit
- Information, Orientierung, Beratung
- aufsuchende Arbeit in Klinik und Gefängnis
- Vermittlung in stationäre Therapie
- psychosoziale Betreuung der Patienten/-innen des Methadonprogrammes
- ambulante Therapie
- Öffentlichkeitsarbeit
- AIDS- und Hepatitisprävention: Spritzenaustausch
- Projekt Spritzenautomaten

f) Methadonprogramm („programme de substitution“) (Luxemburg und Esch)

Personal:

- zwei Mitarbeiter ganztags, sechs Mitarbeiter/-innen halbtags, eine Sekretärin halbtags

Aufgabenbereiche:

- Organisation, Koordination und praktische Durchführung des Methadonprogrammes
- medizinische und psychosoziale Betreuung der Patienten/-innen
- Organisation der Begleitevaluation des Programms und Mitarbeit bei der Auswertung.

g) Service médical

Personal:

- ein Allgemeinarzt halbtags, ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie halbtags

Aufgabenbereiche:

- ärztliche Referenzpersonen des Methadonprogramms und der anderen Dienste der JDH
- Betreuung von Patienten des Methadonprogramms, Durchführung von ambulanten Entzügen in Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen der JDH
- ärztliche Betreuung von Besuchern der niederschweligen Kontaktstrukturen
- psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Klienten der JDH-Dienste

h) Gefängnisarbeit

Personal:

- 2 Mitarbeiter des K25, ca 8 St./Woche

Aufgabenbereiche:

- psychosoziale Betreuung von inhaftierten Drogenkonsumenten, Vorbereitung auf Entlassung

i) Wohnprojekte

Personal:

- vier Mitarbeiter/-innen halbtags

Aufgabenbereiche:

- betreutes Wohnen („les niches“)
- Nachsorgehaus Neudorf, gemeinsam mit Mitarbeitern des Therapiezentrums Manternach

j) Service parentalité

Personal:

- 4 Mitarbeiter/-innen halbtags

Aufgabenbereiche:

- Aufbau des Projekts für Eltern mit Drogenproblemen und deren Kinder

k) Evaluation

Personal:

- 1 Mitarbeiterin 6 St./Woche

Aufgabenbereiche:

- Auswertung der Patientendaten des Methadonprogramms



«La fille Russe», Monique Useldinger



**Beratungsstelle
Luxembourg**



2. Die Beratungsstelle Luxemburg-Stadt

2.1. Angaben zu den Klient/-innen

2005 konnten 230 Klienten/-innen bzw. Paare oder Familien betreut werden (2004: 234).

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht	2005		2004	
	N	%	N	%
Männlich	141	61,5	138	59
Weiblich	85	37	89	38
Paare	4	1,5	7	3
Total	230	100	234	100

Von den 230 Klienten/-innen waren knapp zwei Drittel männlich (ähnlich 2004) und etwas mehr als ein Drittel weiblich. Im Vergleich zur bekannten Geschlechteraufteilung unserer Zielgruppe sind damit die weiblichen Klienten etwas überrepräsentiert. Nur 1,5 % der Klientel waren Paare, die zusammen konsultiert haben (2004 waren es 3%).

Tabelle 2: Alter der Klienten/-innen

Alter	2005		2004	
	N	%	N	%
<20	10	4,5	13	6
20-24 Jahre	45	19,5	39	16
20-29	45	19,5	44	18
30-34 Jahre	37	16	41	19
35-39 Jahre	43	18,5	39	17
>40 Jahre	50	22	53	22
Unbekannt	0	0	5	2
Total	230	100	234	100

Die Altersgruppenverteilung ist in etwa gleich geblieben gegenüber dem Vorjahr. Bei der jüngsten Altersgruppe ist ein weiterer Rückgang zu verzeichnen. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass ein grosser Teil der Jugendlichen, welche bei uns vorstellig werden, sich schon in problematischen Situationen mit Institutionen befinden und wir sie somit in der Regel an MSF-Solidarité Jeunes weiterleiten, eine Einrichtung, die auf die Arbeit mit minderjährigen Jugendlichen im Kontext von Drogenkonsum spezialisiert ist.

Tabelle 3: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2005		2004	
	N	%	N	%
Heroïnabhängigkeit, Polytoxikomanie	92	40	115	49
Psychosoziale Probleme ohne akute Abhängigkeit	44	19	14	6
Konsum von Angehörigen	37	16	43	18,5
Nachsorge	18	8	17	7,5
Cannabis	16	7	24	10
Amphetamine / Kokain	9	4	4	2
Alkohol	3	1,5	12	5
Anderes (Psychoph., Bulimie)	11	4,5	5	2
Total	230	100	234	100

Die meisten Anfragen erhielten wir in Bezug auf die Problematik der Heroïnabhängigkeit und Polytoxikomanie (40 %). Auffallend ist die Zunahme des Anteils der Klienten, die uns konsultierten wegen psychosozialer Probleme ohne akutes Abhängigkeitssyndrom (19% für 2005 gegenüber 6% für 2004). Das sind Klienten, die zwar einen Substanzkonsum bzw. -missbrauch in ihrer Biographie aufzeigen, aktuell jedoch wegen sozialer oder psychologisch-psychiatrischer Probleme konsultieren.

Zu bemerken ist, dass Konsumenten immer seltener abhängig von nur einer Substanz sind, sondern zunehmend mehrere Substanzen gleichzeitig konsumieren.

Die Nachsorge hat einen wichtigen Stellenwert in unserer Arbeit. Oft kommen Betroffene voller Energie und Enthusiasmus aus der stationären Therapie zurück und hoffen auf eine schnelle soziale Eingliederung. Geschieht dies aber dann nicht so schnell und unproblematisch, wie sie es sich erwartet haben, ist das Risiko des Rückfalls sehr gross. Deshalb bieten wir unter anderem das RPT (Rückfall-Prophylaxe-Training) an, siehe hierzu Punkt 2.6.

Tabelle 4: Wohnsituation – mit wem?

Wohnsituation	2005		2004	
	N	%	N	%
Allein	66	29	76	33
Mit Partner/Familie	65	28	68	29
Herkunftsfamilie	62	27	63	27
Foyer/CHNP/Therapie/prison	22	9,5	8	3
Kein fester Wohnsitz	7	3	5	2
Anderes	0	0	2	1
Unbekannt	8	3,5	12	5
Total	230	100	234	100

Im Vergleich zum Vorjahr sind die Zahlen in dieser Kategorie relativ stabil. Eine Zunahme ist zu beobachten bei Klienten, die in Institutionen leben. Zu bemerken ist, dass immerhin ein Viertel der Klienten/-innen noch bei ihrer Herkunftsfamilie wohnt.

Tabelle 5: Wohnsituation - wie?

Wohnsituation	2005		2004	
	N	%	N	%
Feste Wohnung	165	72	174	74
Keine feste Wohnung (ausser Obdachlose)	29	12,5	27	12
Untergebracht	13	5,5	2	1
Obdachlose, Nachtfoyer	13	5,5	17	7
Unbekannt	10	4,5	14	6
Total	230	100	234	100

72 % der Klientel, welche die Beratungsstelle nutzen, geben an eine feste Wohnung zu haben. Dieser Prozentsatz ist hoch für die Gruppe der Drogenabhängigen, doch muss man bedenken, dass das Klientel der Beratungsstelle, im Vergleich zu jener der niederschweligen „offenen“ Strukturen wie „Kontakt 25“ in Luxemburg oder „Porte ouverte“ in Esch/Alzette, sozial besser integriert ist.

Immerhin geben 12.5 % der Betroffenen an, keinen festen Wohnsitz zu haben. Diese wohnen oft zeitweise und im Wechsel bei Freunden, Bekannten oder Familie.

5.5 % der Klienten/-innen sind obdachlos.

Tabelle 6: Berufliche Situation bzw. Lebensunterhalt

Beruflich Situation Lebensunterhalt	2005		2004	
	N	%	N	%
Mit Arbeit	85	37	108	46
Ohne Arbeit und geregeltes Einkommen (Unterstützung durch Angehörige, Sonstiges)	54	23,5	35	15
Sozialhilfe: RMG-Arbeitslosengeld	50	21,5	47	20
Schüler/Student/Azubi	12	5	16	7
Hausfrau/-mann	6	2,5	4	2
Rente/Pension	3	1,5	2	1
Andere	4	2	7	3
Unbekannt	16	7	15	6
Total	230	100	234	100

Etwas über die Hälfte unserer Klientel hat ein geregeltes Einkommen, zählt man die Prozentzahlen jener Menschen zusammen, welche entweder ein regelmässiges Gehalt oder RMG/Arbeitslosengeld erhalten. Dies ist ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Hierzu zählen auch befristete Kontrakte bei sozial orientierten Arbeitsprojekten.

Etwas 20 % leben vom RMG (Sozialhilfe) oder Arbeitslosengeld. Immerhin 23,5 % der Klienten/-innen haben kein festes Einkommen. Dies ist ein Anstieg gegenüber dem Vorjahr (15%). Man kann hier anfügen, dass jede Änderung des RMG-Gesetzes oder dessen Handhabung einen direkten Einfluss auf die finanzielle Situation unserer Klientel hat.

Tabelle 7: Nationalität der Klient/-innen

Nationalität	2005		2004	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	143	62	120	51
Portugiesisch	40	17,5	51	21
Französisch	18	8	20	9
Italienisch	7	3	11	5
Deutsch	7	3	9	4
Belgisch	4	1,5	2	1
Andere	11	5	16	7
Unbekannt	0	0	5	2
Total	230	100	234	100

62% der Klienten/-innen sind Luxemburger, gefolgt von Portugiesen (17,5%) (z.T. auch afrikanischer Herkunft). Gegenüber dieser Klientel haben wir oft sprachliche Probleme, da deren Französisch- und unsere Portugiesischkenntnisse doch eher gering sind. Auch gibt es kulturelle Unterschiede, die man kennen und beachten muss, um einen Beratungsprozess gut gestalten zu können.

Ähnliches gilt für die Osteuropäer, die seit einiger Zeit unsere Angebote wahrnehmen (manchmal mit Übersetzerin). Hier erweist sich eine psychotherapeutische Arbeit wegen der sprachlichen Verständigungsprobleme meist als unmöglich, möglich ist eine einfachere Beratungsarbeit.

Tabelle 8: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2005		2004	
	N	%	N	%
Zentrum	112	49	134	58
Süden	44	19	33	14
Osten	25	11	16	7
Norden	25	11	22	9
Unbekannt	12	5	22	9
Ausland	12	5	7	3
Total	230	100	234	100

Die Hälfte unserer Klienten/-innen wohnt im Zentrum. Immerhin 19% kommen aus dem Süden.

2.2. Beratungs- und Therapiesitzungen

2005 fanden 944 Sitzungen in der Beratungsstelle Luxemburg statt (2004 : 865). Die Zahl der Sitzungen hat somit gegenüber dem Vorjahr wieder zugenommen, obwohl die Klientenzahl stabil geblieben ist (von 230 auf 234).

Es gab 817 Einzelsitzungen und 127 mit Partner, Familie oder einer andern betroffenen Drittperson (Psychiater, Erzieher, Sozialarbeiter, ...).

72 Sitzungen fanden ausserhalb der Beratungsstelle statt (Kliniken, Ämter, Gefängnis, ...).

Tabelle 9: Kontakthäufigkeit

Sitzungen	2005		2004	
	N	%	N	%
1 Sitzung	102	44,5	100	43
2 Sitzungen	38	16,5	43	18
3 Sitzungen	23	10	25	11
4 Sitzungen	12	5	17	7
5 Sitzungen	5	2	13	6
6-10 Sitzungen	29	12,5	19	8
11-15 Sitzungen	11	5	8	3
16-30 Sitzungen	10	4,5	9	4
Total	230	100	234	100

Unter Kontakthäufigkeit verstehen wir die Anzahl der Sitzungen pro KlientIn und pro Jahr. Hierbei ist zu berücksichtigen, eine Anzahl Klienten aus dem Vorjahr übernommen wurde. Bei verschiedenen Klienten/-innen dauert die therapeutische Behandlung weiter fort ins Jahr 2006. Im Längsschnitt über mehrere Jahre würde sich also eine deutlich höhere Kontakthäufigkeit ergeben, als dies in der folgenden Statistik, die nur den Ausschnitt des Jahres 2005 wiedergibt, zum Ausdruck kommt. Die Anfrage eines Teils der Klienten kann mit nur einer Sitzung vorerst beantwortet werden (Information, Orientierung, Kurzberatung). Andere Klienten fragen unregelmässig und in unterschiedlichen Intervallen nach Sitzungen nach. Wiederum andere benötigen über längere Zeit eine regelmässige psychotherapeutische Betreuung, zum Beispiel traumatisierte Personen.

2.3. Öffentlichkeitsarbeit und Prävention

Die Beratungsstelle hat an den Aktivitäten zur Aids- und Hepatitis- Prävention teilgenommen durch spezifische Beratungs-

jugend- an drogenhëllef

Fondation

1986-2006 Joer





Programm 20 Joer Jugend- an Drogenhëllef

Dëst Joer feiert d'Jugend- an Drogenhëllef seng 20 Joer, Folgend Aktivitéiten an Manifestatiounen stin um Programm:



• Participatioun um ING Marathon vun 8 Mataarbechter a Membere vum Conseil – Mai 2006



• Inauguratioun vun eisem neien Lokal an der Stad – Juli 2006



• Vente vun enger Serigraphie vum Robert Brandy zu Gonschten vun der Fondation

... suite du programme

- Prësentiatioun vun eise Servicer op groussen, mobilen « roll-up » Panneauxen
- Réseau-Party: mir feieren mat eisen Kooperationspartner – Oktober 2006
- Öffentlech Konferenz an uschleissend Formatioun mam Prof Dr. Michael Klein zum Thema « Kinder die mit suchtkranken Eltern aufwachsen » – Oktober 2006
- Öffentlech Konferenz an uschleissend Formatioun mam Dr. Luc Isebaert zum Thema « Thérapie brève et le libre choix du patient » – Januar 2007

D'AKTUALITÉIT

Jugend- an Drogenhëllef« im Jahr 2003:

**67.798 sterile Spritzen und
2.705 Kondome ausgehändigt**

Grund der Betreuung waren ...
bei der Hälfte aller B ...
intravenös konsumierende Drogenabhängige
konzentrieren sich zusehends in der Hauptstadt
Jugend- an Drogenhëllef

Aufgaben werden immer komplexer

orientieren und sich an unterschiedliche Problemlagen und Anfragen der Zielgruppe anpassen
an Rehabilitationschancen überstanden werden.
Das übergeordnete Arbeitskonzept Jugend- an Drogenhëllef ist darin, die Ziele und der therapeutischen

■ Die „Fondation Jugend- an Drogenhëllef“

Eine kleine Geschichte der Jugend-an Drogenhëllef

1. Zu den Anfängen

Zu Beginn der 80^{er} Jahre war die Drogentherapie noch Tummelplatz von zweifelhaften Therapeuten mit guruähnlichen Allüren, die sich zur Befriedigung ihrer narzisstischer Bedürfnisse gerne als Helden feiern und bewundern liessen und ihre Machtansprüche gegenüber einer entrechteten Klientel und deren von Schuldgefühlen geplagten Angehörigen ungehemmt ausleben konnten. Dieses Kapitel wurde in Luxemburg geschlossen mit dem staatlicherseits verordneten Aus zuerst für die stationäre Drogentherapie „Spackelter“ in Bettange/Mess, danach für die damalige stationäre Therapie in Manternach.

Die ersten Mitarbeiter der JDH hatten bereits als Angestellte der Nachfolgeeinrichtung des „Spackelter“ in Bettange/Mess („Schleekenhäuser“) gearbeitet.

Im Zuge einer Reorganisation des Angebots für Drogenabhängige wurde sinnvollerweise beschlossen, anstelle von 2 stationären Therapien ein ambulantes Angebot ergänzend zu der neu eröffneten stationären Therapie in Manternach aufzubauen. Dieses ambulante Angebot wurde zum ersten Aufgabenbereich der neu gegründeten Vereinigung Jugend- an Drogenhëllef.

2. Eine Erfolgsgeschichte?

Die Jugend- an Drogenhëllef konstituierte sich zunächst als gemeinnütziger Verein (a.s.b.l.), um im Jahre 1998 zu einer gemeinnützigen Stiftung zu werden.

