



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Bachelorarbeit

Entwicklungsstörungen bei Kindern alkoholabhängiger Eltern

Vorgelegt von: Stefanie Mohr

URN: [urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2014-0187-6](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:gbv:519-thesis-2014-0187-6)

Gutachter: Prof. Dr. Dr. Andreas Franke

Zweitgutachter: Prof. Dr. Claudia Steckelberg

Ort: Neubrandenburg

Abgabetermin: 13.06.2014

Einleitung.....	1
1. Alkoholkonsum.....	4
1.1. Abhängigkeitsrisiko.....	4
1.2. Alkoholmissbrauch.....	6
1.3. Alkoholabhängigkeit.....	7
2. Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.....	9
3. Auswirkungen auf die Kinder.....	11
3.1 Angst und Depression.....	14
3.2 Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität.....	14
3.3 Misshandlungen, Vernachlässigungen und Gewalterfahrungen.....	15
3.4 Störung des Sozialverhaltens und mangelnde Verhaltenskontrolle.....	17
4. Rollenmodelle.....	18
4.1 „Der Familienheld“.....	19
4.2 „Der Sündenbock“.....	19
4.3 „Das verlorene Kind“.....	20
4.4 „Der Clown“.....	21
5. Die Beeinflussung von Risikofaktoren.....	22
5.1 Kindbezogene Risikofaktoren.....	22
5.2 Umgebungsbezogene Risikofaktoren.....	24
5.2.1 Alkoholeffekte.....	24
5.2.2 Familieneffekte.....	25
5.2.3 Modelllernerffekte.....	27
5.2.4 Elterliche Komorbidität.....	27
5.2.5 Vernachlässigung und Misshandlung.....	28
5.2.6 Alkoholkonsum in der Peer-Group.....	29
6. Chancen für die Kinder- Schutzfaktoren.....	30
6.1 Kindsbezogene Schutzfaktoren.....	30

6.2 Umgebungsbezogene Schutzfaktoren.....	31
7. Hilfe und Unterstützung.....	33
8. Fazit.....	38

Quellenverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung

Einleitung

In Deutschland leben etwa 1,8Mio Alkoholabhängige. Weitere 1,6Mio Erwachsene weisen einen Alkoholmissbrauch auf und die Dunkelziffer liegt vermutlich noch viel höher.

Nach neusten Erhebungen des Instituts für Therapieforschung in München sind junge Erwachsene unter 25 Jahren verstärkt alkoholabhängig. Dazu kommt, dass 7,4Mio Bundesbürger mehr trinken als die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene Höchstmenge von 20g Alkohol bei Frauen und 30g Alkohol bei Männern. 20g Alkohol entsprechen dabei 0,5l Bier oder 0,2l Wein (vgl. URL1: Deutsches Ärzteblatt 2014).

Bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit oder einem Alkoholmissbrauch handelt es sich nicht allein um eine einzelne Person, denn oftmals steht eine Familie dahinter, welche darunter leidet. Am stärksten betroffen sind dabei jedoch die Kinder, die den Folgen der Abhängigkeit schutzlos ausgesetzt sind.

Grund genug um sich mit dem Thema der sich daraus möglichen, resultierenden Entwicklungsstörungen auseinanderzusetzen.

Bereits frühzeitig sind die Kinder dem Alkoholismus der Eltern ausgesetzt, denn nach Schätzungen der deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren leben in der Bundesrepublik etwa eine Million alkoholabhängige Frauen im gebärfähigen Alter. Daher kommen jährlich ca. 2.200 Kinder mit einer Alkoholembryopathie zur Welt und weitere 10.000 Kinder mit der mildereren Form, den sogenannten Alkoholeffekten. Dabei machte eine Befragung von Dilger, die Initiatorin eines Modellprojektes zur Arbeit mit Kindern von Suchtkranken deutlich, dass viele Frauenärzte die Schwangeren nicht einmal auf einen eventuellen Konsum von Suchtmitteln hin befragen, obwohl die Aufklärung über die Suchtmittelschädigung im Mutterpass vorgesehen ist. Gerade mal 17% der 120 Befragten suchtmittelabhängigen Schwangeren gaben dabei an, so eine Aufklärung erhalten zu haben. Und nur 47% der Schwangeren mit einer Abhängigkeit gelang es von sich aus, den Suchtmittelkonsum bei ihrem Frauenarzt anzusprechen, da die Hemmschwelle oder der erlebte Zeitdruck während der Untersuchung als hinderlich wahrgenommen wurde (vgl. Dilger 2001. S. 163-164).

Darüber hinaus sind häufig auch die Verwandten, wie zum Beispiel der Onkel oder der Großvater, ebenfalls alkoholabhängig sodass der übermäßige Konsum für die Kinder als normal gilt. Infolgedessen werden Kinder von Alkoholikern oftmals ebenfalls alkoholkrank und brauchen daher eine angemessene Förderung seitens der Helfenden. Das können sowohl Pädagogen in Kindertagesstätten oder Schulen sein, als auch Sozialarbeiter aus

Suchtberatungsstellen oder Jugendämtern. Das sollte aber nicht erst passieren, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, denn häufig sind präventive Maßnahmen äußerst wirksam.