Wie wurde vor 20 Jahren Sinn und Zweck der neuen Vereinigung definiert? Dazu sagen die Statuten folgendes:

« Elle a pour objet social de créer et de promouvoir une assistance appropriée aux personnes du Grand-Duché de Luxembourg usgers de drogues et/ou souffrant de maladies de dépendance et de les aider à la réinsertion sociale. La Fondation ne poursuit aucun but politique ou confessionnel. Ses services et activités sont offerts à toute personne de n'importe quelle nationalité, confession et opinion politique »

Trotz dieser (bewusst) relativ allgemein gehaltenen Definition war doch von Anfang an klar, dass die Hauptzielgruppe Konsumenten illegaler Drogen waren und nicht etwa Suchtkranke im allgemeinen. Die Frage nach der Berechtigung einer solchen Begrenzung wurde im Laufe der Entwicklung der JDH mehrmals in internen Konzeptdiskussionen aufgeworfen, bis heute aber immer mit einer weiteren Bejahung dieser Begrenzung beantwortet.

So liesse sich die Zielvorgabe einfach folgendermassen resümieren: Aufbau von auf die Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnittenen Hilfsangeboten.

Als wir in diesem Sinne vor 20 Jahren damit begannen, zu viert die Drogenberatungsstelle Jugend- an Drogenhëllef in Luxemburg-Stadt aufzubauen, taten wir das nicht mit dem Vorstellung, 20 Jahre später eine Organisation mit über 30 Mitarbeitern und einer ganzen Palette von Angeboten stehen zu haben. So gesehen liest sich die Geschichte unsrerer Organisation wie eine Erfolgsgeschichte.

Wie ist diese möglich gewesen?

Da gibt es „interne“ und „externe“ Faktoren, die günstig zueinander gepasst haben. Zu den „internen“ Faktoren gehören Bereitschaft zu Engagement, fachliche Kompetenz, Bereitschaft zu lernen, Mut zu Innovationen sowie genügend Bescheidenheit, um die meisten Fallen, die sich im Laufe des Weges aufgetan haben, zu vermeiden. Nicht zu vergessen die Mitarbeit im Verwaltungsrat von engagierten Personen, die bereit waren, auch neue Projekte mitzutragen (Stichwort Spritzentausch oder Methadonprogramm). Zu den „externen“ Faktoren gehören das Vertrauen und die Unterstützung durch staatliche Stellen (zuerst Familien-, dann Gesundheitsministerium) sowie eine gesellschaftliche und drogenpolitische Konstellation, die die von uns vorgeschlagenen Projekte realisierbar werden liessen.

Nun mag man mit Recht fragen, ob als Massstab für den Erfolg einer Organisation im Sozialbereich die Grösse – gemessen an der Zahl der Mitarbeiter oder dem zur Verfügung stehenden Budget – dienen kann. Es ist dies gewiss ein Faktor, aber nicht der einzige, vielleicht auch nicht der wichtigste.

Etappen der Organisationsentwicklung:

- 1986:** Die Jugend- an Drogenhëllef wurde als erstes mit der Aufgabe betraut, eine Drogenberatungsstelle in Luxemburg aufzubauen (Konvention mit dem Familienministerium)
- 1989:** Die Regierung beschliesst das Programm «Lutte contre le Sida et la toxicomanie » und beauftragt die Jugend- an Drogenhëllef mit neuen Projekten (Konvention mit dem Gesundheitsministerium): Beginn des Methadonprogramms, Strassenarbeit, Spritzentausch
- 1990:** Ausbau der Arbeit im Minett, Eröffnung der Anlauf- und Beratungsstelle in Esch
- 2000:** Eröffnung der Kontaktstelle in Luxemburg (Kontakt 25)
- 2000:** Beginn des Projekts zu betreutem Wohnen « les niches »
- 2002:** Eröffnung der Beratungsstelle in Ettelbrück
- 2002:** service médical mit Allgemeinarzt und Psychiater nimmt die Arbeit auf
- 2003:** Service «parentalité» startet als eigenständiges Projekt
- 2006:** Umzug ins neue Haus in Luxemburg

Wir verstehen die JDH als Dienstleistungsunternehmen. Der Erfolg eines Dienstleistungsunternehmens misst sich wohl am ehesten daran, ob es mit ihrem Angebot die Zielgruppe erreicht und ob die Kunden mit der Dienstleistung zufrieden sind (in diesem Kontext sei erlaubt, von Kunden und nicht von Klienten oder Patienten zu sprechen, obwohl diese sprachliche Anleihe an das Geschäftsmilieu natürlich nur begrenzt gültig ist). Wir sind der Meinung, dass wir durch die Diversifizierung des Angebots, angepasst an unterschiedliche Problem- und Bedürfnislagen sowie der doch beträchtlichen Zahl erreichter „Kunden“ dieser Aufgabe im Rahmen unserer Möglichkeiten im grossen und ganzen gerecht geworden sind. Gelegentlich hatten wir auch die Möglichkeit, unsere Angebote mit solchen aus dem europäischen Ausland zu vergleichen. Dabei haben wir festgestellt, dass wir qualitativ durchaus mithalten können bzw. in manchen Bereichen anderen voraus sind.

Natürlich gibt es auch Entwicklungsaspekte, die nachträglich betrachtet, nicht optimal gelaufen sind. Über die spricht man nicht so gerne, doch sie gehören auch zur Geschichte. Dazu gehört z.B. die Tatsache, dass wir die Bedeutung organisatorischer Aspekte und von Leitungsaufgaben vor allem in einer Phase der raschen Zunahme der Mitarbeiterzahl nicht früh genug erkannt haben. Auch die Schwierigkeit, eine Balance zu finden zwischen einem „basisdemokratischen“ Anspruch und der Notwendigkeit von Hierarchie und Leitung gehört dazu. Der relativ späte Beginn unserer niederschweligen Kontaktarbeit in Luxemburg-Stadt könnte man auch hier zitieren.

Ein Wort zur „Konkurrenz“ zwischen Leistungsanbietern im sozialen Sektor. Dies ist in Thema das vielleicht in weit stärkerem Masse als oft zugegeben die Vorgehensweisen der verschiedenen Organisationen bestimmt oder deren Mitarbeiter beschäftigt. Wir sind der Meinung, dass anstelle einer Konkurrenz, die eher von Neid und engstirnigen Eigeninteressen geprägt ist, eine weiter gefasste Sichtweise treten sollte, die sich stärker am Allgemeininteresse bzw. jenem der Zielgruppe orientiert und letztendlich von ethischen Normen geleitet sein sollte. In diesem Sinne hat es uns gefreut, im Laufe unserer Geschichte an der Entstehung von 2 Projekten, die heute einen wichtigen Platz in der Suchtarbeit in Luxemburg inne haben, in nicht unerheblichem Masse mitgewirkt zu haben: es sind dies das „Centre de Prévention des Toxicomanies“ (CePT), dessen Hauptaufgabe in der primären Suchtprävention liegt und „MSF-Solidarité Jeunes“, dessen Aufgabe in der Betreuung minderjähriger Drogenkonsumenten liegt. Beides Arbeitsbereiche, die wir zu Beginn unserer Arbeit ebenfalls versuchten mit abzudecken, wir uns jedoch eingestehen mussten, dass der dort geforderte Einsatz unsere Möglichkeiten überfordern würde und diese Bereiche sich so nicht zu der nötigen Wichtigkeit entwickeln könnten. Wir entschlossen uns deshalb, diese Projekte – getragen von anderen Vereinen – so gut wie möglich zu unterstützen. Wir verstehen dies als Arbeitsteilung im Sinne einer optimalen Nutzung öffentlicher Mittel im Interesse der Zielgruppe und wir haben diese Position auch immer in der Plattform der im Drogenbereich tätigen Anbieter (genannt „Drogeneinrichtungen“) vertreten. Auf diese Weise kann – bei allem Respekt für institutionelle Eigeninteressen - Solidarität und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Akteuren entstehen.

3. Der Weg ist das Ziel

Zur Geschichte der Organisation gehört nicht nur die Frage, was wir gemacht haben, sondern auch wie wir es gemacht haben. Wir waren dabei von zwei Orientierungen geleitet, sowohl den Klienten gegenüber als auch was das interne Leben der Organisation betrifft: erstens eine Orientierung an allgemein menschlichen Werten, basierend auf dem Respekt dem Anderen gegenüber (wie sie im übrigen in der humanistischen Psychologie fachlich detailliert wurden), zweitens eine Orientierung an fachlichen Richtlinien mit dem Ziel, die grösstmögliche Qualität unserer Angebote zu sichern.

Als qualitätssichernde Massnahmen haben wir uns folgende Mittel gegeben:

- Förderung von Fort- und Weiterbildung
- Regelmässige Supervision der einzelnen Teams
- Inanspruchnahme von Organisationsberatung, Definition von Führungsaufgaben
- Mindeststandards für Falldokumentation
- Dokumentation von Entwicklungstrends des Profils der Klientel und der erbrachten Leistungen
- Programm- und Erfolgsevaluation (Methadonprogramm) in Form von mehreren Evaluationsberichten
- Kooperation und Ausrichtung auf Netzwerkarbeit

Zu einer der wichtigsten Aufgaben im Laufe der Entwicklung wurde, angesichts der Zunahme der Mitarbeiterzahl und der Spezialisierung der Teams, die Organisation der internen Kommunikation. Ab einer gewissen Grösse wird dies zu einer zentralen Frage: funktioniert die interne Kommunikation nicht, so geht die Konstituierung einer gemeinsamen Wirklichkeit verloren, die Identifizierung der Mitarbeiter mit der Einrichtung ist nicht mehr möglich.

Die Organisation wird dann reduziert auf die Rolle des Arbeitgebers, mit allen negativen Begleiterscheinungen wie mangelndes Engagement, Lustlosigkeit, Burn-out, destruktive „Kritikerei“ etc.

Eine gut organisierte interne Kommunikation ermöglicht die in der Organisation vorhandenen Kompetenzen bestmöglich zu nutzen. Dazu ist es erforderlich, die Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse einzubinden sowie einer Abschottung der einzelnen Teams entgegenzuwirken. Das heisst, die Teamgrenzen müssen durchlässig bleiben. Als nützlich erwiesen haben sich hier z.B. Teamübergreifende Fallsupervisionen oder Arbeitsgruppen sowie sogenannte „journées de réflexion“, an deren Vorbereitung sich die gesamte Organisation beteiligt. Auch die routinemässig stattfindenden gemeinsamen Sitzungen der Team-Verantwortlichen mit dem Direktor sind ein wichtiges Instrument im Erkennen von Dysfunktionen sowie im Erarbeiten von Entscheidungsprozessen.

Das zur Zeit laufende Projekt „e-jdh“ - d.h. Konzeption und Implementierung einer informatischen Plattform mit verschiedenen Anwendungsbereichen mit dem Ziel, jeden Mitarbeiter mit einem PC auszustatten und an den Anwendungen des Intranets zu beteiligen - reiht sich ein in das Bestreben, interne Kommunikationsprozesse sowohl zu vereinfachen als auch zeitlich zu beschleunigen.

4. Ausblick

Wir können wohl mit Recht behaupten, dass die Jugend- an Drogen-hëllef es bisher geschafft hat, eine lebendige Organisation zu bleiben. Dies, so wünschen wir uns, soll auch in Zukunft so bleiben. Dazu ist einiges notwendig: die Bereitschaft zu lernen, wach zu bleiben für neue Entwicklungen, zu hinterfragen und Flexibilität zu bewahren. So werden wir uns als Organisation im gleichen Spannungsverhältnis bewegen wie Individuen auch: auf der einen Seite das Bedürfnis nach Stabilität, auf der anderen Seite die Notwendigkeit von Veränderung.

Wo wird uns der weitere Weg hinführen? Wie wird die JDH in 5 Jahren oder etwa beim 50. Jubiläum, im Jahre 2046, aussehen? Wird sie noch existieren? Oder wird sie vielleicht hundert Mitarbeiter haben?

Unsere weitere Entwicklung wird neben „internen“ Faktoren auch von „externen“ Faktoren abhängen, auf die wir keinen oder nur sehr geringen Einfluss haben. Es seien folgende genannt:

- Wie wird sich der Drogenkonsum überhaupt entwickeln in unserer Gesellschaft, wird er zunehmen oder abnehmen?
- Wie wird sich das Angebot an Drogen verändern, wird es neue Drogen geben, wird es mehr geben?
- Wie werden sich die Konsummuster entwickeln, wird es neue Konsumentengruppen geben?
- Werden die Grenzen zwischen legalen und illegalen Drogen, zwischen Drogen und Psychopharmaka, weiter abnehmen?
- Wird es neue Wege aus der Sucht geben? Werden neue Hilfsangebote notwendig?
- Wie wird sich der gesellschaftliche Umgang mit Sucht und Süchtigen entwickeln?

In der täglichen Arbeit mit unseren Klienten werden diese Entwicklungen sichtbar. Die Möglichkeiten, darauf konstruktiv zu reagieren sind auch abhängig von den finanziellen Ressourcen und der Unterstützung durch staatliches und privates Engagement.

H. Grün
Dipl.-Psychologe
Direktor der Stiftung

20 ans. Une occasion de fêter ?

La Fondation Jugend- an Drogenhëllef (JDH) fête donc cette année ses 20 ans d'existence. Chaque anniversaire, et en particulier les dates « rondes », est l'occasion d'un bilan et de réflexions quant à l'avenir. Cette contribution va s'essayer dans ce difficile exercice, entre auto-congratulations et critiques, entre projets et regrets, avec un essai de mise en perspective en fonction des réalités sociales des différents moments.

Il y a 20 ans, au milieu des années quatre-vingt, quelques idéalistes veulent « faire quelque chose » dans le domaine de la toxicomanie au Luxembourg. Nous sommes dans une période où domine l'idéologie du tout ou rien, de la consommation ou de l'abstinence. La seule perspective laissée au consommateur était celle de la voie « royale », la thérapie résidentielle à long terme suivie de l'abstinence totale. La JDH s'inscrivait dans cette logique en se voyant comme premier maillon dans cette prise en charge.

Ici une première parenthèse concernant le choix du nom de l'organisation s'impose. Par une volonté affichée de non-stigmatisation systématique du consommateur de drogues illégales le terme de Jugend (Jeunesse) a délibérément été rajouté dans la dénomination. Il serait amusant de rechercher combien de jeunes se sont présentés à la JDH avec des problèmes autres que de consommations de stupéfiants. En terme de pourcentage cela doit être insignifiant.

Presque parallèlement à cette période de démarrage survient un phénomène planétaire, d'abord assez timide et ensuite à la une de tous les médias et au centre de beaucoup de préoccupations de santé publique: le sida. Ce phénomène nouveau eut assez peu de conséquences sur le travail au sein de la JDH aussi longtemps qu'il restait confiné aux groupes à risques et que cela permettait de renvoyer les concernés (toxicomanes entre autres) face à leurs responsabilités. Mais dès que le sida prit des proportions plus grandes, d'autres mesures de santé publique furent nécessaires, et prises.

Même si le toxicomane était toujours considéré comme quelqu'un à qui il fallait donner comme perspective une vie sans drogues, était venu le temps d'une reconsidération partielle de l'aide à lui apporter. L'échange de seringues devenait d'abord envisageable et ensuite, assez vite, prioritaire. La JDH sut anticiper ce changement de paradigme et être prêt pour initier cette nouvelle offre de services, dans ses bureaux et via des distributeurs. Il est utile de s'arrêter sur les conséquences à long terme de ce changement de perspective: de personne malade qu'il faut idéalement mener à se soigner, le consommateur de drogues est devenu, en plusieurs étapes, une personne qu'il faut aider à survivre, à ne pas mourir...

De manière quelque peu provocatrice, nous pouvons poser la question de savoir si ce changement de paradigme est motivé plus par intérêt de préserver la vie de la personne toxicomane que par la volonté de préserver les personnes non toxicomanes puisque l'épidémie du sida avait commencé à déborder hors des groupes à risques traditionnels. Puisque la porte de « l'aide à la survie était ouverte »,

plus rien ne s'opposait à la mise en place d'un programme de substitution à la Méthadone. Rappelons quand-même l'idée sous-jacente quelque peu révolutionnaire: puisque un certain nombre de personnes, ou un nombre certain de personnes, ne répondent pas à l'offre d'abstinence qui leur est faite, il vaut mieux les aider, via un succédané, avec une substance qui remplacera l'héroïne. L'intention affichée est que chaque dose de Méthadone consommée est une dose d'héroïne non-consommée, donc autant d'injections en moins et par la même occasion un risque de propagation du sida réduit d'autant. D'abord au «compte-gouttes» dans une phase expérimentale et ensuite de manière plus généralisée, la substitution à la Méthadone fait actuellement partie intégrante de la panoplie des prises en charge de personnes dépendantes. La JDH a très activement participé à ce développement, toujours soucieuse d'associer substance distribuée et offre de mesures d'accompagnements multidisciplinaires. A plusieurs reprises nous avons eu l'occasion de mesurer nos pratiques à celles d'autres pays européens. Le verdict est sans équivoque: Le programme Méthadone de la JDH a réussi à judicieusement marier disponibilité de la Méthadone avec critères de distribution assez souples sans pour autant être laxistes. Reste néanmoins un phénomène assez mal géré et dont l'ampleur n'est pas tout à fait connue: celui de la prescription de produits de substitution en cabinet médical privé, parfois en dehors des critères définis par le Règlement Grand-Ducal et en dehors de tout réseau pluridisciplinaire. Il est un fait que de cette manière plus de clients sont actuellement substitués, plus ou moins régulièrement, que dans le programme de la Jugend-an Drogenhëllef. Nous nous permettrons d'oser ici l'hypothèse que cette pratique à (très) bas seuil d'accès/ d'exigence a peut-être une utilité en matière de Santé Publique. On pourrait en effet la considérer comme une mesure de réduction des risques, au même titre que toute une série de mesures telles que l'échange de seringues, structures d'accueil de jour et de nuit, ... Le raisonnement serait le suivant: puisque le Programme de Substitution de la JDH est quand même assez exigeant et ne peut donc pas répondre aux besoins de toutes les personnes concernées, tolérons, sans beaucoup de tapage, une substitution à plus bas seuil d'accès, avec comme objectifs de réduire les nuisances associées à la consommation de stupéfiants. Précisons ici que cette hypothèse d'explication n'est sans doute pas le fruit d'un calcul politique «machiavélique», mais plutôt le résultat d'une situation qui s'est installée au fil du temps. Comme tous les intervenants en toxicomanie dans les autres pays européens, les collaborateurs de la JDH ont toujours continué à réfléchir sur les meilleurs moyens à mettre en oeuvre pour atteindre leurs objectifs, à savoir arriver à améliorer les conditions de vie du toxicomane d'abord, à l'accompagner dans son cheminement vers une vie sans substances ensuite. Au fil du temps, une constatation s'imposait: il manquait un chaînon dans la prise en charge. Nous nous expliquons. Même si la panoplie des services s'était largement étoffée, il manquait, au sein de la JDH, d'une structure d'accueil à bas seuil d'exigence. Pour profiter des services du Centre de Consultation ou du Programme de Substitution un certain nombre d'exigences étaient/sont présumées de la part du client telles que prise et respect de rendez-vous, consommation jugulée, capacité de commencer à envisager l'élaboration d'un projet autre, ... Il est évident que ces exigences sont pour un client (potentiel) engagé à plein temps dans sa galère quotidienne des obstacles infranchissables. D'où le projet de créer une structure d'accueil n'exigeant pas tous ces prérequis pour la prise de contact, une aire de repos avec la possibilité de nouer un lien avec un professionnel de l'aide. Ici aussi la JDH n'a pas inventé le fil à couper le beurre, puisque de tels projets existaient déjà à l'étranger et ... au Luxembourg, y compris au sein de la JDH, mais à Esch/Alzette. N'empêche que la JDH avait besoin de ce service dans les environs immédiats de la gare de Luxembourg afin de compléter son offre et d'arriver à entrer en contact avec de nouveaux clients. Cette structure s'appellera le Kontakt 25 et ensuite après le déménagement Kontakt 28. Déjà le nom fixe les objectifs du projet. Contrairement à ce que peuvent prétendre certains détracteurs de ce genre de projets, il ne s'agit donc pas d'un nivellement vers le bas de l'offre de services, mais d'un nouveau service pour de nouveaux clients, avec évidemment le projet de les réorienter par la suite, une fois le contact établi, vers les structures «plus exigeantes».

Parallèlement à ce travail en largeur (vers plus de clients), une autre évolution de la JDH a été une volonté d'un travail plus en profondeur (un suivi plus intensif et spécifique) pour un certain nombre de clients. Nous pointerons et développerons ici quatre offres de service entrant dans cette catégorie.

1. Travail en milieu pénitentiaire

Puisque une grande partie de nos clients font tout au long de leur «carrière» de plus ou moins nombreux séjours en prison, il est utile de garder le contact avec eux durant leurs périodes de détention. Ceci afin de continuer de travailler la relation de confiance existante et de préparer avec eux leur sortie.

2. Cours d'entraînement de prévention à la rechute

Dans le parcours de presque chaque consommateur des périodes d'abstinence alternent avec des épisodes de consommation, de «dérapiage» (Ausrutscher). Ce terme est à mettre en opposition avec celui de rechute. Le postulat de départ est que, après une période d'abstinence, une première consommation ne signifie pas automatiquement rechute, encore moins que tous les efforts du passé sont à tout jamais perdus. Par ces cours d'entraînement il s'agit de voir, très concrètement, ce que chacun peut, dans sa situation et avec son réseau, activer comme «parachutes» afin que la situation ne dégénère pas complètement. Dans cette offre de service la JDH continue à jouer un certain rôle de pionnier, ces modules existant à l'étranger pour personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool, mais n'ayant pas encore été transposés aux consommateurs de drogues illégales. Entretemps, plusieurs modules de 18 séances chacun ont eu lieu et l'outil a démontré sa pertinence, sans avoir la prétention d'être l'outil miracle contre les rechutes.

3. Logements encadrés «les niches»

Constatant la récurrence des problèmes d'accès au logement des clients de la JDH, la Fondation a démarré en 2000 un projet de logements encadrés, supervisés. Partant du principe qu'en plus de la difficulté de trouver un logement et de l'obtenir, bon nombre des personnes avec lesquelles nous sommes amenés à travailler n'ont aucune expérience dans le fait d'habiter seules, de gérer leur quotidien. L'idée de base, assez simple somme toute, est de sous-louer des logements à nos clients avec un accompagnement personnalisé, en fonction de la situation et du moment. Nous n'avons pas révolutionné le travail social, ce modèle ayant déjà fait ses preuves par ailleurs. A la différence peut-être que nous avons «osé» le faire avec un type de population réputée difficile et qu'il y a eu très peu d'expériences, même à l'étranger, de ce type avec des toxicomanes. Entretemps, le projet qui est devenu un service, est victime de son succès et doit, presque quotidiennement refuser de nouvelles demandes.

4. Service Parentalité

Au fil du temps et d'abord dans le cadre du Programme Méthadone, les collaborateurs de la JDH ont pris conscience que les clients avec lesquels ils travaillaient avaient eux-mêmes des enfants et que ces derniers ne pouvaient pas être purement et simplement ignorés dans la prise en charge. Du fait que nos clients restaient beaucoup plus longtemps en contact avec nous (Méthadone surtout), il devenait de plus en plus «difficile» de ne pas voir ces enfants de parents toxicomanes. Cette prise de conscience combinée à deux prises en charge de grossesses catastrophiques et à des contacts avec de nouveaux partenaires (Maternité, Clinique Pédiatrique, services spécialisés dans le travail avec la petite enfance ...) ont fait que très vite s'est installée la nécessité de «faire quelque chose» pour ces nouvelles situations. Le Service Parentalité était en train de naître. Actuellement, ce service s'occupe de prendre en charge des situations avec des enfants (de 0 à ...) et de travailler en réseau afin de donner toutes les garanties à l'enfant afin de bénéficier de la sécurité et du bien-être qu'il est en droit de réclamer. L'enfant est au centre des préoccupations. L'idée de base, entretemps partagée par de nombreux services extérieurs avec lesquels la JDH collabore est que des adultes ayant consommé, ou consommant très occasionnellement, peuvent être des parents tout à fait compétents et adéquats.

A part peut-être le premier point que nous venons d'évoquer (le travail en prison), les trois autres offres de service supplémentaires ont en commun la nécessité pour les collaborateurs qui s'y sont investis de devoir apprendre de nouveaux métiers, de nouveaux savoir-faire. Comme dans tout apprentissage, il a fallu procéder par essais, évaluations et recalibrages. Ce qui semblait une bonne procédure aujourd'hui ne l'était plus forcément le lendemain. A ceci vient s'ajouter que pour le Service Parentalité le changement de paradigme était encore plus flagrant: du client (adulte et responsable de ses choix) c'est l'enfant (souvent très petit) qui mérite notre focus.

Une partie des anciens collaborateurs s'est lancée dans ces nouvelles voies, sans doute parce que les perspectives étaient attrayantes (c'est toujours passionnant de découvrir de nouveaux continents) mais peut-être aussi par nécessité pour leur devenir dans l'institution et le travail avec ce type de population. Nous nous expliquons: pour bon nombre de collaborateurs à force de travailler «en première ligne», souvent confrontés à leur impuissance à changer le quotidien et les perspectives de leurs clients, il a été salutaire de pouvoir changer d'axe de travail. En d'autres termes, pouvoir travailler dans un cadre plus haut seuil d'accès avec des clients plus motivés avec des «résultats» plus tangibles.

Conclusions

Nous venons de survoler 20 années d'actions de la JDH sur le terrain qu'elle s'était donné lors de sa création en 1986, porter assistance à toute personne confrontée à des problèmes d'assuétude aux drogues illégales. Nous avons essayé de montrer comment l'association a tenté de coller au mieux aux réalités du terrain, parfois même en les précédant, a voulu diversifier son offre pour à tout prix maintenir le contact avec une population (les réalités socio-économiques étant ce qu'elles sont) de plus en plus marginalisée, de plus en plus isolée. Nous avons montré comment nous sommes passés d'une aide à l'abstinence uniquement à une aide à la survie et à la réduction des risques, entre autres. Comment des offres de services complémentaires sont venues ouvrir l'éventail des prises en charges proposées.

Entre-temps, la consommation de stupéfiants illégaux continue, progresse même probablement. Nous n'osons compter les overdoses mortelles rencontrées depuis 20 ans, malgré la démultiplication impressionnante des moyens mis à la disposition des travailleurs de terrain (JDH et autres). Faut-il en conclure que tout ce travail était inutile, que quoiqu'on fasse on n'en fera jamais assez?

Ne retenir que ces éléments plutôt décourageants consisterait à oublier toutes ces trajectoires individuelles sur lesquelles nous avons pu travailler avec nos clients et que nous avons pu (re)construire avec eux. Tout est de savoir quelle est notre unité de mesure: si nous mesurons nos efforts en terme de nombre de personnes qui ont pu rester abstinentes, nous pourrions trouver que nos résultats sont en dessous de nos attentes. Si par contre nous évaluons notre travail en terme d'améliorations des conditions de vie (au sens large) nous devons d'être satisfaits de notre action passée.

Et puis, quitte à enfoncer des portes ouvertes, nous devons garder à l'esprit que nos moyens d'actions n'ont pris que sur une partie même de la problématique de chaque client. Tous les antécédents personnels et familiaux sont présents. Le contexte social et économique également. Le choix de consommer telle ou telle substance dépend aussi largement de ces paramètres sur lesquels nous n'avons pas toujours beaucoup d'influence. Nous rencontrons des personnes vivant en marge de la société, très fragilisées et leur mieux-être dépendra aussi largement dans les capacités de la société à les accueillir. Faut-il préciser que sur ce dernier point il reste pas mal de chemin à parcourir?

Nous commençons cette contribution en nous demandant s'il fallait fêter les 20 ans d'existence de la JDH. Oui, sans doute, ne serait-ce que pour se féliciter du travail considérable accompli ensemble. Si nous parlions de mariage au lieu d'anniversaire, nous fêterions après 20 ans les noces de porcelaine. Toujours nécessaire au quotidien, la porcelaine reste néanmoins fragile. Elle peut également être précieuse, un peu comme notre compétence et nos liens de confiance que nous avons pu tisser au fil du temps.

Nous n'avons donc pas terminé notre travail. Que cette fête d'anniversaire ne nous fasse pas oublier tout ce qui reste à faire. Seuls, mais surtout avec d'autres.

Hervé Hick
assistant social
et licencié en politique économique et sociale



gespräche, Bereitstellung von Informationsmaterial und Austausch von Spritzen, ebenso wie durch Verteilung von Kondomen. In diesem Rahmen sind 2005 in der Beratungsstelle 32.976 Spritzen (2004: 41.255 Spritzen) verteilt und 28.591 gebrauchte Spritzen zurückgebracht worden (Rückgaberate: 86,7 %).

Ausserdem wurden im Laufe des Jahres diverse Vorträge und Interviews in den öffentlichen Medien gegeben sowie an öffentlichen Diskussionsrunden teilgenommen.

2.4. Kooperation

Im Bereich Kooperation ist für das Jahr 2005 vor allem die Zusammenarbeit mit folgenden Einrichtungen oder Institutionen zu nennen:

- Kliniken, in denen Entzüge durchgeführt werden (das waren in erster Linie: CHNP Ettelbrück, Hôpital Kirchberg, Hôpital de la Ville Esch/Alzette, Centre Hospitalier Luxembourg)
- niedergelassene Ärzte im Rahmen der Durchführung von ambulanten Entzügen und Substitutionen
- Syrdallschlass Manternach, MSF-Solidarité Jeunes und andere Einrichtungen der Drogenhilfe
- Einrichtungen im Bereich der Arbeitshilfe, Sozialhilfe, Wohnungshilfe
- Elternkreis Drogenhilfe

2.5. Supervision und Fortbildung

Im Rahmen der Qualitätssicherung hatte das Team der Beratungsstelle regelmässig Fallsupervision mit einem externen Supervisor. Verschiedene MitarbeiterInnen nahmen ebenfalls an externen Fortbildungsseminaren teil.

2.6. Rückfall-Prophylaxe-Training (RPT)

Im Jahr 2005 wurde im Frühjahr und im Herbst jeweils eine viermonatige feste Gruppe (einmal pro Woche) zum Thema Rückfallprophylaxe angeboten (auf 12 Teilnehmer begrenzt).

Dieses Training wurde von Therapeuten der JDH aus dem stationären Alkoholbereich auf ein ambulantes Setting mit Schwerpunkt illegale Drogen angepasst. Es umfasst 18 Module. Zielgruppe sind stabilisierte (ehemalige) Abhängige (z. B. Absolventen stationärer Therapien, Ex-Häftlinge sowie andere Betroffene).

Gaby Damjanovic,
Dipl.-Psychologin



Kontakt 25
Luxembourg



3. Kontakt 25 à Luxembourg

En 2005 l'équipe du Kontakt a vécu à nouveau des changements, suite aux grossesses de 2 assistantes sociales. Une infirmière a pu être accueillie dans l'équipe, présentant un enrichissement au niveau des services à offrir. Au K 25 comme dans le travail « outreach » (visites hôpitaux, Centre pénitentiaire, etc.), notre programme propose un travail de prise de conscience des comportements de consommation, d'identification et de prévention des risques de rechute. Il faut rétablir le contact des clients avec la société. On propose aux clients d'améliorer leurs connaissances d'eux-mêmes, leurs réactions. A ce moment là, les apprentissages touchent à la sphère sociale et relationnelle et un changement se fera aussi sur la relation du client aux substances psychotropes.

3.1. Offres psychosociales et diminution des risques

En 2005, le Kontakt 25 était ouvert du lundi au vendredi de 14.00 à 18.00 heures. Le matin, la distribution de seringues se déroulait au secrétariat du centre de consultation. 15.019 (15.420 en 2004) contacts/visites ont eu lieu.

Tableau 1: nombre de contacts/visites, âge et sexe des clients

Age des clients	Femmes	Hommes	Total	Total
	N	N	N	%
< 15	1	1	1	0,006
15-18	31	135	166	1,10
19-24	1.177	2.260	3.437	22,80
25-29	1.477	3.141	4.618	26,60
30-34	1.031	2.793	3.824	27,20
35-39	697	1.322	2.019	16
40-50	303	585	888	5,90
> 50	26	40	66	0,399
Total	4.742	10.277	15.019	100

1.622 consultations individuelles (1.678 en 2004) ont eu lieu avec des clients du K25, dont 219 avec des femmes (2004 : 243) et 1.403 avec des hommes (2004 : 1.435) concernant leur problématique spécifique. De ces entretiens, 950 (932 en 2004) étaient centrés sur la situation sociale de la personne concernée, 642 (708 en 2004) sur la problématique de la consommation de drogues, 30 (38 en 2004) sur la prévention SIDA et hépatites. Cette dernière problématique est souvent présente dans les autres contacts.