Die Arbeit beginnt mit einer Erläuterung über den Alkohol und seine Herkunft. Das Abhängigkeitsrisiko wird aufgegriffen und erläutert. Es wird sich sowohl mit der genetischen Variable auseinandergesetzt als auch mit dem Modelllernen im Bezug auf den Alkoholkonsum und mit der Begünstigung durch verschiedene Eigenschaften und Berufe. Alkoholabhängigkeit und –missbrauch werden zudem thematisiert und nach den Kriterien des ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation) erklärt. Dabei werden sowohl nach Schneider als auch nach Lindenmeyer verschiedene Trinkmuster aufgezeigt.

Im anschließenden Teil wird der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft erörtert, sowie die sich daraus entwickelnden Krankheitsbilder der Kinder. Ein paar Hinweise für den Umgang und die Arbeit mit trinkenden schwangeren Frauen sind ebenfalls erläutert.

Das dritte Kapitel beschreibt dann die Auswirkungen auf die Kinder und wie sich die Situation der Kinder alkoholkranker Eltern vorzustellen ist. Die daraus resultierenden Folgen wie Angst und Depression, Aufmerksamkeitsstörungen, Misshandlungen, Vernachlässigungen und Gewalterfahrungen sowie die Störung des Sozialverhaltens und mangelnde Verhaltenskontrolle werden ebenfalls erläutert. Zum Beispiel kann davon ausgegangen werden, dass jedes dritte Kind aus suchtbelasteten Familien regelmäßig Gewalt erfährt. Das ist durchschnittlich doppelt bis dreifach soviel wie in anderen Familien (vgl. URL2: Aktionswoche-Alkohol 2014).

Das vierte Kapitel beschreibt die Anpassungsmuster der Kinder an die Situation daheim. Dabei beschreibt Sharon Wegscheider verschiedene Rollen, die die Kinder annehmen und die zum festen Bestandteil ihrer Persönlichkeit werden. An diese Rollen sind verschiedene Erwartungen, Forderungen und Gefühle geknüpft und meist gelingt es den Kindern als Erwachsene nicht, die Rolle abzulegen, daher sind sie meist abhängig von ihrer Rolle. Im folgenden Kapitel wird die Beeinflussung von Risikofaktoren thematisiert und Handlungsweisen zur Vermeidung der damit verbundenen Transmission von Abhängigkeit erklärt. Zusammen mit den sich anschließenden Schutzfaktoren werden diese in kindbezogene und umgebungsbezogene Faktoren gegliedert. Dabei steht der Vulnerabilität die Resilienzen des Kindes gegenüber und in seiner Umgebung die Stressoren der sozialen

Unterstützung gegenüber. Diese Gegenüberstellung zeigt schlussendlich die Entwicklungsprognose der Kinder.

Im Anschluss werden Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten für das Kind und die Familie erörtert. Diesbezüglich wird das Konzept „Keine Gewalt gegen Kinder“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 1996 aufgegriffen und erläutert. Auch Michael Klein wird in diesem Zusammenhang aufgegriffen, der verschiedene Ansätze von Hilfen für Kinder erklärt, wie zum Beispiel die familienorientierte Hilfe oder die Einzelfallhilfe. Ebenso wird die Rolle des Jugendamtes miteinbezogen und ihre Handlungsmöglichkeiten erklärt. Zum Schluss wird die Arbeit zusammengefasst und reflektiert. Die folgende Arbeit meint immer beide Geschlechter, auch wenn im Einzelnen auf ein akribisches gendern verzichtet wurde.

1 Alkoholkonsum

Das Wort „Alkohol“ ist arabisch und bedeutet übersetzt „das Feinste“. Er ist aber auch eine Droge. Forscher gehen davon aus, dass Alkohol zufällig von den Menschen entdeckt wurde durch den Verzehr von gegorenen Früchten. Die gezielte Herstellung erfolgte aber erst in der Mittelsteinzeit zwischen 10 000 -5 000 v. Chr.

Alkohol diente in dieser Zeit hauptsächlich als Nahrungsmittel oder Opfergabe, aber auch als Rauschmittel, das in kultischen Handlungen mit einbezogen wurde. Er wurde von Beginn an dazu verwendet, Ängste vor Naturgewalten und Ungewissheiten zu mindern und zwischenmenschliche Kontakthürden zu beseitigen. Die Destillation von Alkohol wurde aber erst 1 000 n. Chr. entdeckt. Seitdem wird er auch als Lösungsmittel für Kräuter und Heilstoffe verwendet. Geschichtlich wurde es immer kritisch, wenn ein allgemeiner Wohlstand herrschte und Drogen billig und verfügbar waren und wenn neue Drogenformen sich in einer Gesellschaft ausbreiteten, für die es noch keine verbindlichen Regeln gab.

Alkohol wirkt in zwei Phasen. In geringen Mengen, wie etwa ein Glas Bier oder Wein, wirkt er anregend. Bei höheren Dosierungen wirkt er dämpfend auf das Zentralnervensystem. Über den Umweg des Abbaus von Hemmungen wirkt er stimmungsverbessernd. Außerdem hat Alkohol im Vergleich zu anderen Drogen einen erheblichen Nährwert (1 g Alkohol=29kJ). Dabei trägt er aber nicht zur gesunden Ernährung bei, da er keine Stoffe wie Vitamine oder Spurenelemente enthält. Die überflüssige Energie, speichert der Körper in Form von Fett. Das besondere an Alkohol ist aber, dass er in unserer Gesellschaft nicht als Droge erkannt wird und fester Bestandteil unseres Lebens ist (vgl. Schneider 1998, S. 23-28).

1.1 Abhängigkeitsrisiko

Abhängigkeit ist keine Frage des Charakters. Nach Johannes Lindenmeyer gibt es eher eine Vielzahl von verschiedenen Menschen und Typen und es gibt keine typische Persönlichkeit bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit. Auch von einer direkten Vererbung kann nicht die Rede sein. Dennoch wird insbesondere den Söhnen von alkoholabhängigen Eltern geraten, vorsichtig mit dem Alkohol umzugehen (vgl. Lindenmeyer 2008, S. 62).

Ralf Schneider berichtet diesbezüglich von Untersuchungen aus denen hervorgeht, dass bei Kindern von alkoholabhängigen Eltern ein vierfach höheres Risiko besteht, selbst alkoholabhängig zu werden. Menschen reagieren sehr unterschiedlich auf Alkohol und diese Empfindsamkeit kann sich vererben. Untersuchungen diesbezüglich haben ergeben, dass Söhne, die einen alkoholkranken Vater haben, der eher unter sozialen Problemen litt, erblich mehr belastet waren als Kinder mit alkoholkranken Vätern, die vorwiegend unter physischen Folgeschäden litten (vgl. Schneider 1998, S. 63).

Kinder aus alkoholbelasteten Familien haben seltener gelernt, richtige Problemlösungsstrategien zu entwickeln und greifen daher auf das Vorbild des trinkenden Elternteils zurück, der seine Probleme mit Alkohol bekämpft. Schneider bezeichnet dieses Verhalten als „Modell-Lernen“ (vgl. Schneider 1998, S. 71).

Auch Zobel berichtet diesbezüglich von Suchtforschungen, die ergeben haben, dass Jugendliche und Erwachsene, vor allem Söhne, ein deutlich höheres Risiko tragen, selbst an einer Abhängigkeit zu erkranken. Als Gründe dafür müssen die Persönlichkeitsmerkmale und die körperlichen und subjektiven Reaktionen auf Alkohol mit einbezogen werden. Er spricht in diesem Zusammenhang von erhöhter Toleranz gegenüber Alkohol und weniger Nebenwirkungen. In Stresssituationen fühlen sich die Kinder und Jugendliche von alkoholabhängigen Eltern durch Alkohol entspannter und ruhiger und können auf diese Weise besser mit Belastungen umgehen. Durch diese Fähigkeiten, finden die Jugendlichen in ihren Peer-Groups eine gewisse Aufwertung, die sie so von ihrem Elternhaus nicht kennen und bauen daher ein Selbstbewusstsein auf, das sich wiederum auf Alkohol stützt (vgl. Zobel 2008, S. 54-56).

Unter den Menschen mit einer Abhängigkeit finden sich bestimmte Eigenschaften, die eine Alkoholabhängigkeit begünstigen. Zum Beispiel die Tendenz zur Problemvermeidung, Selbstunsicherheit oder Gefühlsverdrängungen. Aber diese Eigenschaften können auch die Folge des übermäßigen Alkoholkonsums sein und nicht die Ursache. Jeder Mensch, unabhängig von seinem Beruf, seiner gesellschaftlichen Stellung oder seiner Charaktereigenschaften kann alkoholabhängig werden. Jedoch gibt es bestimmte Berufsgruppen, die gefährdeter sind als andere. Etwa solche, die mit der Alkoholherstellung und dem Vertrieb zu tun haben, wie zum Beispiel Brauer, Gastwirte oder Kellner. Oder aber auch Baubetriebe, Transportmitarbeiter, insbesondere Seefahrer, und Berufe, die viel Routine durch technische Abläufe oder Kontrollpersonen mit sich bringen, wie etwa Hausmeister oder Wachleute.

Wichtiger ist aber nach Schneider, dass überhaupt eine abgeschlossene Ausbildung und ein dementsprechender sicherer Arbeitsplatz vorhanden ist (vgl. Schneider 1998, S. 67-69).

1.2 Alkoholmissbrauch

Bereits im Alter von etwa drei Jahren machen Kinder die ersten Beobachtungen über die Wirkung von Alkohol und den situativen Kontext. Sie sehen wie ausgelassen Erwachsene sind, wenn sie Alkohol getrunken haben und bei welchen Gelegenheiten Alkohol konsumiert wird. Weiterhin beschreibt Lindenmeyer, dass der erste Konsum zwischen sechs und zwölf Jahren stattfindet und Modellpersonen entscheidend sind.

Suchtbegünstigend ist es außerdem, wenn Jugendliche ihre ersten Erfahrungen mit dem Alkoholkonsum machen, ohne von Erwachsenen beaufsichtigt zu werden. Mit der Zeit wird der Alkoholkonsum zur Normalität und merkwürdig, wenn in bestimmten Situationen kein Alkohol getrunken wird. Lästige Fragen und ein Aufziehen von Freunden untermauert dieses Gefühl.