A côté des permanences du K25, l'équipe se déplace dans différentes institutions. Dans ce cadre, 138 visites ont eu lieu au Centre Pénitentiaire pour 517 entretiens et 48 visites dans des hôpitaux pour 186 entretiens.

En 2005, 110.665 seringues (2004 : 127.427) ont été distribuées, 106.314 seringues utilisées (2004 : 129.000) ont été retournées. Le taux de retour est de 96%.

Tableau 2: Echange de seringue 2002-2005

Année	2002	2003	2004	2005
Nombre	45.590	55.149	127.427	110.665
Retour	43.620	57.000	129.000	106.314

5.507 (2004 : 5.600) préservatifs ont été distribués. Comme le K25 se trouve à proximité de la prostitution de rue et comme la prostitution parmi les usagers de drogues est bien réelle, le K25 a continué à distribuer aux personnes concernées et sur demande des préservatifs « professionnels » ainsi que des lubrifiants.

Dans le cadre de la diminution des risques, le service a continué à distribuer du papier aluminium, afin de favoriser une consommation intraveineuse, comportant moins de risque de contamination par les hépatites et le Sida. En 2004, 3.676 feuilles d'aluminium

(3.705 en 2004) ont été distribuées. Cette mesure de distribution a aussi permis d'avoir un contact avec une clientèle moins avancée dans leur carrière de consommateur de drogues dures.

3.2. Offre médicale

En 2005, les clients du K25 ont eu la possibilité de consulter le médecin généraliste ou le médecin psychiatre de la Jugend- an Drogenhëllef. Le médecin généraliste était disponible un après-midi par semaine pour des interventions sans rendez-vous. L'équipe du K25 a prodigué 191 premiers soins dont 15 pour des situations d'urgence avec appel du SAMU.

3.3. Travail « Outreach »

Comme en 2004, les membres du Kontakt 25 ont assuré un suivi, notamment au Centre Pénitentiaire à Schrassig, au Centre Pénitentiaire Givenich et dans les différents hôpitaux à travers le pays. Deux membres du K25 se sont investis dans les deux Centres Pénitentiaires, et deux membres se sont occupés des présences dans les hôpitaux (services psychiatriques).

Tableau 3: Visites en milieu carcéral, nombre de clients et sexe

Sexe	2005		2004	
	N	%	N	%
Femmes	7	11	6	10
Hommes	58	89	54	90
Total	65	100	60	100

Tableau 4: Visites en milieu carcéral, nationalité des clients

Nationalité	N	%
Luxembourgeois	47	71
Portugais	8	13
Italien	3	5
Allemand	2	3
Moldave	2	3
Grecque	1	2
Ukrainien	2	3
Total	65	100

Toutes nos interventions se sont concentrées surtout sur deux fonctions:

- la fonction de la prévention y compris la réduction des risques
- la fonction d'information et d'orientation.

Tableau 5: Visites en milieu hospitalier, nombre de clients et sexe

Sexe	2005		2004	
	N	%	N	%
Femmes	5	20	14	50
Hommes	20	80	14	50
Total	25	100	28	100



Beratungsstelle
Esch/Alzette



4. Beratungsstelle Esch/Alzette

Im Jahr 2005 wurden sämtliche Angebote der JDH in Esch viel intensiver als in den Vorjahren in Anspruch genommen. Im Vergleich zu 2004 gab es in der Offenen Tür fast eine Verdreifachung der Kontakte.

Mögliche Erklärungen hierfür sind: das Monopol im Spritzentausch, welches die JDHE seit Anfang 2005 innehat – mit Beginn des Jahres stellte die Oppen Dir (Réseau Psy) aus konzeptuellen Gründen den Spritzentausch ein. Außerdem war der Spritzenautomat in Esch während des ganzen Jahres außer Betrieb. Anfang 2006 wurde in Zusammenarbeit mit der Escher Gemeindeverwaltung ein neuer Standort für einen Automaten gefunden.

Neben diesen offensichtlichen Gründen des Zuwachses an Klientel, stellen wir fest, dass es immer mehr Menschen mit Wohnungsproblemen, sozialen und finanziellen Problemen gibt, die zu uns kommen. Für viele sind wir ein willkommener Aufenthaltsort während des Tages um nicht auf der Straße sein zu müssen.

Die Zahl der Methadonklienten in Esch ist auf über 20 Personen angestiegen. Auch diese Klienten nutzen die Angebote der Offenen Tür. In der Beratungsstelle stellen wir eine Zunahme der Klient/-innen und einen vergleichsweise geringen Anstieg der Sitzungen fest. Dies ist unter anderem damit zu erklären, dass ein Großteil der Langzeitklient/-innen in andere Bereiche der JDH vermittelt wurde und dort intensiv betreut wird (Methadon, parentalité, les niches).

4.1. Offene Tür – accueil ohne Terminvereinbarung

Im Gegensatz zu den Tendenzen der letzten Jahre kristallisiert sich die Offene Tür mehr und mehr als ein eigenständiger Arbeitsbereich heraus. Dies war nicht unbedingt so voraus zu sehen, hat sich aber unter anderem durch die Etablierung anderer sozialer Angebote in Esch (Stämm von der Strooss, Nuetsfoyer) ergeben. Es hat hierdurch eine Verlagerung der Klientel aus der Stadt nach Esch stattgefunden.

Im Laufe des Jahres gab es insgesamt 4.245 (1.482)¹ Kontakte mit betroffenen und interessierten Personen.

In der Offenen Tür werden zur Aids- und Hepatitisprävention sterile Spritzen gegen gebrauchte getauscht sowie Präservative gratis ausgegeben. Für intravenös konsumierende Menschen stehen ebenfalls steriles Wasser, Ascorbin und Alkoholtupfer zur Verfügung. Das Angebot der Offenen Tür umfasst auch die Primärversorgung. So besteht die Möglichkeit zu duschen, Kleider zu waschen oder ein Essen zuzubereiten.

Im Jahr 2005 wurden 36.412 (17.653) sterile Spritzen ausgegeben, 30.021 - 82% (16.736 - 95%) gebrauchte Spritzen wurden zurückgebracht. Der Spritzentausch hat sich somit im Jahr 2005 im Vergleich zum Vorjahr aus genannten Gründen mehr als verdoppelt.

Im Rahmen der Primärversorgung und des Spritzentausches fanden zahlreiche Gespräche über Konsum und Missbrauch von Drogen, über Aids- und Hepatitisprävention, über gesundheitsrelevante Themen, über Sexualität, Körperlichkeit und Hygiene mit der betroffenen Klientel statt. Ein großer Teil der Gespräche drehte sich um die soziale und finanzielle Situation der Klientel.

4.2. Beratungsstelle

In der Beratungsstelle finden sich in der Hauptsache Klient/-innen mit polytoxikomanem Konsumverhalten – die klassische Klientel der JDH – ein.

Drei weitere Schwerpunkte sind in der Beratungsarbeit hervorzuheben:

- Menschen mit Doppeldiagnosen, die neben der Toxikomanie eine psychiatrische Auffälligkeit zeigen.
- Menschen die wegen des Konsums von Angehörigen in die Beratungsstelle kommen – vorwiegend Mütter von Cannabis konsumierenden Jugendlichen.
- Menschen, denen der Konsum von Cannabis zu einem ernst-

haften Problem geworden ist (siehe Tabelle 3)

Tabelle 1: Gesamtzahl Klient/-innen

Geschlecht	2005		2004	
	N	%	N	%
weiblich	91	40	82	42
männlich	136	60	114	58
Total	227	100	196	100

227 Klient/-innen wurden im Jahr 2005 für eine oder mehrere Sitzungen von der JDHE betreut, davon 91 (40%) Frauen und 136 (60%) Männer.

123 (118) Personen hatten im Jahr 2005 zum ersten Mal Kontakt zur Beratungsstelle in Esch, was 54% (60%) der gesamten Betreuungen ausmachte. Wie in den Jahren zuvor, kamen die meisten Personen durch die Vermittlung von anderen Institutionen und durch Freunde und Bekannte in die Beratungsstelle (Schneeballprinzip).

Tabelle 2: Alter der Klienten/-innen

Alter der Klienten /-innen	2005		2004	
	N	%	N	%
<19	22	10	20	10
20-24	29	13	37	19
25-29	39	17	27	14
30-34	37	16	33	17
35-39	43	19	27	14
40-50	41	18	26	13
Über 50	16	7	26	13
Total	227	100	196	100

Tabelle 3: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2005		2004	
	N	%	N	%
Heroinabhängigkeit	128	56,6	106	54,5
Polytoxikomanie				
Konsum von Angehörigen	32	14	32	16
Psychische/psychiatrische Probleme	31	14	20	10
Cannabis	23	10	9	4,5
Alkohol	6	2,5	7	3,5
Nachbetreuung	6	2,5	13	7
Medikamente	1	0,5	0	0
Total	227	100	196	100

¹Die Zahlen in Klammern betreffen das Jahr 2004

Beim Grund der Betreuung gibt es keine grösseren Verschiebungen. Festzustellen ist eine geringe Zunahme der Klienten/-innen, die Cannabiskonsum als Problem angeben sowie eine Abnahme in der Kategorie Nachbetreuung.

Tabelle 4: Nationalität

Nationalität	N	%	N	%
luxemburgisch	158	70	132	67,5
portugiesisch	37	16	33	17
französisch	17	7,5	11	5,5
deutsch	5	2	5	2,5
italienisch	5	2	7	3,5
belgisch	3	1,5	/	/
andere	2	1	6	3
unbekannt	/	/	2	1
Total	227	100	196	100

Der Grossteil der Klienten hat die luxemburgische Nationalität, gefolgt von den portugiesischen Mitbürgern. Es gibt keine wesentlichen Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr.

Tabelle 5: Wohnregion

Wohnregion	2005		2004	
	N	%	N	%
Süden	190	84	164	84
Zentrum	10	4,5	8	4
Norden	5	2	4	2
Westen	5	2	2	1
Osten	5	2	5	2,5
unbekannt	12	5,5	13	6,5
Total	227	100	196	100

Die Klienten aus der Südregion stellen erwartungsgemäss den bei weitem grössten Anteil. Auch hier ein stabiles Bild in der Verteilung.

Tabelle 6: Gesamtzahl der Sitzungen

Gesamtzahl der Sitzungen	2005	2004
Anzahl	750	733

Im Jahre 2005 haben die Berater/-innen 750 Gespräche mit betroffenen Personen geführt, 144 (120) Sitzungen fanden zusammen mit Klienten/-innen und deren Angehörigen statt. In 20 (55) Sitzungen waren Klienten/-innen und Sozialpartner anderer Institutionen anwesend. Die Netzwerkarbeit mit anderen Institutionen findet mehr in den außenorientierten Angeboten der JDH statt (parentalité, niches). Zudem muss das Methadonprogramm viel mit Ärzten, Apothekern und Kliniken zusammenarbeiten. Beratungsarbeit im Jahre 2005, heisst mit den Klienten an deren konkreten Anliegen arbeiten. Dies geschieht grösstenteils in einem festgelegten Rahmen im Haus nach Terminabsprache.

4.3 Aufsuchende Arbeit und Zusammenarbeit mit anderen Institutionen

Die aufsuchende Arbeit in und die klientenspezifische Zusammenarbeit mit anderen sozialen Institutionen (travail en réseau) stellt eine weitere Säule unserer Arbeit dar. Kollaboration fand vor allem mit medizinischen Diensten (niedergelassenen Ärzten und Kliniken, Arbeits- und Wohnprojekten sowie anderen

Beratungsstellen) statt. Im Rahmen sogenannter „Helferkonferenzen“ wurde versucht zusammen mit dem/der Klient/-in die Ziele der Arbeit und die Aufteilung der Rollen zu definieren. Dies auch hinsichtlich eines möglichst ökonomischen Einsatzes der vorhandenen finanziellen und zeitlichen Ressourcen.

Günter Biversi, Diplom-Pädagoge
Jacqui Thill, Statistiken und Sekretariat



«La Gangster» Françoise Deligny



**Beratungsstelle
Ettelbrück**



5. Beratungsstelle Ettelbrück

Die Beratungsstelle Ettelbrück funktioniert regulär seit September 2002 in Räumlichkeiten, die von der Gemeinde zur Verfügung gestellt wurden. 2005 hatten wir 40 Wochenstunden zur Verfügung. Diese wurden aufgeteilt auf 3 PsychologInnen, während drei Tagen in der Woche. Diese Arbeitsteilung haben wir durchgeführt um Teamarbeit und -dynamik zu ermöglichen. Ausserdem sind aus Sicherheitsgründen immer 2 MitarbeiterInnen in der Beratungsstelle erforderlich.

5. 1. Angaben zu den Klienten/-innen

2005 haben wir 54 verschiedene Fälle betreut (2004: 47 Fälle), Einzelbetroffene bzw. Paare oder Familien. Die Geschlechterverteilung war folgende:

Tabelle 1: Gesamtzahl und Geschlecht der Klienten/-innen

Geschlecht:	2005		2004	
	N	%	N	%
männlich	34	63	31	66
weiblich	20	37	15	32
Paare	0	0	1	2
Total	54	100	47	100

Die Klientenzahl ist gegenüber dem Vorjahr leicht angestiegen, die Geschlechterverteilung bleibt normal für die Klientel im Drogenbereich.

Tabelle 2: Alter der Klienten/-innen

Alter Klient/-innen	2005		2004	
	N	%	N	%
< 20	5	9	6	13
20-24	9	16,5	16	34
25-29	6	11	4	8,5
30-34	8	15	7	15
35-39	11	20,5	4	8,5
> 40	15	28	10	21
Total	54	100	47	100

Der Altersdurchschnitt hat sich im Vergleich zum Vorjahr nach oben verschoben. Während 2004 13 % unter 20 Jahren in die Beratung kamen, sind es 2005 nur noch 9 % gewesen.

Männer und Frauen zwischen 35 und 39 Jahren bilden 2005 die Hauptgruppe.

Die Altersgruppe über 40 Jahre mit 28 % besteht vornehmlich aus Eltern, die unsere Institution aufsuchen zwecks Rat und Information im Zusammenhang mit ihren drogenkonsumierenden Jugendlichen.

Tabelle 3: Grund der Betreuung

Grund der Betreuung	2005		2004	
	N	%	N	%
Heroïnabhängigkeit, Polytoxikomanie	22	41	16	34
Konsum von Angehörigen	10	18,5	9	19
Psychosoziale Probleme ohne Abhängigkeitssyndrom	9	16,5	1	2
Cannabis	5	9	10	21
Amphetamine / Kokain	3	5,5	4	9
Nachsorge	2	4	0	0
Alkohol	1	2	2	4
Andere (Psychoph., Bulemie)	2	3,5	5	11
Total	54	100	47	100

Im Vergleich zum Vorjahr gab es einige Verschiebungen im Grund der Betreuung. Auffallend ist die Zunahme der Kategorie „psychosoziale Betreuung“, sowie eine Abnahme bei der Kategorie Cannabis. Die weitere Entwicklung muss abgewartet werden, um dies zu interpretieren.

Tabelle 4: Wohnsituation – mit wem?

Wohnsituation	2005		2004	
	N	%	N	%
Herkunfts familie	25	46	22	47
Allein	15	28	7	15
Mit Partner / Familie	7	13	15	32
Kein fester Wohnsitz	1	2	2	4
Foyer/CHNP/Therapie/prison	3	5,5	0	0
Andere	3	5,5	1	2
Total	54	100	47	100

Tabelle 5: Wohnsituation – wie?

Wohnsituation	2005		2004	
	N	%	N	%
Feste Wohnung	43	79,5	41	88
Keine Feste Wohnung (ausser Obdachlose)	8	15	3	6
Untergebracht	3	5,5	/	/
Obdachlose, Nachtfoyer			3	6
Total	54	100	47	100

Aus den beiden Tabellen zum Wohnen wird ersichtlich, dass die KlientInnen im Norden des Landes eine wesentlich stabilere Wohnsituation haben als jene in Luxemburg oder Esch. So haben 80% eine feste Wohnung. Obdachlose gab es keine in dieser Region unter unserer Klientel. Die Annahme liegt nahe, dass letztere eher nach Luxemburg abwandern. Welchen Impact hätte ein Obdachlosenheim oder Nachtfoyer im Norden des Landes? Könnte dies zu einer einfacheren sozialen Eingliederung der Betroffenen beitragen?

Tabelle 6: Berufliche Situation bzw. Lebensunterhalt

Berufliche Situation - Lebensunterhalt	2005		2004	
	N	%	N	%
Mit Arbeit	14	26	17	38
Sozialhilfe: RMG - Arbeitslosengeld	14	26	10	21
Ohne Arbeit und geregeltes Einkommen (Unterstützung durch Angehörige, Sonstiges)	13	24	10	21
Schüler / Student / Azubi	6	11	6	12
Hausfrau/-mann	2	4	2	4
Rente / Pension	2	4	1	2
Andere	0	0	1	2
Unbekannt	3	5	0	0
Total	54	100	47	100

26% haben ein regelmässiges Einkommen. Ebenfalls 26% bekommen RMG oder Arbeitslosengeld, so dass 52% über ein geregeltes Einkommen verfügen. Aber immerhin verfügen 24% über kein regelmässiges Einkommen.

Tabelle 7: Nationalität

Nationalität	2005		2004	
	N	%	N	%
Luxemburgisch	36	67	31	66
Portugiesisch	7	13	8	17
Französisch	3	5,5	0	0
Deutsch	2	3,5	1	2
Belgisch	2	3,5	2	4
Italienisch	1	2	1	2
Andere	3	5,5	4	9
Total	54	100	47	100

Die Mehrheit der Klienten/-innen ist luxemburgischer Nationalität, gefolgt von den Portugiesen.

Tabelle 8: Wohnregion der Klienten/-innen

Wohnregion	2005		2004	
	N	%	N	%
Norden	46	85	40	85
Osten	6	11	4	9
Zentrum	2	4	3	6
Total	54	54	47	100

Da 85% der Klientel im Norden wohnhaft ist und 11% im Osten, wird deutlich, dass die Ettelbrücker Beratungsstelle einen regionalen Bedarf deckt. Wir hören öfters Erleichterung bei unseren Klienten, dass sie durch die Konsultationsmöglichkeit in Ettelbrück nicht gezwungen sind zur Beratungsstelle nach Luxemburg zu fahren.

5. 2. Beratungs- und Therapiesitzungen

Es wurden insgesamt 317 Beratungs- und Therapiesitzungen durchgeführt (2004 waren es 281), 271 davon waren Einzelsitzungen. In 46 Fällen nahmen Partner, Familie oder sonstige Drittpersonen (Psychiater, Sozialarbeiter, ...) in Gegenwart der betroffenen Person teil.

Tabelle 9: Kontakthäufigkeit

Sitzungen	2005		2004	
	N	%	N	%
1 Sitzung	14	26	20	43
2 Sitzungen	16	29,5	7	15
3 Sitzungen	3	5,5	1	2
4 Sitzungen	3	5,5	1	2
5 Sitzungen	2	3,5	3	6
6-10 Sitzungen	8	15	10	21
11-15 Sitzungen	3	5,5	1	2
16-30 Sitzungen	5	9,5	4	9
Total	54	100	47	100

Bei der Interpretation von Tabelle 9 gilt zu berücksichtigen, dass diese keinen Längsschnitt bezogen auf die einzelnen Klienten wiedergibt, sondern nur einen Querschnitt des Jahres 2005.

26% der Gesamtzahl sind einmalige Sitzungen, weitere 30% der Klienten kommen zweimal. Oft genügt den Betroffenen eine Kurzberatung oder eine Orientierung in eine spezialisierte Institution (Entzugsstation, stationäre Therapie, Substitutionsprogramm, ...). Andere Betroffene benötigen mehrere Sitzungen in Folge oder auch in Abständen um etwas in ihrem Leben bewegen zu können. Daneben gibt es LangzeitklientInnen, welche eine Anfrage auf regelmässige Gespräche über längere Zeit haben.

5. 3. Kooperation

Regelmässige Kontakte hatten wir 2005 mit folgenden Institutionen:

Centres médico-sociaux, CHNP Ettelbrück, Hôpital St-Louis, Projet Arcade Ettelbrück, Foyers de l'Entraide Vichten, Nei Aarbecht, Letzebuenger Kannerduerf Mersch, Inter-Actions (Polygône)

Neue oder aufgefrischte Kontakte:

Forum pour l'Emploi Diekirch, Atelier thérapeutique du Nord, die örtliche Polizei und Gemeinde Ettelbrück, Benjamin-Club.

Gaby Damjanovic
Diplom-Psychologin



«Les fumeurs» Jean-Paul Ley



Programme de
Subtitution



6. Le programme de substitution

Le programme de substitution se considère comme un programme d'aide aux personnes dépendantes de l'héroïne. Ses objectifs sont multiples: amélioration de la santé physique et psychique des personnes, diminution de la consommation de substances psychotropes, réinsertion sociale et travail sur le lien et la communication.

En 2005, notre lieu de distribution à Esch/Alzette a été très sollicité vu qu'une majorité de clients réside au sud du pays.

De façon générale, le nombre de participants a diminué, puisque le programme a compté 114 participants (2004 : 120) dont 74 hommes (65 %) et 40 femmes (35%).

Cette diminution pourrait s'expliquer par le fait que la méthadone est facilement accessible en-dehors du programme.

Par contre, les clients entrant au programme sont très souvent des personnes polytoxicomanes désintégrées au niveau social et présentant des difficultés psychiques majeures. Les clients avec ce type de profil sont mieux pris en charge par une équipe multidisciplinaire spécialisée que dans le cabinet privé.

Le nombre d'entretiens faits en 2005, dans le cadre du programme de substitution n'est pas en baisse ce qui semble indiquer un travail plus intensif avec les clients

6.1. Données démographiques

Tableau 1: Années de présence au programme

Années de présence au programme	N	%
moins d'un an	25	22
1 an	12	10,5
2 ans	12	10,5
3 ans	8	7
4 ans	4	3,5
5 ans	8	7
6 ans	10	9
7 ans	8	7
8 ans	4	3,5
9 ans	9	8
10 ans	1	1
11 ans	6	5
12 ans	1	1
13 ans	5	4
plus de 14 ans	1	1
Total	114	100

25 personnes sont entrées au programme en 2005.

53 personnes soit 46,6 % participent au programme depuis au moins 5 ans. Ceci indique que pour beaucoup de clients le programme de substitution reste un traitement à long terme.

Tableau 2: Enfants

Propres enfants	N	%
Oui	48	42
Non	66	58
Total	114	100

Parmi les clients, 42 % ont des enfants

Tableau 3: Catégorie d'âge

Catégories d'âge	N	%
moins de 20 ans	0	0
20 à 24 ans	6	5,5
25 à 29 ans	15	13
30 à 34 ans	30	26,5
35 à 39 ans	27	23,5
plus de 40 ans	36	31,5
Total	114	100

Ces chiffres semblent indiquer que le programme de substitution attire plutôt des clients plus âgés ou que les clients vieillissent avec le programme.

En effet, 55,3 % des participants ont 35 ans ou plus avec une augmentation des clients de plus de 40 ans (31,6 %) par rapport à 2004 (25,8%).

Tableau 4: Nationalité

Nationalité	N	%
Luxembourgeoise	81	71
Portugaise	19	16,5
Italienne	6	5,5
Allemande	4	3,5
Française	3	2,5
Cap verdienne	1	1
Total	114	100

Comme les autres années les clients luxembourgeois représentent plus de deux tiers des participants (71,1%) suivis des clients portugais (16,7%).

Tableau 5: Lieu de résidence

Lieu de résidence	N	%
Sud	50	44
Centre	44	38,5
Nord	16	14
Est	4	3,5
Total	114	100

La majorité des clients réside au sud du Luxembourg avec 43,9 % suivie du centre avec 38,6 %

Tableau 6: Etat civil

Etat civil	N	%
Célibataire	72	63
Vivant en relation stable	13	11,5
Divorcé(e)	11	9,5
Marié(e)	10	9
Séparé(e)	7	6
Veuf(ve)	1	1
Total	114	100

Pratiquement deux tiers des participants sont célibataires. 23 % des clients indiquent être mariés ou vivre en relation stable.

6.2. Mode de vie

Tableau 7: mode de vie: avec qui?

Mode de vie: avec qui?	N	%
Seul	36	31,5
Avec le partenaire	22	19,5
Avec les parents	21	18,5
Avec le partenaire et enfants	14	12
Seul avec enfants	7	6
Avec parents et enfants	2	2
Avec amis et enfants	1	1
Avec amis et connaissances	0	0
Autres	6	5
Inconnu	5	4,5
Total	114	100

Un tiers des clients loge seul tandis qu'un autre tiers des clients affirme vivre avec un partenaire avec ou sans enfants. 21,1 % des personnes habitent avec leurs enfants. Si l'on sait que 42,1 % des personnes ont des enfants, on voit que seul la moitié des participants vivent avec leurs enfants.

Tableau 8: mode de vie: comment?

Mode de vie: comment?	N	%
Logement stable	88	77
Logement instable	10	9
En institution: thérapie	4	3,5
En institution: hôpital	1	1
En institution: prison	1	1
Autres	3	2,5
Inconnu	7	6
Total	114	100

Tableau 9: mode de vie: où?

Mode de vie: où?	N	%
Propre logement	60	52,5
Logement d'autrui	29	25,5
En foyer	11	9,5
En communauté	2	2
Autres	2	2
Inconnu	10	8,5
Total	114	100

La grande majorité des clients (77,2 %) vit dans un logement stable et 52,6 % des clients indiquent habiter dans leur propre logement qu'ils ont acheté ou loué.

6.3. Activité professionnelle et source de revenus

Tableau 10: Activité professionnelle

Activité professionnelle	N	%
Emploi stable	35	31
Chômage	36	31,5
ATI-mise au travail	14	12
Retraite, pension d'invalidité	7	6
Activité ménagère	4	3,5
En formation, études	3	2,5
Emploi ponctuel ou temporaire	3	2,5
RMG/RMI	2	2
Autres	5	4,5
Inconnu	5	4,5
Total	114	100

Presque un tiers des participants occupe un emploi stable ce qui représente une diminution par rapport à 2004 (41,6%) et 2003 (45,1%). 14,9 % des clients ont un emploi temporaire ou une mise au travail. Un tiers des clients sont au chômage.

Tableau 11: Source de revenu

Source de revenu principale	N	%
RMG/RMI/Chômage	53	46,5
Salaire	32	28
Aide par les parents	6	5
Pas de revenu	6	5
Pension pour invalidité	3	2,5
Réserves, économies, héritage	2	2
Aides sociales	2	2
Aide par le partenaire	2	2
Pension	1	1
Prostitution	1	1
Inconnu	6	5
Total	114	100

Presque la moitié des personnes vit du chômage ou du RMG (46,5%). 28,1% de clients vivent de leur salaire ce qui représente également une diminution par rapport à 2004 (44 %).

6.4. Sorties du programme

Tableau 12: Sortie du programme

Sortie du programme	N	%
Abandon	18	48,5
Convenance	11	30
Traitement achevé	4	11
Prison	2	5,5
Décès par suicide	1	2,5
Décès par overdose	1	2,5
Total	37	100

En 2005, 37 personnes ont quitté le programme de substitution. Parmi ces personnes 4 (10,8%) ont terminé le programme par un arrêt de la prise de méthadone. Presque la moitié (48,6 %) des clients a abandonné le traitement sans arrêt formel et 29,7 % ont arrêté le programme après en avoir parlé aux collaborateurs (convenance)

6.5. Entretiens

Tableau 13: nombre et type d'entretiens

Type d'entretien	N	%
Entretien psychologique/ de soutien	636 (44)	36,5
Aspects pratiques concernant la distribution	210 (2)	12
Entretien avec tierce personne sans le client	184 (1)	10,5
Parentalité avec client	136 (81)	7,5
Entretien social	99 (15)	5,5
Intervention lors de la distribution	82 (0)	4,5
Consultation par téléphone (>15 min)	61 (6)	3,5
Intervention de crise	57 (3)	3
Bilan régulier	60 (4)	3,5
Contrat	42 (10)	2,5
Entretien avec le client et tierce personne	38 (0)	2
Entretien familial	37 (2)	2
Entretien en vue d'une admission	33 (18)	2
Bilan irrégulier	31 (0)	2
Parentalité avec le client et tierce personne	14 (9)	1
Accompagnement pour une démarche extérieure	9 (1)	0,5
Autres	22 (1)	1,5
Total	1751 (197)	100

Ce tableau reprend l'ensemble des entretiens faits par l'équipe du programme de substitution pendant l'année 2005.

Les chiffres entre parenthèses indiquent ceux réalisés avec des personnes ne participant pas ou plus au programme de substitution. Ces chiffres sont inclus dans le total.

Les entretiens « parentalité » ont été réalisés dans le cadre d'une prise en charge parents-enfants avec des parents faisant souvent partie du programme de substitution. Ces entretiens sont également repris dans les chiffres du service parentalité puisqu'ils sont à cheval entre deux services.

En analysant les chiffres du tableau, on voit que malgré la diminution du nombre de clients par rapport à 2004, le nombre d'entretiens a augmenté (2004 : 1706). La part d'entretiens psychologiques et/ou de soutien représente de loin la plus grande partie des entretiens avec 36,32 %.

A côté du travail proprement dit avec les clients, l'équipe s'occupe également de l'organisation et de la distribution quotidienne de méthadone, travaille en réseau avec des médecins, des pharmaciens, des hôpitaux et des services psychosociaux.

Ariane Moyse, psychologue dipl.

Cathy Neisius, secrétariat et statistiques





Service Médical



7. Le service médical

7.1 Le service médical généraliste

Le médecin-généraliste travaillait à raison de 20 heures/semaine. Ses différentes tâches sont définies comme suit:

- prise en charge de patients admis au programme méthadone JDH
- consultations médicales pour les patients des services de consultations et de la structure ouverte Kontakt 25
- disponibilités pour les patients envoyés par des services externes, collaboration avec des médecins externes et services hospitaliers

Nombre total de patients vus en 2005 : 101

Nombre total de patients vus en 2004 : 114

Tableau 1: nombre de patients et sexe

Sexe	2005	
	N	%
Homme	72	71,3
Femme	29	28,7
Total	101	100

Le nombre de patients ayant consulté le service médical en 2005 est de 10 % en moins qu'en 2004

Tableau 2: nombre de consultations

Année	2005	2004	2003
Consultations	695	697	424

Problématique principale :

Polytoxicomanes	75 patients = 74,2%
Héroïne seule	16 patients = 15,8%
Examen somatique seul	10 patients = 10 %

Tableau 3: Orientation des patients par quel service?

Orienté par	2005		2004	
	N	%	N	%
JDH consultation	52	51,4	30	26,3
JDH Kontakt 25	39	38,6	54	47,3
JDH programme méthadone	5	4,9	16	14
Médecin extérieur	3	2,9	/	/
Hôpital	2	1,9	/	/
Propre initiative	0	0	3	2,6
Autres	0	0	11	9,6
Total	101	100	114	100

En 2004 les patients étaient surtout envoyés par le K25 alors qu'en 2005 ils étaient surtout envoyés par le service de consultation.

Il s'agit là de deux populations de patients forts différentes. Les premiers sont du bas seuil c'est-à-dire souvent avec des doubles diagnostics, une motivation plus labile et un contexte socio-professionnel marginal. Le 2ème groupe est constitué de patients généralement plus structurés, mieux insérés socio-professionnellement et avec une motivation plus stable pour le traitement donc qui restent plus longtemps en traitement (aussi bien quand il s'agit d'un traitement de sevrage ambulatoire qu'un traitement de substitution).

Si le nombre de patients ayant consulté a diminué de 10 % le nombre de consultation en 2005 est identique à 2004, de cela il

faut conclure que le taux de rétention en traitement a augmenté ... et cela semble s'expliquer, entre autres, par le type de patient fréquentant le cabinet médical.

Cependant aucune évaluation du taux de rétention n'ayant jamais encore été faite, une comparaison plus objective avec les années antérieures est impossible.

Par ailleurs il faut définir ce que l'on peut entendre par «taux de rétention».

J'ai choisi de définir la rétention par: la durée de traitement restée sans discontinuité de suivi supérieur à 3 semaines.

Bien conscient qu'il s'agit là d'une définition assez arbitraire, elle a le mérite de pouvoir être l'élément de base sur lequel pourra s'appuyer une comparaison ultérieure (tableau 4)

La rétention peut être un reflet du travail patient toxicomane/médecin. Au-delà de 12 mois de rétention il s'agit quasi à 100 % de patients « stabilisés » et cela est déjà leur réussite.