Gefährlich daran ist, dass die Bildung jeder Gewohnheit automatisch dazu führt, dass alternative Verhaltensweisen immer seltener und damit ungewohnter werden. Wenn über einen längeren Zeitraum immer häufiger und immer höhere Mengen Alkohol konsumiert werden, gewöhnt sich auch der Körper daran und steigert seine Toleranz, sodass er immer größere Mengen Alkohol ohne größere negative Auswirkungen vertragen kann. Mythen über die positive Wirkung von Alkohol werden des Öfteren benutzt, um den Konsum zu beschönigen und zu legitimieren. Seltener wird dann nach Bewältigungsstrategien ohne Alkohol gesucht und Betroffene sind auf die angenehme Wirkung und Unterstützung von Alkohol angewiesen (vgl. Lindenmeyer 2008, S. 63-65).

Hinzu kommt das Prinzip des zustandsabhängigen Lernens. Verhalten welches unter der Einwirkung von Alkohol erlernt wurde, kann auch eher unter Alkoholeinfluss abgerufen werden. Dazu gehört zum Beispiel die Fähigkeit, sich in der Nähe Anderer zu entspannen und sich selbst in Ordnung zu finden. Schneider beschreibt dieses Prinzip als eine Art gesplante Persönlichkeit. Denn was der Mensch unter Alkoholeinfluss kann, ist ihm im nüchternen Zustand unzugänglich. Daher fällt die Entscheidung für den Alkoholkonsum des Öfteren leichter. Die Grenzen zwischen Gebrauch und Missbrauch sind eigentlich geregelt aber in der Bevölkerung weitgehend unbekannt.

Missbrauch liegt zum Beispiel dann vor, wenn zu unpassender Gelegenheit, während der Schwangerschaft, der Arbeit, bis zum Rausch, zur Besserung einer gestörten seelischen Befindlichkeit als so genannter „Seelenröster“ oder langfristig übermäßig getrunken wird. Das heißt für Männer täglich mehr als 40g Alkohol und für Frauen täglich mehr als 20g Alkohol, wobei 20g Alkohol etwa 0,5l Bier oder 0,25l Wein entsprechen.

Schneider unterscheidet dabei zwei Arten von Missbrauchstypen. Zum einen den Gewohnheitstrinker, der regelmäßig trinkt, um sich in Ordnung zu fühlen. Bei ihm sind Auffälligkeiten wie Trunkenheit bei unpassenden Gelegenheiten und körperliche Folgeerkrankungen am ehesten auffällig. Zum anderen ist da noch der Problemtrinker, der sich bewusst betrinkt oder schlecht wieder aufhören kann, wenn er einmal begonnen hat. Alle Sorgen werden bei diesem Typ mit Alkohol bekämpft. Bei ihm zeichnet sich zuerst die psychische Abhängigkeit ab, die später durch die körperliche Abhängigkeit überlagert wird. Meist trinken Betroffene bis zum Rausch. Der Rausch ist eine vorübergehende, äußerlich verursachte Störung des Geistes und betrifft zum Beispiel die Stimmung, den Antrieb, das soziale Verhalten, das Bewusstsein, das Denken und die Körperfunktionen. Dabei unterteilt Schneider den leichten Rausch (0,5- 1,5‰), den mittleren Rausch (1,5- 2,5‰) und den schweren Rausch (>2,5‰). Allerdings bezeichnet er diese Einteilung als wenig hilfreich, da die Symptome je nach Alkoholgewöhnung sehr unterschiedlich auftreten (vgl. Schneider 1998, S. 59-62).

Im ICD-10 wird unter missbräuchlichem Konsum verstanden, dass eine Substanz konsumiert wird, deren Konsum zu Problemen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich führt (vgl. Klein 2005, S.15).

1.3 Alkoholabhängigkeit

Michael Klein unterscheidet bei der Alkoholabhängigkeit zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit. Die körperliche Abhängigkeit ist durch das Auftreten von Toleranzsteigerung und Entzugssyndromen gekennzeichnet. Bei einer psychischen Abhängigkeit empfindet der Betroffene vor allem ein gesteigertes Verlangen nach Alkohol, er ist nicht fähig, seinen Konsum zu kontrollieren, seine Gedanken kreisen ständig um den Alkohol und Beschaffungsmaßnahmen. Negative Konsequenzen sind ihm zunehmend gleichgültig. Nach ICD-10 wird die Diagnose der Abhängigkeit gestellt, wenn während der letzten zwölf Monate mindestens drei oder mehr der Abhängigkeitskriterien vorhanden

sind. Dazu zählen der Zwang Alkohol zu konsumieren (Suchtdruck = Craving), die verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge, der Konsum zur Milderung von Entzugssyndromen, ein körperliches Entzugssyndrom, der Nachweis einer Toleranz, Alkohol täglich, zu jeder Tageszeit zu trinken, die Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügungen und ein anhaltender Konsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen (vgl. Klein 2005, S. 15-19).