Tableau 4: rétention

(déf.: durée restée sans discontinuité sup. à 3 semaines)

Rétention	2005	
	N	%
jusqu'à 1 mois	50	49,5
jusqu'à 4 mois	24	23,8
jusqu'à 12 mois	15	14,9
supérieur à 12 mois	12	11,8
Total	101	100

Tableau 5: Traitements pharmacologiques

Traitements pharmacologiques proposés	2005	
	N	%
Méthadone/méphénone	52	51,5
Subutex	16	15,8
Analgésique	1	1
Pas de traitement pharmacologique	32	31,6
Total	101	100

Dr. Jean-Paul de Winter
médecin généraliste

7.2 Psychiatrischer Dienst

Im Jahr 2005 arbeitete der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie halbtags für die Fondation.

In diesem Zeitraum nahmen 73 Patienten das kostenlose medizinisch-psychiatrische Angebot in Anspruch (2004: 90). Dabei handelte es sich in 44 Fällen um Männer (60%) und in 29 Fällen um Frauen (40%).

Diese Patienten wurden zu 533 Konsultationen empfangen.

In 41 Fällen handelte es sich um Patientinnen und Patienten des Methadonprogramms der JDH, für 410 Konsultationen. Bei den anderen Fällen handelte es sich um hauptsächlich psychopharmakologische Behandlungen, Psychotherapien sowie Vorbereitungen für Auslandstherapien.



Die im Verhältnis zu den Vorjahren rückläufige Patientenzahl kann am ehesten so erklärt werden, daß unsere interdisziplinäre Teamarbeit in den zurückliegenden Jahren eine Entwicklung im Sinne eines sorgfältigeren « Filtrierungsprozess » bewirkt hat. Wenn anfänglich der Zugang zum Psychiater vielleicht noch etwas unstrukturierter erfolgte, hat es sich in der Folgezeit eher bewährt, dass insbesondere bei folgenden Fragestellungen eine psychiatrische Intervention sinnvoll ist:

- diagnostische Abklärungen
- psychopharmakologische Behandlung
- Behandlung von Patientinnen mit psychotischen Störungen (sogenannte Doppeldiagnosen)
- und Klienten, die eine Langzeittherapie im Ausland wahrnehmen wollen (Erstellung des Facharztberichtes für den Contrôle médical).

Insbesondere zeigt die Erfahrung in der Versorgung von Klienten mit Doppeldiagnosen (Komorbidität von Psychosen und Abhängigkeitserkrankung), daß diese Klienten im allgemeinen dazu tendieren sich eher mit ihrer Abhängigkeitserkrankung zu identifizieren. Dabei findet die Hauptdiagnose Psychose zumeist keine Akzeptanz. Es ist meist ein längerfristiger Entwicklungsprozess notwendig, um bei den betroffenen Klienten ein Verständnis für ihre psychotische Erkrankung zu erreichen. Dies gelingt erfahrungsgemäss am ehesten bei Klienten, die sozial, das heisst insbesondere familiär gut eingebettet sind. Diejenigen Klienten hingegen, die eine ausgeprägte soziale Marginalisierung aufweisen, d.h. öfters « auf der Strasse » leben, schon viele Jahre nicht mehr arbeiten und eine langjährige Suchtkarriere ohne

adäquate Behandlung der psychotischen Grunderkrankung aufweisen, sind durch den Facharzt für Psychiatrie nur schwer zu erreichen - trotz eines sehr erleichterten Zuganges, der gratis zur Verfügung gestellt wird. Dies führt zu einer häufig unbefriedigenden Medikamentencompliance im Hinblick auf den Einsatz von Neuroleptika. Obwohl die Entwicklung in der psychopharmakologischen Behandlung von Psychosen in den letzten Jahren, durch die Entwicklung der atypischen Neuroleptika, insbesondere zu einer Verbesserung des Nebenwirkungsprofils geführt hat und eine grössere Effizienz der Behandlung der Negativsymptomatik erreicht werden konnte, ist diese Erfahrung mit unserer Klientel mit Doppeldiagnose Sucht-Psychose um so bedauerlicher.

Diese Tatsache stellt den Facharzt wie auch die Mitarbeiter der anderen Dienste der JDH vor die Herausforderung, eine speziell auf dieses Klientel abgestimmte Vorgehensweise zu entwickeln, welche deren Einstellungen und Wertungen bezüglich der Diagnose « psychische Erkrankung » in besonderer Weise berücksichtigt. Es besteht kein Zweifel, dass die Patienten mit Doppeldiagnosen eine spezifische und individuell abgestimmte Behandlung benötigen. Hierbei spielt die häufig am Anfang bestehende mangelnde Akzeptanz der Betroffenen eine grosse Rolle in der Behandlung. Wie die Erfahrung zeigt, ist die Gefahr eines Behandlungsabbruchs sehr real, wenn eine Konfrontation mit der Doppeldiagnose erfolgt. Es scheint, dass die Diagnose Suchterkrankung viel leichter zu akzeptieren ist als das Etikett « psychisch krank ». Im spezifischen Wertesystem der Drogenzene scheint man damit ans « untere Ende » zu rutschen.

Dr. Werner Staut
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie



«Herbstlandschaft» Marie-Paule Weinachter



Logements
Accompagnés

8. Logements accompagnés

8.1. Rappel du contexte

Depuis fin 2000 la Fondation Jugend an Drogenhëllef dispose d'un outil de mise à disposition de logements supervisés pour un certain nombre de nos clients, appelé « les niches ».

Le postulat de départ est simple: bon nombre de nos clients, pour ne pas dire pratiquement l'entièreté, ont d'énormes difficultés pour accéder à un logement décent. Leurs situations sociales sont précaires et ne semblent pas offrir les garanties nécessaires aux propriétaires. Or nous savons qu'un facteur premier et essentiel d'une possible réintégration passe par un logement convenable. L'étroitesse du marché locatif national et le montant des loyers pratiqués sont bien connus. Nos clients, faisant partie des populations les plus faibles, en sont systématiquement exclus.

Partant de ce constat la Jugend an Drogenhëllef loue un certain nombre de logements (auprès de propriétaires privés ou d'opérateurs publics) pour ensuite les mettre à la disposition de ses clients, via un contrat d'hébergement. Les propriétaires reçoivent les garanties suivantes :

- loyer toujours honoré puisque payé par notre organisation
- suivi social des personnes hébergées
- interlocuteur en cas de problèmes
- entretien régulier des logements

Rappelons que la mise à disposition des logements se fait en principe à durée indéterminée. Parmi les particularités de notre travail nous voudrions relever les éléments suivants :

- préparation minutieuse des situations avec lesquelles nous allons travailler, ce qui implique que nous n'intervenons pas dans l'urgence
- travail à long terme avec des prises en charge individualisées et variables dans le temps
- souvent gestion financière concomitante
- visites à domicile
- travail en réseau avec d'autres intervenants extérieurs ou internes Jugend- an Drogenhëllef
- souvent co-intervention, c'ad travail à deux collaborateurs dans une situation

Dans la présente contribution, nous allons évoquer un certain nombre d'éléments statistiques documentant notre travail. Ensuite nous approfondirons deux éléments de notre réflexion :

- travail avec des populations considérées comme difficiles
- précarité et accès au logement

8.2. Eléments Statistiques

Au 31.12.2005 nous gérons 27 logements différents, du studio (meublé ou non) à l'appartement 2 chambres. Courant 2005, nous avons abandonné 4 logements et pris 10 nouveaux en location.

Sur ces 27 logements 5 sont mis à la disposition des clients « au prix du marché », c'est-à-dire que nous répercutons sur nos clients l'entièreté du loyer que nous payons au propriétaire.

22 logements sont subventionnés, à savoir :

- 6 mises à disposition par le Fonds du Logements à coût modéré
- 5 mises à disposition par Wunnengshëllef asbl. A relever que dans ce cas particulier l'occupation ne peut pas excéder 36 mois.
- Notre Fondation bénéficie depuis 2 ans d'un subside de la Ville de Luxembourg permettant de subventionner à hauteur de 25% les loyers des appartements pris en location. 11 logements ont pu être subventionnés via ce subside.

Fin 2005 nous hébergions **33 adultes** et **18 enfants**. Il y a au moins un enfant dans 14 logements. Nous avons été amenés à travailler avec 55 personnes différentes.

Quant aux entretiens ils se répartissent de manière suivante :

• entretiens dans les locaux de la JDH	632
dont en co-intervention	201
• visites à domicile	318
dont en co-intervention	168
• autres démarches avec client	201
• heures de travail de rénovation sans client	64

Côté **finances**, nous avons payé 146.946.- euro de loyers et nous avons touché 134.163.- euro de participation de la part de nos clients (ratio de 91,6%). Pour couvrir ce « déficit », ainsi que pour pouvoir financer les frais annexes (déplacements, frais d'agence, assurances, rénovations, loyers de logements momentanément inoccupés) nous pouvons recourir à une subvention octroyée par le Fonds de Lutte contre le Trafic de Stupéfiants.

8.3. Travail avec populations considérées comme étant difficiles

Pari insensé, insouciance ou optimisme démesuré? Telles pourraient être les questions que nous aurions pu nous poser avant de commencer le projet des logements supervisés. Pour être plus précis, ce sont des questions qui auraient pu nous être posées par des intervenants extérieurs, tant nos clients habituels sont souvent considérés comme étant « difficiles », peu fiables, chaotiques, menteurs, bref incapables.

Cinq années d'expériences concrètes, quotidiennes nous ont montré que dans l'ensemble nous avons eu raison de tenter le coup. Nous avons eu très peu de problèmes de voisinage, de loyers impayés, de collaborations impossibles, de consommations excessives. Que du contraire, la grande majorité des personnes avec lesquelles nous avons entamé ce chemin sont encore toujours dans leur logement et s'y débrouillent de manière tout à fait honorable.

Sans vouloir faire ici d'angélisme, force est de constater que l'expérience est positive. Peut-être l'occasion d'en tirer les premières conclusions.

La préparation: élément essentiel de la prise en charge. Il s'agit de faire un tour de table le plus complet possible de la situation, des points à travailler, des attentes de chacun pour une future collaboration. Quand cette phase importante est réalisée en dehors de la pression du temps, elle permet de créer les bases d'une relation de confiance durable et solide.



Les ressources: tous nos clients ont des ressources personnelles, plus ou moins importantes, plus ou moins riches, plus ou moins conscientes. Il s'agit de les valoriser, de les faire exister. Au lieu de se fixer sur les carences, nous essayons de travailler au départ des compétences amenées par nos clients. C'est ainsi que plus d'une fois nous avons été surpris par les capacités d'aménager les appartements, de les entretenir, d'avoir des relations de voisinage tout à fait « normales ». Comment oublier ce couple, par ailleurs assez chaotique et pas vraiment dans une phase d'abstinence, qui nous accueillait chaque fois dans un studio parfaitement entretenu avec une tasse de café et un gâteau fraîchement préparé ?

La flexibilité: Dès la conception du projet, le paramètre de flexibilité se voulait essentiel. Prendre nos clients où ils sont pour aller là où ils sont capables d'aller. Ceci signifie donc qu'il faut adapter notre manière de travailler à chaque situation et à chaque moment spécifique. Pour d'aucuns cela signifie qu'il faut leur apprendre à faire des courses et à gérer un budget, pour un autre il faut l'accompagner à l'hôpital parce qu'il a peur de faire une prise de sang essentielle pour lui. Quelqu'un a besoin d'un coup de main pour rafraîchir son logement, alors qu'un autre il suffit de lui prêter du matériel pour qu'il puisse le faire lui-même. Flexibilité ne signifie pas laisser-faire, ne rime pas avec travailler sans limites. Mais quand la relation de confiance est bonne, il n'est généralement pas difficile de faire respecter des limites, même si dans de rares cas nous avons dû mettre fin à notre collaboration pour ces raisons.

La durée: Notre action s'inscrit dans la durée. Les progrès ne se mesurent pas en jours, ni en semaines, souvent même pas en mois. Nous voulons nous donner le temps, le donner à nos clients. Comparé aux années passées « dans la galère » et dans des logements qui en fait n'en étaient pas, il faut plus que quelques semaines pour marquer d'une empreinte notre action. Nos clients ont également besoin de la sécurité que leur confère la certitude que notre prise en charge va s'inscrire dans la durée.

La globalité: Le logement décent n'est généralement qu'une première étape dans un changement de vie. Il ne se limite pas à ça. Nous avons souvent à faire à des personnes « gourmandes » qui ne se satisfont pas de ce changement dans la qualité de leur hébergement. Nous avons créé une base, un socle sur lequel ils désirent ensuite construire d'autres étages, que ce soit au niveau professionnel, familial, santé, loisirs ... Nous ne pouvons/voulons pas limiter notre travail à l'aspect logement. Combien de fois nous arrive-t-il, au fil du temps, de ne plus du tout travailler sur l'aspect logement, mais plutôt sur d'autres paramètres de la vie.

En **conclusion provisoire**, nous voudrions dire qu'il ne s'agit pas d'une population si difficile que ça, quoique veuillent en dire certains. Il s'agit de personnes très désireuses de changement et très reconnaissantes d'être considérées avec respect, et donc d'un travail généralement très gratifiant. Un bémol néanmoins à cette affirmation: nous ne pouvons que travailler avec les personnes qui ont pris une (certaine) distance quant à leur assuétude, qui, même sans y arriver toujours totalement, se sentent plus attirées vers l'abstinence que vers la consommation à tout crin.

8.4. Précarité et accès au logement

Il était clair pour nous, en démarrant notre projet, que nous allions risquer d'être submergés de demandes. Quel consommateur de drogues n'a pas de problème de logement, ne dispose pas d'un logement convenable ? Il était également évident que nous ne pourrions pas donner une réponse satisfaisante à toutes les demandes potentielles.

C'est ainsi, qu'en plus d'être pas ou mal logés nos clients devaient au départ avoir des difficultés à se débrouiller seuls dans un logement. Nous n'avons pas voulu prendre la nécessité d'un logement comme seul critère d'admission. Nous ne pouvions limiter notre action à celle d'une agence immobilière.

Reste que la demande insatisfaite reste énorme, plusieurs dizaines de fois supérieure à notre offre actuelle. Quitte à répéter des évidences, l'accès à un logement décent reste impossible à un nombre effarant de personnes au Luxembourg. Que dire dès lors des personnes toxicomanes, généralement situées tout en bas de l'échelle sociale. Et il n'y a pas que le montant des loyers qui pose problème. La pénurie engendre tout un ensemble de barrières à l'accès au logement.

Elles doivent se rabattre sur des solutions de bricolage, de fortune, de précarité. Il n'est pas exagéré de prétendre que cette situation fait le jeu de marchands de sommeil, aussi peu honnêtes que scrupuleux. N'est-il pas absurde que pour pouvoir bénéficier du RMG il faut avoir une adresse, quitte à ce que cette adresse minable (souvent une « chambre » de café) « coûte » la moitié dudit RMG ? A qui les bénéfices ?

Dans ce système vicieux, il est quasiment impossible de sortir de la précarité.

Même dans nos structures de logements accompagnés (subventionnés ou non), les loyers représentent souvent des parts trop importantes des revenus disponibles (entre 30 et 50%). Nous n'avons pas le choix. Nous devons travailler avec les moyens disponibles. Ce que nous voulons illustrer ici c'est que nous nous trouvons en permanence très proches des limites de la pauvreté, de la grande précarité. L'Etat-Providence est en question. Une fois le besoin élémentaire de logement assuré il ne reste plus de moyens nécessaires pour assurer les autres besoins essentiels tels qu'alimentation, soins de santé, éducation ... sans parler de loisirs ou d'accès à la culture. Ceci est d'autant plus douloureux quand des enfants sont concernés. Pour rappel, dans plus d'un logement sur deux (14 sur 27) des enfants sont hébergés.

8.5. Conclusion Générale

Si le projet de logements supervisés « les niches » a fait ses preuves et nous a gratifié de beaucoup de bonnes surprises de la part de nos clients, il commence à toucher à ses limites :

- Globalement, les personnes hébergées se sentent bien dans les logements, continuent à avoir des trajectoires intéressantes et avoir besoin de notre encadrement. Nous ne pouvons donc continuellement augmenter nos capacités d'accueil, faute de moyens financiers et de personnel.

- Nous commençons à être confrontés aux premières situations où des clients n'auraient en principe plus besoin de nous pour la question logement. Mais, nous n'arrivons pas à les « caser » sur le marché locatif traditionnel.
- Nous savons pertinemment que nous ne pourrions pas répondre à toutes les situations que rencontrent les clients de la Jugend- an Drogenhëllef. D'où parfois une certaine frustration et un sentiment d'impuissance.

8.6. Maison de post-cure Neudorf

Pour rappel: la JDH dispose d'une structure d'hébergement de maximum 7 places pour des personnes ayant terminé leur thérapie résidentielle, que ce soit au Luxembourg ou à l'étranger. Il s'agit de la maison de Post-Cure, co-gérée jusqu'au milieu de l'année 2005 avec le Centre Thérapeutique de Manternach, qui vient de se retirer du projet par manque de personnel.

En 2005, une réflexion sur le concept de la maison a eu lieu, avec comme résultat une redéfinition, se basant e.a. sur les besoins du réseau national de prise en charge. Ce concept, appelé « transitions », prévoit un élargissement de la population cible, mais nécessitant e.a. un surplus de professionnels encadrants.

Pour l'année 2005 quatre hommes, 2 femmes et 1 enfant ont profité de cette offre pour des séjours se situant entre 2 et 12 mois.

Hervé HICK
Assistant social et
lic. en pol. écon. et soc.





Service Parentalité



9. Le Service Parentalité

9.1. L'équipe

Le service parentalité s'est institué en été 2003. Actuellement, l'équipe comprend un psychologue à mi-temps, deux assistants sociaux à mi-temps et une éducatrice graduée à mi-temps engagée en 2005. Deux collaboratrices du Programme de Substitution continuent à travailler sur des situations de parentalité. Ceci concerne essentiellement des parents suivant un traitement de substitution au programme.

9.2. Mission

Pour rappel, les interventions « parentalité » s'adressent à des femmes enceintes et des parents connaissant des problèmes de toxicodépendances ainsi qu'à leurs enfants.

La mission consiste d'abord dans la prévention: éviter au mieux le passage transgénérationnel de problèmes de toxicomanie de parents à leurs enfants.

L'action du service tend d'une part à assurer la sécurité et le bien-être de l'enfant, d'autre part, à soutenir les parents et à consolider et renforcer leurs compétences parentales et habilités éducatives.

9.3. Eléments statistiques avec commentaires

Tableau 1: nombre et type de situations

Nombre et type de situations	2005		2004	
	N	%	N	%
Monoparentale	27	69	27	63
-enfants présents au ménage	21		18	
-enfants absents au ménage	20		9	
Couple	12	31	16	37
-enfants présents au ménage	16		15	
-enfants absents au ménage	1		1	
Total	39	100	43	100

En 2005, le service parentalité a pris en charge 39 situations. Comme pour l'année précédente, dans deux tiers des situations, il s'agit de familles monoparentales, toutes constituées de mères et de leurs enfants.

Nous travaillons avec 51 adultes (39 femmes et 12 hommes) et 58 enfants dont 37 présents dans leur famille et 21 absents au ménage.

Nouvelles situations en 2005 :	14
Interventions toujours en cours au 31.12.2005 :	11
Situations rencontrées avant 2005 :	25
Interventions toujours en cours au 31.12.2005 :	20

Dans la grande majorité des cas, nous sommes engagés dans un travail à long terme.

Tableau 2: Catégories d'âge des enfants

	2005				2004			
	présents	absents	Total	%	présents	absents	Total	%
<1 an	7	2	9	15,6	9	2	11	18
<5 ans	15	7	22	37,9	20	5	25	41
<10 ans	14	8	22	37,9	10	8	18	29,5
>10 ans	1	4	5	8,6	4	3	7	11,5
Total	37	21	57	100	43	18	61	100

Ce tableau regroupe les différentes catégories d'âge des enfants dont les parents ont consulté au sein du service parentalité. Comme pour l'année précédente, la majorité des enfants sont en dessous de 5 ans (53,5% en 2005, 59 % en 2004). Il y a eu 9 naissances au cours de l'année.

Quelques remarques s'imposent concernant les enfants non présents dans les ménages (plus d'un tiers).

Dans la majorité des cas, il s'agit d'enfants placés sur décision judiciaire, soit en foyer d'accueil jour et nuit, soit en famille d'accueil, soit en adoption.

Ainsi, nous intervenons auprès de familles qui actuellement élèvent leurs derniers-nés alors que des enfants nés antérieurement ont été placés par le juge de la jeunesse.

Nous sommes aussi sollicités par des parents pour les aider au mieux à la mise en place de conditions nécessaires pour pouvoir récupérer leurs enfants.

En ce qui concerne le placement familial, nous constatons qu'un certain nombre d'enfants se trouvent placés dans les familles d'origine de nos clients, c'est-à-dire, auprès des grands-parents maternels ou paternels. Or, l'expérience nous montre que ces situations sont souvent délicates car pouvant induire le risque de confusion des rôles parentaux auprès des enfants et nuire aux relations entre parent biologique et grands-parents.

Le service Parentalité s'adresse à un système familial comprenant en général mère et enfant(s) et, minoritairement, le partenaire. Ces personnes sont généralement présentes lors des entretiens. Parfois nous estimons utiles de voir le(s) parent(s) sans les enfants dépendant des thèmes traités et naturellement de l'âge des enfants.

Tableau 3: Nombre et type de consultations

Nombre de consultations	2005		2004		2003	
	N	%	N	%	N	%
entretien à un seul intervenant	381	60,3	397	69,3		
entretien en co-intervention (parentalité)	136	21,5	176	30,7		
entretien en co-intervention (autre service)	115	18,2				
Nombre total entretiens	632	100	573	100	360	100

Il y a une progression nette du nombre de consultations depuis 2003.

De plus, nous constatons une hausse importante au niveau de co-interventions.

Les interventions impliquant deux collaborateurs du service parentalité servent au mieux d'approcher la complexité des situations familiales et de garantir une disponibilité d'intervention.

Les réunions avec des intervenants, soit d'autres services de la JDH, soit de services externes et des familles concernées, répondent à notre souci d'améliorer notre soutien en intégrant les apports d'autres professionnels impliqués.

Tableau 4: Lieux d'entretien

Lieux de l'entretien	2005		2004		2003	
	N	%	N	%	N	%
Locaux JDH	337	53,3	328	57,2	260	70
Visite à domicile	168	26,6	165	28,8		
Hôpital resp. maternité	25	4	35	6	100	30
Autre institution	102	16,1	45	8		
Total	632	100	573	100	360	100

A titre de comparaison, en 2003 il y a eu 360 entretiens dont environ 260 dans nos bureaux (+/- 70%) et 100 en visites à domicile ou autre lieu (+/- 30%).

Ces chiffres sur les 3 dernières années indiquent qu'il y a de plus en plus de contacts avec les personnes en dehors des locaux de la JDH (2003 : 30% ; 2004 : 42,8% ; 2005 : 46,7%).

Il est vrai qu'une des composantes essentielles de notre travail est de rencontrer les familles dans leur lieu de vie habituel, c'est-à-dire, à domicile. Être en visite et assumer le rôle d'un invité permet d'une part d'agir avec plus de doigté et de respect, d'autre part, nous donne un regard plus riche sur la vie de la famille avec ses enfants dans leur chez soi.

Tableau 5: Orientation des clients: par qui?

Orientation par	2005	2004
	N	N
Maternité	8	9
services JDH	24	26
-Niches	6	8
-Consultation	7	3
-programme méthadone	11	15
Propre initiative	2	3
Médecin consultant	/	1
Foyer pour femmes	/	1
Service central d'Assistance Sociale	1	2
Autres	4	1
Total	39	43

La majorité des situations a été orientée par les autres services de la JDH. La maternité du Centre Hospitalier de Luxembourg reste un partenaire important, souligné aussi par le fait de notre participation hebdomadaire à des réunions avec des services hospitaliers et externes avec pour but d'intervenir au mieux auprès de situation de grossesse à risque.

Tableau 6: Le réseau. Nombre de contacts avec d'autres services internes et externes au cours de l'année 2005.

Partenaires du réseau	N
Services JDH autres que parentalité	29
Foyers d'accueil pour enfants (jour et nuit)	24
Justice (juge, SCAS)	11
Hôpital / Maternité	13
Service d'accompagnement social	9
Ligue médico-social	
Service de placement familial (familles accueil, adoption)	7
Thérapies résidentielles	7
Service d'aides à l'enfance (ex. Hëllef fir de Puppelchen,...)	6
Crèches / écoles	6
Caritas Accueil et Solidarité (Foyer de nuit pour SDF)	3
Total	115

A préciser que les contacts avec ces autres services se font avec l'accord des familles concernées et, d'ailleurs, nous insistons sur leur présence lors de ces réunions. A noter que les services internes de la JDH restent nos partenaires privilégiés. Les contacts avec des foyers d'accueil et des services de placement familial traduisent le fait que nous accompagnons des familles où les enfants ont été placés et nous les soutenons au mieux dans leurs efforts d'améliorer leurs conditions de vie afin de pouvoir récupérer les enfants. Il est vrai aussi que beaucoup de familles sont sous injonction judiciaire et soumises à des conditions, entre autre, collaborer avec notre service pour assurer le maintien de leurs enfants dans leur ménage.

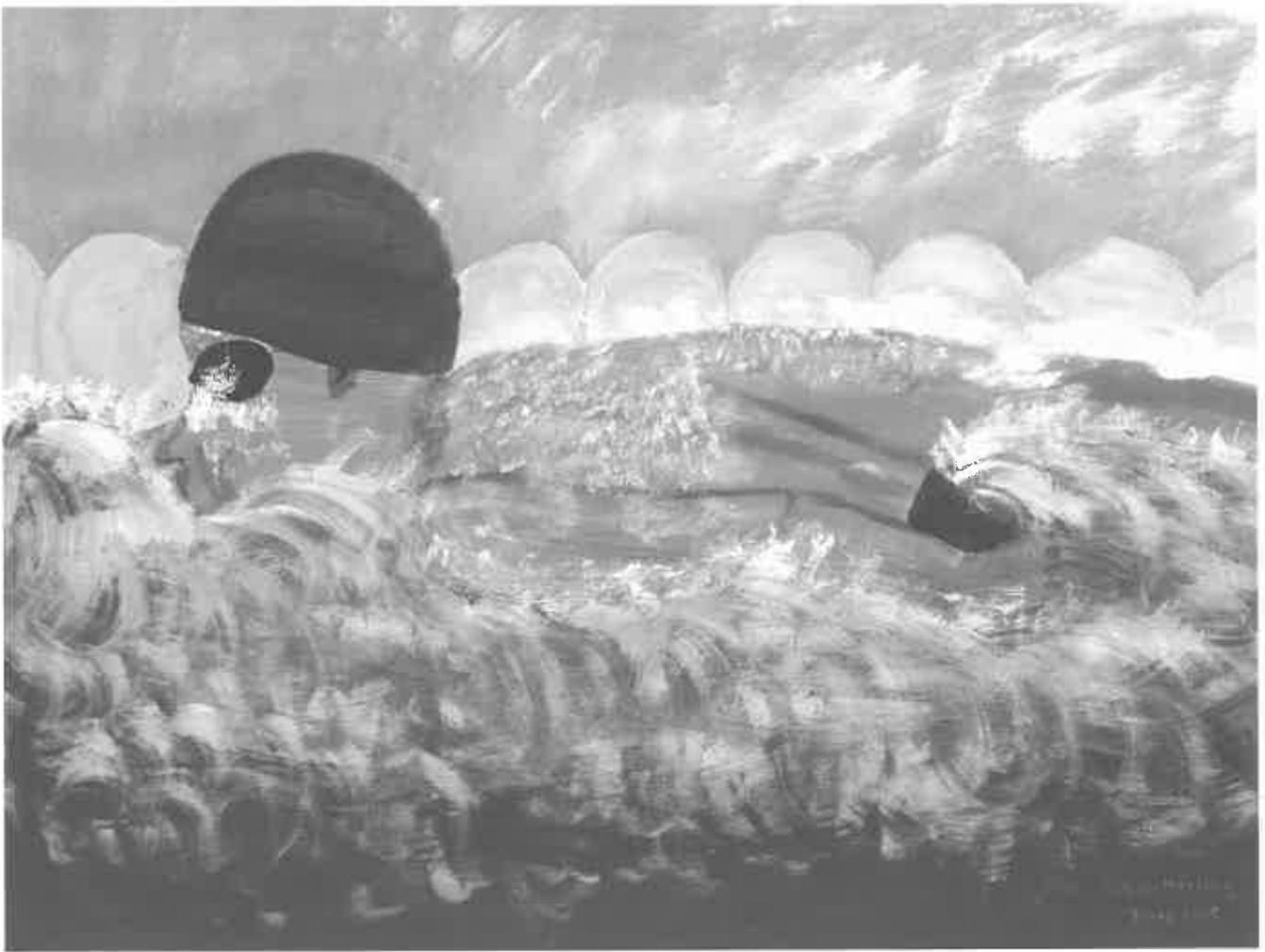
9.4. Conclusions

Le service parentalité entame donc sa troisième année d'existence en tant que service autonome de la JDH. A voir les résultats des différents tableaux, les particularités de notre démarche se définissent comme suit: un engagement intensif (fréquence élevée des contacts), généralement à long terme, à la rencontre de la famille sur son lieu de vie (à domicile) et profitant des possibilités offertes d'un travail en réseau (réunions de concertation avec les autres services impliqués). N'oublions pas que la qualité des interventions se mesure par le degré de bien-être des enfants qui eux sont toujours au centre de nos préoccupations.

9.5. Perspectives

En avril 2006, nous avons intégré enfin de nouveaux locaux mieux délimités par rapport aux autres services. L'aménagement de ces locaux permettra certainement un meilleur accueil, particulièrement pour la rencontre avec les enfants. Nous souhaitons, dans un souci d'économie et d'efficacité, promouvoir le travail en réseau, voire, centrer et coordonner les interventions sous une mise en pratique de « case management » (accent mis sur une coordination continue et précise des moyens et des mesures d'aide présents).

Robert Lamborelle,
Psychologue dipl.



«Schmetterling» Trixie Thull



«L'amour est partout où tu regardes» Patricia Ernster

10. Spritzentausch und Spritzenautomaten

Auf Initiative der JDH und des Gesundheitsministeriums fand am 7. Oktober 2005 eine erste Zusammenkunft zwischen den Spritzenausgabestellen sowie der Polizei statt, in welcher über eine Zusammenarbeit in der Ausgabepraxis diskutiert wurde.

Eine Harmonisierung im Spritzentausch könnte zu einer kohärenteren und effizienteren Spritzenversorgung beitragen und sich so positiv auf die öffentliche Gesundheit auswirken (ausführlicher Bericht dieser Versammlung siehe Aids-Bericht 2005).

Der Spritzenverkauf über die Automaten und der Spritzentausch bei der JDH ist im Jahre 2005 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgegangen. Das folgende Schaubild zeigt die Zahlen von 2002 bis 2005.

Tabelle 1: Spritzentausch und -verkauf von 2002 – 2005

Spritzentausch und -verkauf	2005	2004	2003	2002
Tausch in den Ausgabestellen JDH Luxemburg und Esch/Alzette	180.253	186.335	83.024	73.691
Spritzenverkauf über die Automaten	28.428	36.744	44.442	36.881
Total	208.681	223.079	127.466	110.572

2005 wurden 208.681 sterile Spritzen über die Spritzenautomaten und von den Beratungsstellen der JDH an die Konsument/innen verkauft und ausgegeben.

Das Konzept des Spritzentauschs hat im Vergleich zum Verkauf über die Automaten an Bedeutung gewonnen. Die Konsument/innen illegaler Drogen haben die Wichtigkeit des Tausches von sterilen Spritzen erkannt. Sie bringen die gebrauchten Spritzen in die Beratungsstellen zurück und bekommen hierfür sterile Spritzen. Dies ergibt auch den hohen Prozentsatz an zurückgebrachten Spritzen (82% in 2005). In der Regel werden wenigstens 2 Spritzen ausgegeben, auch wenn der Konsument keine gebrauchten zurückgebracht hat. Da oft zu zweit konsumiert wird, wird die Ausgabe von wenigstens 2 Spritzen als präventive Maßnahme gegen Aids und Hepatitis angesehen, da es das gemeinsame Benutzen derselben Spritze vermeiden hilft.

Die Konsument/innen schätzen seit Jahren die Sicherheit und die Zuverlässigkeit der Ausgabestellen. Zugleich haben sie die Möglichkeit die anderen Angebote der Beratungsstellen in Anspruch zu nehmen, wie Information, Beratung, ambulante Therapie, oder Orientierung in körperliche Entzüge und stationäre Therapien. Der Spritzentausch ist zumindest ein erster Schritt im verantwortungsbewussteren Umgang mit Drogenkonsum und in der Gesundheitsprävention. Ein zusätzlicher Schritt besteht darin die i.v. Drogenkonsument/innen auf eine andere Konsumform aufmerksam zu machen. Dies wurde schon bei einigen mit Erfolg umgesetzt.