Lindenmeyer beschreibt außerdem, wie gefährlich das Suchtgedächtnis ist. Beim häufigen Missbrauch von Alkohol entwickelt sich dieses Gedächtnis und lässt den Betroffenen in bestimmten Situationen immer häufiger zum Alkohol greifen, obwohl er längst die Folgen spürt. Entscheidend dabei ist, dass der Trinkende nicht mehr über Alternativen zum Alkoholkonsum verfügt. Der Betroffene entwickelt zwar Schuldgefühle, verschafft sich aber durch erneuten Konsum immer wieder Erleichterung und gerät somit in einen Teufelskreis, dem er schwer enttrinnen kann

So wie Schneider von zwei Missbrauchstypen gesprochen hat, berichtet Lindenmeyer darüber hinaus von vier Abhängigkeitstrinktypen. Und zwar vom Spiegeltrinker, vom Rauschtrinker, vom Konfliktrinker und vom periodischen Trinker. Der Spiegeltrinker trinkt über den Tag verteilt regelmäßig Alkohol, damit die Alkoholkonzentration im Blut nie unter einen bestimmten Spiegel sinkt. Ansonsten treten Entzugserscheinungen auf, sowohl körperliche wie Schwitzen, Zittern oder Erbrechen, als auch psychische wie Unruhe, Angst und Nervosität. Diese Entzugserscheinungen treten häufig am Morgen auf wenn der Alkoholspiegel über Nacht gesunken ist. Die Umwelt des Betroffenen merkt häufig nicht, dass dieser betrunken ist, da nur soviel getrunken wird, wie zur Aufrechterhaltung des Blutalkoholspiegels benötigt wird. Anders verhält es sich beim Rauschtrinker. Dieser schafft es nicht, kleine Mengen an Alkohol zu trinken, sondern versinkt regelmäßig in einen mehr oder weniger starken Rausch. Er fällt insofern auch häufig durch gewalttätiges oder unkontrolliertes Verhalten im Vollrausch auf. Besonders häufig kommt diese Form der Abhängigkeit vor, wenn Betroffene schon als Jugendliche Alkoholprobleme hatten. Der Konfliktrinker greift nur in ganz bestimmten Situationen zum Alkohol, da er über keine Lösungs- und Bewältigungsstrategien verfügt. Damit trägt er sowohl eigene Probleme mit sich, als auch Probleme mit der Umwelt aus. Der periodische Trinker verfällt, trotz Phasen der Abstinenz, immer wieder in unkontrollierte Alkoholkonsumphasen. Die Abstinenzphasen erfordern immer wieder eine große innere Kraft und sind mit schweren Entzugserscheinungen verbunden, aber trotzdem fangen die Betroffenen immer wieder an zu

trinken. Außerdem ist ihnen durch die Abstinenzphasen häufig nicht bewusst, unter einer Alkoholabhängigkeit zu leiden. Zwischen diesen vier Formen der Abhängigkeit kann es außerdem Mischformen geben (vgl. Lindenmeyer 2008, S. 58-66).

Was passiert nun aber, wenn Frauen mit einer Abhängigkeit plötzlich schwanger werden?

2 Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Alkoholembryopathie, oder auch „fetales Alkohol-Syndrom“ genannt, spiegelt die massive Schädigung des Fötus durch den Alkoholkonsum von schwangeren Frauen wider.

Keine andere Substanz schädigt den Fötus so häufig und nachhaltig wie Alkohol. Noch immer gehen einige schwangere Frauen davon aus, dass geringe Mengen Alkohol für das Ungeborene nicht schädigend sind. Doch Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist laut Zobel „...die häufigste Ursache einer geistigen Entwicklungsverzögerung beim Kind, doppelt so häufig wie das Down-Syndrom und fünfmal häufiger als Spina bifida.“ (Zobel 2006, S. 61)

Die ungeborenen Kinder bekommen, während des Alkoholkonsums der werdenden Mutter, den Alkohol in etwa gleicher Konzentration ab, da er ungehindert die Plazenta passiert. Zobel berichtet, dass Alkohol als toxische Substanz beim Embryo in mehrfacher Hinsicht wirkt, sodass die Neugeborenen meist kleinwüchsig, untergewichtig und kleinköpfig sind. Die fruchtschädigende Wirkung führt zu spezifischen Fehlbildungsmustern, insbesondere im Gesicht und an diversen Organen. Da das Gehirn beim Neugeborenen am größten ist und am empfindlichsten auf Alkohol reagiert, ist es am stärksten betroffen. Besonders während der Empfängnis und in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft ist die Gefährdung des Embryos am größten, da sich in dieser Zeit die Organe entwickeln, differenzieren und der größte Wachstum stattfindet (vgl. Zobel 2006, S. 62)

Nach Zobel sind Kinder mit einer Alkoholembryopathie in ihrer geistigen Entwicklung verzögert und oftmals nicht in der Lage, die Regelschule zu besuchen. Neben den physischen Schädigungen kommen deutliche kognitive und Verhaltensstörungen dazu, wie etwa Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörungen und Lernstörungen. Außerdem sind die Kinder oftmals sehr extravertiert, suchen stark körperliche Nähe, sind impulsiv, reagieren wenig auf soziale Reize und zeigen wenige Hemmungen. Dazu kommen oft mangelnde feinmoto-

rische Fertigkeiten und schwach ausgeprägte Auge-Hand-Koordination. Allerdings berichtet Zobel auch davon, dass die Kinder eine beachtliche Spannbreite an Intelligenz aufweisen. Ein Indikator für Ausprägung der Schädigung ist auch das Alter der Mutter. Die Kinder von älteren trinkenden Müttern (über 30-Jährige), die somit auch länger Alkohol konsumiert haben, weisen oftmals schwerere Symptome auf und verfügen über einen geringeren Intelligenzquotienten als Kinder von jüngere trinkende Müttern. Dabei steigt der Grad der Schädigung nicht linear mit der in der Schwangerschaft konsumierten Alkoholmenge an, sondern es genügen bereits geringe Mengen Alkohol aus, um das Ungeborene schwer zu schädigen.