Die Anzahl der Neuinfektionen mit Aids bei intravenös konsumierenden Menschen ist niedriger als im Ausland. Besorgniserregend ist hingegen der hohe Prozentsatz an Personen, die mit Hepatitis C infiziert sind. Um alle Übertragungswege des Virus ausschließen zu können, wäre es absolut notwendig dem Konsumenten neben klaren Informationen und Aufklärung zusätzlich zum bisherigen Spritzenbesteck sogenannte „Stericups“ (kleine Aluschalen, die den Löffel ersetzen sollen) anzubieten.

10.1. Spritzenautomaten

Standorte: Luxemburg, Esch-sur-Alzette (der Automat in Esch war 2005 defekt), Dudelange, Ettelbrück

Anzahl der verkauften Spritzen	2005	2004	2003	2002	2001
	28.428	36.744	44.442	36.881	59.970

Tabelle 2: Verkaufte Spritzen 2005

Ortschaft	Anzahl verkaufter Spritzen	
	2005	2004
Luxembourg	24.516	22.029
Esch-sur-Alzette	nicht installiert	9.309
Dudelange	1.359	2.433
Ettelbrück	2.553	2.973
Total	28.428	36.744

Die Spritzenautomaten in Esch/Alzette und Differdange waren im Jahr 2005 nicht installiert. Dies erklärt den Rückgang der verkauften Spritzen insgesamt.

In den Entsorgungsbehältern, die neben den Spritzenautomaten installiert sind, wurden 300 gebrauchte Spritzen zurückgebracht. Seit Beginn des Verkaufes von Spritzen durch die Automaten, ist die Anzahl der zurückgebrachten Spritzen sehr gering. Der Anreiz für den Konsumenten, eine gebrauchte Spritze in den Container zu werfen, ist nicht sehr hoch.

In Esch/Alzette wurde im Februar 2006 ein neuer Spritzenautomat an einem neuen Standort installiert. Auf Initiative der Gemeindeverwaltung wurde in Esch ebenfalls ein Entsorgungsbehälter an einer Stelle installiert, an der häufig Spritzen gefunden wurden.

Der Spritzenautomat in Differdange wurde mehrmals vandalisiert. Hier haben Gespräche sowohl mit der Gemeindeverwaltung, als auch mit der Klinik von Differdange stattgefunden, um einen neuen Standort für einen neuen Spritzenautomaten zu finden.

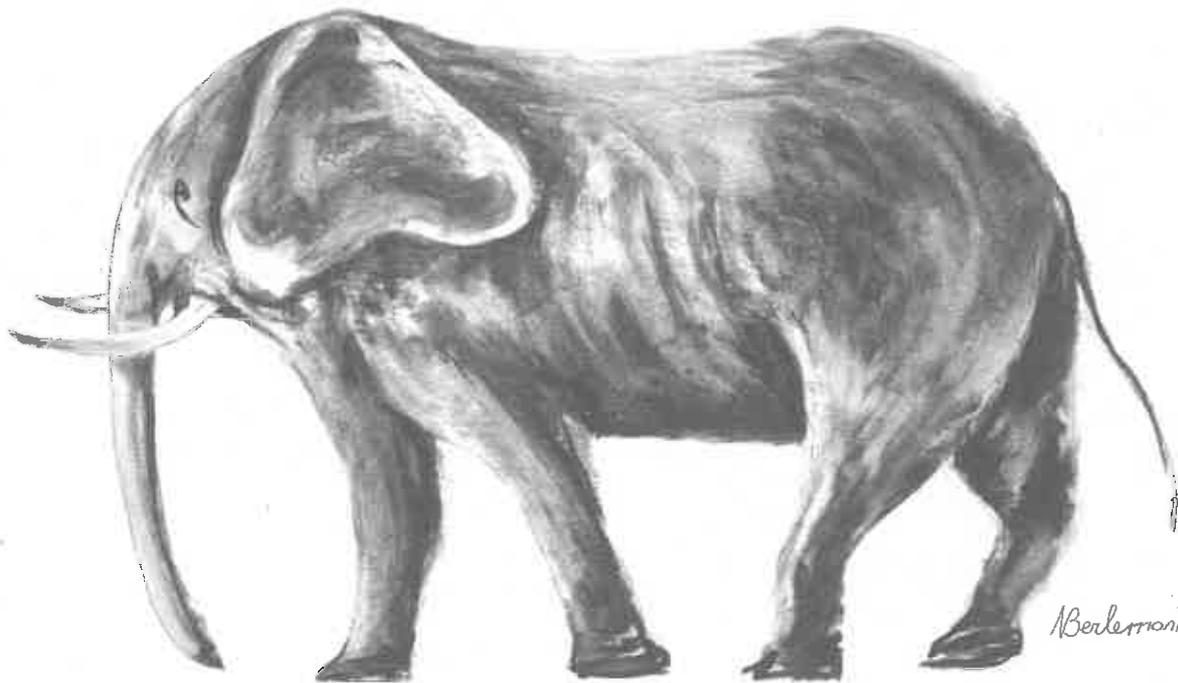
10.2. Spritzentausch

Das nachfolgende Schaubild zeigt den Spritzentausch der beiden Beratungsstellen der Jugend- an Drogenhöllef.

Ortschaft	Sterile Spritzen		Rücklauf gebrauchte Spritzen 2005
	2005	2004	
JDH Luxemburg Beratungsstelle und K 25	143.841	168.682	134.656 (93,6%)
JDH Esch	36.412	17.653	30.021 (82,4%)
Total	180.253	186.335	164.677 (91,3%)

In der Beratungsstelle Esch hat sich der Spritzentausch im Jahr 2005 mehr als verdoppelt. Dies ist darauf zurück zu führen, dass die Oppen Dir ab 1. Januar 2005 den Spritzentausch eingestellt hat. Außerdem war der Spritzenautomat in Esch/Alzette im Jahr 2005 defekt. Dieser wurde im Februar 2006 an einem neuen Standort installiert. In der Beratungsstelle Luxemburg hat der Spritzentausch leicht abgenommen. Der Rücklauf an gebrauchten Spritzen bleibt mit über 90% hoch, hat jedoch im Vergleich mit dem Vorjahr leicht abgenommen.

Günter Biwersi,
Diplom-Pädagoge



«Elefant» Nikki Berlemont

11. Elternselbsthilfe-Gruppe Drogenabhängiger Kinder - Tätigkeitsbericht für das Jahr 2005

Am 8. Januar 2006 fand die alljährliche Generalversammlung in Tetingen statt.
Die Buchführung wurde bei dieser Gelegenheit, von Hr. Fernand Friedrich u. Hr. Emil Stellmes kontrolliert u. für gut befunden.

Die Zusammenkünfte der betroffenen Eltern fanden jeden Donnerstag in Esch und jeden 2.ten und 4.ten Donnerstag in Luxemburg statt.

Neben unserer Informationsarbeit standen ebenfalls: Öffentlichkeitsarbeit u. sonstige Aktivitäten im Vordergrund.

Folgende Aktivitäten wurden 2005 durchgeführt:

- 10/01/05** Vorstandssitzung in Tetingen
- 30/01** Generalversammlung in Tetingen
- 10/02** Vorstellungsgespräch beim Gesundheitsminister M. Di Bartolomeo
- 10/03** Referat von Dr.Lammar in Esch über den aktuellen Stand der Behandlung von Abhängigen.
- 31/03** Außerordentliche Generalversammlung wegen Meinungsverschiedenheiten in Esch.
- 04/04** Vorstandssitzung in Düdelingen
- 07/04** Referat von Kommissar Steffen: «Jugend u.Drogenprobleme» Polizei u. Prävention.
- 03/05** Sozialpädagogin Beat Dünki referiert über das schweizerische Jugendbetreuungskonzept «Time out» im Centre «Prince Henri» in Walferdingen.
- 05/06** Beteiligung mit einem Stand bei «Diddeleng gesond»
- 06/06** Vorstandssitzung in Düdelingen.
- 12/06** Beteiligung am «Sommerfest» in Manternach danach Besichtigung des Militärmuseums in Diekirch.
- 30/06** Referat von Tom Schlechter über seine Arbeit im Abrigado
- 07/07** Gespräch mit Günter Biversi über seine Arbeit in der Jugend u. Drogenhelfer in Esch.
- 04/08** Besuch von Kommissar Steffen mit einem Reporter von «Revue» zwecks eventueller Reportage.
- 03/10** Vorstandssitzung in Düdelingen
- 15/10** u.
- 16/10** Seminar mit Dipl.Psychologin Rainer Blobel aus Karlsruhe (D) Thema: «Angst» im Hotel des Vignes in Remich

- 07/11** Beteiligung am Symposium «Junge Wilde» unter dem Patronat vom Ministère de la Santé.
- 24/11** Referat von Dr. Lang über Cannabis.
- 08/12** Gespräch im CHNP in Ettelbrück mit Dr.Egbarria «Psychiater» u. mit den Patienten vom BU5.
- 11/12** Weihnachtsfeier
- 15/12** Referat von Jörg Martin Leiter des Therapie-zentrums «Schaumbergerhof» in Tholey (D)
- 28/12** Vorstandssitzung in Tetingen.

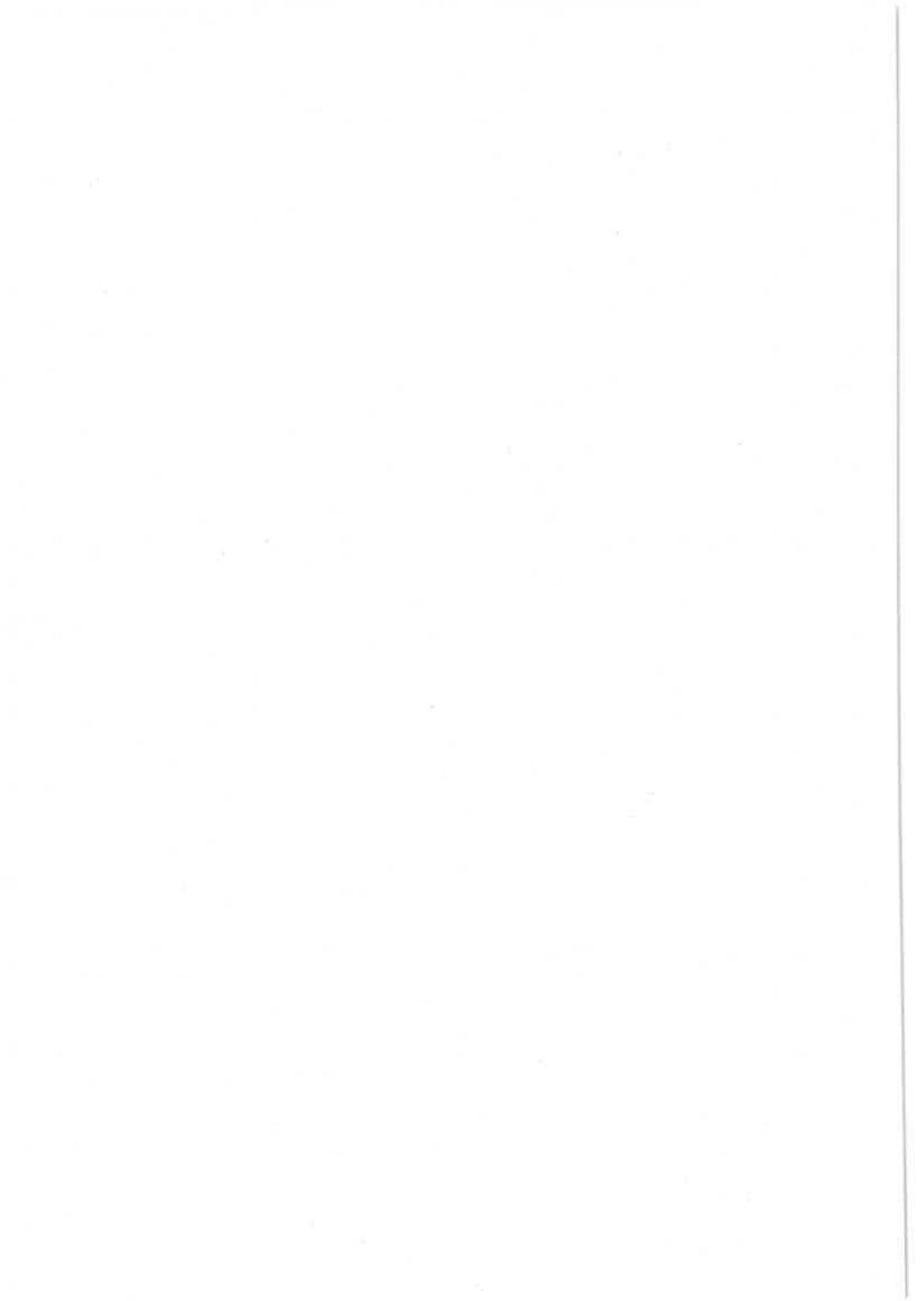
Unsere regelmäßigen Treffen besuchten zwischen 15 und 20 Personen.

An den verschiedenen Aktivitäten nahmen die meisten Personen teil.

Übers Jahr wurden diverse Freizeitaktivitäten angeboten, an dem sich jedes Mitglied beteiligen konnte.

Mit all unseren Aktivitäten sehen wir unsere Arbeit als innovativ u. zukunftsorientierend an.

Orioli – Breckler Jacqueline, Präsidentin
Schaack – Wagner Lily, Sekretärin



Atelier Artistique

L'Atelier Artistique existe depuis 1992 au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique Ettelbruck. Depuis cette époque les patients du CHNP - résidant ou non - à l'hôpital peuvent participer aux activités proposées au sein de l'atelier.

Ces activités offrent aux participants la possibilité d'explorer divers médias artistiques, des matériaux et des méthodes différents (arts plastiques, photographie, sculpture, gravure...) afin de trouver le média qui correspond le plus à leurs besoins et à leurs personnalités.

Les personnes ont aussi la liberté de choisir une prise en charge individuelle ou en groupe. Pendant les séances individuelles le dessin et la peinture peuvent être utilisés pour exprimer une activité inconsciente plus profonde. La parole y prend une position importante car elle permet de structurer le matériel exprimé.

En ce qui concerne le travail de groupe, certains groupes fonctionnent selon le principe des ateliers libres, axés sur l'expression artistique; d'autres groupes ont une visée plus explicitement thérapeutique et traitent à chaque séance un thème spécifiques, chaque séance étant suivie d'une perlaboration verbale de cette thématique.

Les groupes sont souvent composés de personnes ayant des personnalités et des intérêts très différents, toutefois cette hétérogénéité stimule souvent le processus créatif.

Certaines personnes travaillent de façon très autonome, sans besoin de stimulation particulière, tandis que d'autres recherchent une relation plus étroite avec l'artiste thérapeute et ont donc besoin d'une prise en charge plus directive. Parmi les objectifs visés dans nos ateliers, il y a d'abord une augmentation de la qualité de vie à travers une meilleure perception de ses propres compétences, l'augmentation de la confiance en soi et de l'autonomie personnelle.

Mais le travail avec la créativité (et avec l'inconscient) ouvre d'autres voies de communication et constitue avant tout un moyen d'expression très personnel en vue de communiquer des sentiments, émotions et conflits. Vu la grande qualité des oeuvres produites, il y a des réactions très positives de la part de l'entourage ainsi que du public lors de nos expositions ce qui a un effet très favorable sur l'estime de soi de nos participants.

Atelier Artistique
Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique
17, Av. des Alliés
L-9012 ETTTELBRUCK
Tél: 2682-4050
Tél: 2682-2411

www.jdh.lu

**Centre de consultation, Programme de Substitution
et siège social**

93, rue d'Anvers L-1130 Luxembourg
Tél.: 49 10 40-1 e-mail: jdh-admin@jdh.lu

Kontakt 28

28; rue Fort Wedell L-2781 Luxembourg
Tél.: 48 13 81 e-mail: consult.kontakt28@jdh.lu

Centre de consultation

4, rue des Charbons L-4053 Esch/Alzette
Tél.: 54 54 44 e-mail: consult.esch@jdh.lu

Centre de consultation

9, place de la Libération L-9060 Ettelbruck
Tél.: 81 91 92 e-mail: consult.ett@jdh.lu