Neben der Alkoholembryopathie gibt es noch eine mildere Form, und zwar die „Alkoholeffekte“. Die Kinder, die unter dieser Form leiden, haben oftmals Verhaltens- und Lernstörungen, wie Hyperaktivität, kurze Aufmerksamkeitsspannen, kognitive Probleme, Wahrnehmungsschwierigkeiten, Schulschwierigkeiten und Sprachschwierigkeiten (vgl. Zobel 2006, S. 64-67).

Allerdings können mit dem steigenden Lebensalter einige Symptome kompensiert werden, vor allem die physischen Auffälligkeiten. Ebenso kann die soziale und emotionale Entwicklung durch gezielte Förderung positiv beeinflusst werden. Viele Symptome, wie zum Beispiel Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, verminderte Schulleistungen und die Intelligenzminderung bleiben allerdings bestehen. Laut Zobel ist das Hauptproblem der Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Alkoholembryopathie vor allem ihre mangelnde soziale Kompetenz. Die Betroffenen haben Probleme, die Konsequenzen von Handlungen abzuschätzen, auf Schwierigkeiten angemessen zu reagieren, zeigen oft eigensinniges Verhalten und ziehen sich sozial zurück (vgl. Zobel 2006, S. 68-69).

Anja Quast berichtet aber auch davon, dass gut gemeinte Hilfen, die Kinder überfordern können, wenn deren Schädigung nicht hinreichend berücksichtigt worden ist und beispielsweise zu anspruchsvolle Schulformen oder Fördermaßnahmen gewählt worden sind (Quast 2006, S. 104). Besonders wichtig zu wissen ist außerdem, dass nicht nur abhängiges Trinken zu Schädigungen führt, sondern auch missbräuchlicher, übermäßig geselliger und besonders episodisch exzessiver Konsum schadhaft ist. Studien hinsichtlich einer Schwelendosis zeigen, dass diese nicht benannt werden kann und schwangere Frauen deshalb gänzlich auf Alkohol verzichten sollten (vgl. Zobel 2006, S.71).

Quast gibt daher ein Paar Hinweise, was Helfer im Umgang mit schwangeren Frauen beachten sollten.

Demnach sollten Schwangeren konkrete Hilfe angeboten werden für schwierige Situationen. Zum Beispiel als Begleitung zu Ämtern oder Einkäufen. Auch wenn die Angebote letztlich von den Schwangeren nicht genutzt werden, ist der Gedanke der Unterstützung übermittelt. Dabei sollte keinesfalls Druck auf die werdenden Mütter ausgetragen werden. Außerdem sollte den Frauen das Gefühl vermittelt werden, dass sie als Person angenommen wird, dann das wirkt angstreduzierend auf die Frauen. Das Tabu Alkohol in der Schwangerschaft sollte unbedingt in Gesprächen thematisiert werden, vor allem die Folgen des Konsums. Die Entscheidung für oder gegen das Trinken muss dabei aber von der schwangeren Frau getroffen werden. Im Falle des fortlaufenden Konsums schlägt Quast vor Folgendes zu sagen: „Ich sehe Sie trinken. Sie können sich entscheiden aufzuhören und ich unterstütze Sie dabei. Oder Sie entscheiden sich, Sie trinken weiter, aber dann können die Kinder nicht bei Ihnen leben“ (Quast 2006, S.219-220). Das ist nach Quast allemal besser als zu sagen „Wenn Sie nicht aufhören, nehme ich Ihnen die Kinder weg.“

Wenn die Frau sich dann für eine Entgiftung in einer Klinik entscheidet, sollte eine umfassende Sozialberatung stattfinden. Zum Beispiel könnten sie durch ambulante Erziehungshilfen unterstützt werden. Dabei steht das Wohl des Kindes an erster Stelle.

3 Auswirkungen auf die Kinder

Anja Quast berichtet von vielen Eltern, die davon ausgehen, dass ihre Kinder vom Alkoholkonsum nichts mitbekommen würden. Jedoch ist diese Annahme nicht korrekt, denn Kinder merken frühzeitig wenn etwas mit ihrer Familie nicht stimmt. Kinder leiden dabei nicht unter dem Konsum selbst, sondern unter den Ursachen, Auswirkungen und Begleiterscheinungen. Wie beschrieben beginnt diese Beeinträchtigung und Schädigung bereits im Mutterleib und setzt sich fort. Vor allem bei kleinen Kindern können alkoholbedingte Ausfälle dramatische Folgen haben, besonders dann, wenn existenzielle Grundbedürfnisse der Kinder, wie Essen, Schlafen und Hygiene vernachlässigt werden. Diese Form der Vernachlässigung kann schnell lebensbedrohlich für die Kinder werden. Abgesehen davon leiden die Kinder häufig unter mangelhafter emotionaler Zuwendung und unter der Vernachlässigung ihrer kindlichen und emotionalen Bedürfnisse (vgl. Quast 2006, S. 103-104).

Zobel spricht außerdem davon, dass sich kein Mitglied der Familie dem Geschehen entziehen kann, da die Abhängigkeit eines Elternteils den Alltag der Familie grundlegend verändert. Die Kinder erleben zwei Seiten beim abhängigen Elternteil. Im nüchternen Zustand kann der Vater, beziehungsweise die Mutter, sehr liebevoll und fürsorglich sein, während er oder sie unter Alkoholeinfluss jede Beherrschung verlieren kann und seine, beziehungsweise ihre Kinder grundlos verurteilen oder schlagen kann. Im Prinzip stören die Kinder den Abhängigen nur. Sie machen Arbeit und Ärger. Falls die Kinder noch Zuwendung erhalten, dann meist nicht ihretwegen, sondern weil der Abhängige die Zuwendung benötigt. In erster Linie zählt nur eins: der Alkohol.

Zobel berichtet, dass darüber hinaus die Kinder durch die widersprüchliche Kommunikation des abhängigen Elternteils verunsichert werden im Sinne von „Ich liebe dich“ einerseits und „Lass mich in Ruhe“ andererseits. Die Kinder suchen meist die Erklärung für dieses Verhalten in der eigenen Person und versuchen sich dementsprechend anzupassen. Eigene Gefühle der Kinder werden dabei völlig vernachlässigt.

Des Weiteren leiden Kinder darunter, nicht nach außen über ihre Probleme sprechen zu können, da der Alkoholkonsum ein absolutes Tabuthema ist. Scham und Loyalität halten die Kinder davon ab, sich mitzuteilen. Schnell beherrscht der Alkohol die Familie und die Atmosphäre wird davon bestimmt, ob der Abhängige getrunken hat oder nicht. Die übrigen Familienmitglieder vermuten oder wissen sogar, dass der trinkende Elternteil ein Alkoholproblem hat, aber es wird nicht offen darüber gesprochen. Im Gegenteil, es wird sogar entschuldigt und ungünstigen Umständen zugeschrieben.

Dabei leiden die Kinder außerdem unter der Atmosphäre der sich häufig streitenden Eltern. Wenn beispielsweise der Vater der trinkende Elternteil ist, versucht die Mutter oftmals anfänglich den Konsum zu verstehen, wird aber zunehmend frustrierter und versucht den Konsum zu kontrollieren. Da sie das meist nicht schafft, kommt es zu heftigen Auseinandersetzungen der Eltern und die Kinder leiden unter dieser angespannten und gereizten Atmosphäre. Falls die Mutter, der trinkende Elternteil ist, sind die Kinder sich häufig sogar selbst überlassen, da in viele Familien noch die Mutter für den Haushalt und die Kinder zuständig ist. Die Kinder werden unter diesen Umständen mangelhaft versorgt und müssen schnell lernen sich selbst und oftmals sogar noch kleinere Geschwister zu versorgen. Dabei übernehmen sie alle möglichen Aufgaben, wie Kochen, Putzen, Einkaufen und Waschen. Aus Scham werden professionelle Hilfen oder Unterstützungen vermieden, sodass die Kinder lange auf sich allein gestellt sind (vgl. Zobel 2008, S. 42-45).

Ingrid Arenz-Greiving berichtet darüber hinaus, dass das Umfeld es trotz Geheimhaltung seitens der Familie, früher oder später trotzdem bemerkt und sich oftmals von der Familie zurückzieht. Falls es den Kindern gelingt, Freundschaften zu Gleichaltrigen aufzubauen, können sie diese nie spontan mit nach Hause bringen, aus Angst, dass der trinkende Elternteil gerade wieder betrunken ist. Damit fehlen den Kindern wichtige Kompensationsmöglichkeiten für die Belastung zu Hause, da sie sich nicht mit Gleichaltrigen austauschen können, keine soziale Kompetenzen erlernen können, keine Selbstachtung durch den Kontakt mit Anderen erfahren und sich auch nicht entlasten können, indem sie sich Anderen mitteilen. Nach Arenz-Greiving versuchen die Kinder in einer Suchtfamilie jede Situation genau zu beobachten und das eigene Verhalten immer auf die Stimmungsschwankungen des trinkenden Elternteils anzupassen. Echte Zuneigung und Akzeptanz erfährt dabei niemand in der Suchtfamilie.

Die Beziehung des Kindes zum trinkenden Elternteil ist meist ambivalent. Das Kind ist vom süchtigen Elternteil enttäuscht und erlebt ihn als Plage. Nicht selten verliert das Kind den Respekt zum Trinkenden und verachtet ihn sogar. Darüber hinaus entsteht der Wunsch, sich gänzlich und konsequent abzugrenzen. Dieser Wunsch wird dann aber als hartherzig erlebt und löst Schuldgefühle aus. Da der trinkende Elternteil in trockenen Phasen meist als liebevoll und hilfsbedürftig erfahren wird, wird dieses positive Bild vom Kind meist überbetont und es macht sich nicht bewusst, was es durch den trinkenden Elternteil alles ertragen muss.

Arenz-Greiving berichtet von gespaltenen Gefühlen für den nicht-trinkenden Elternteil. Zum einen vermutet das Kind, dass dieser durch sein Verhalten, den trinkenden Elternteil zum Konsum anregt, wie zum Beispiel durch ständiges Nörgeln und Meckern, zum anderen sieht das Kind auch, wie belastet der Nicht-Trinkende durch den Konsum des Partners ist.

Für Arenz-Greiving ist das zentrale Problem aber die permanente Überforderung der Kinder, da sie eigene Bedürfnisse nicht ausleben dürfen. Sie werden viel zu früh gefordert und überfordert, da sie Aufgaben der Eltern übernehmen müssen. Hinzu kommt die inkonsequente Erziehungshaltung durch ein Wechselbad von Härte und Verwöhnung. Sie lernen, dass sie den Worten von Erwachsenen nicht trauen können und dass das einzige Zuverlässige die Unzuverlässigkeit ist (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 14-19).

3.1 Angst und Depressionen

Klein berichtet über Studien die zeigen, dass Symptome wie Angst und Depressionen häufig bei Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien auftreten. Als Ursache sieht er dabei die starke Zerrüttung der Familie als Folge der Suchterkrankung oder aber auch eine eventuell vorhandene psychiatrische Komorbidität beim trinkenden Elternteil. Wenn die familiäre Umgebung zusätzlich noch als dysfunktional empfunden wurde, weisen die Kinder und Jugendlichen eine größere psychische Beeinträchtigung auf. Jedoch bilden sich auffällige Symptome bei den Kindern zurück, wenn der abhängige Elternteil abstinent lebt (vgl. Klein 2005, S. 28-29).

Arenz-Greiving beschreibt bei den Kindern und Jugendlichen ebenfalls Gefühle wie Angst, Traurigkeit, Wut, Scham und Schuld. Etwa die Angst, die Mutter zu fragen, wann der Vater heimkommt und eventuell zu hören, dass er nicht kommt oder der Mutter etwas abzuschlagen, aus Angst, dass sie sich betrinkt. Ebenso empfinden die Kinder Angst, wenn sie mit dem betrunkenen Elternteil Auto fahren, sie haben Angst davor, von ihnen geschlagen zu werden oder auch davor, dass sich die Eltern streiten. Ebenso empfinden sie die häufig anzutreffenden ökonomischen Engpässe als traurig.

Im Gegenzug bildet sich aber auch eine Wut darüber, dass der nicht-trinkende Elternteil den Trinkenden ständig entschuldigt und der trinkende Elternteil Versprechungen macht, die dann aber nicht gehalten werden. Ebenso empfinden sie Scham, wenn ihre Eltern betrunken in der Schule auftauchen und sich auch in der Öffentlichkeit so zeigen. Hingegen sind Schuldgefühle keine Seltenheit, etwa weil sie denken, sie hätten es verhindern können, weil sie es ihnen nicht recht machen konnten, weil sie ihre Eltern dafür verachten und weil sie sich für sie schämen (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 21-22).

3.2 Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität (ADHS)

Laut Klein zeigt eine Vielzahl von Studien, dass Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien vermehrt geringe Aufmerksamkeitsspannen, Hyperaktivität und stärkere Impulsivität aufweisen. Laut dem ICD-10 ist die Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität dadurch gekennzeichnet, dass Betroffenen eine geringe Ausdauer spanne bei Beschäftigungen haben, die einen kognitiven Einsatz verlangen, sowie eine auffällige Tendenz des

sprunghaften Wechsels zwischen mehreren Tätigkeiten. Im Kontakt zu Erwachsenen verhalten sich die Kinder meist distanzlos und grenzen sich von Gleichaltrigen ab (vgl. Klein 2005, S. 29).

Zobel berichtet zudem, dass ADHS üblicherweise zum ersten Mal im Laufe der ersten fünf Lebensjahre auftritt und meist bis ins Erwachsenenalter bestehen bleibt. Des Weiteren gilt ADHS als bedeutsamer Risikofaktor für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen. Jedoch sieht Zobel keinen linearen Zusammenhang zwischen elterlichen Trinken und kindlichen Symptomen von ADHS, da die Unterschiede zu Kontrollgruppen innerhalb der Norm liegen und vom klinischen Standpunkt aus, die Kinder als nicht auffällig anzusehen sind. Andere Faktoren, wie elterliche Komobidität und sozioökonomisches Verhalten, müssen zusätzlich berücksichtigt werden (vgl. Zobel 2006, S. 37-38).

3.3 Misshandlungen, Vernachlässigungen und Gewalterfahrungen

Arenz-Greiving berichtet davon, dass die ständige Überforderung bei suchtkranken Eltern zu unterschiedlichen Gewaltformen führt und dass in ca. 30% dieser Familien die Kinder misshandelt werden. Dabei kommt es zu emotionalen, körperlichen und sexuellen Grenzüberschreitungen bei den Kindern. Alkoholisierte Eltern haben weniger Hemmungen und Ängste, Black-outs und herabgesetzte Schamgrenzen, sodass die Gefahr einer sexuellen Misshandlung erhöht ist. Dabei haben die Kinder keine Chance sich gegen Übergriffe zu wehren und lassen das Geschehen oftmals über sich ergehen und empfinden es nach einiger Zeit als normal oder verdient. Kinder fühlen sich bei solchen Taten mitschuldig und akzeptieren diese Ausbeutung als einzige Form an Zuwendung, die sie in der Familie erhalten (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 19-20).

Nach Zobel ist das Hauptmerkmal für kindliche Vernachlässigung eine mangelnde elterliche Aufsicht mit geringem Interesse am Wohlergehen der Kinder. Studien belegen, dass vernachlässigte Kinder unter einer Vielzahl von sozialen und psychischen Problemen leiden und ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Alkohol- und Drogenmissbrauch aufweisen. Ebenfalls berichtet er, dass die körperliche Misshandlung von Kindern geschlechtsspezifisch ist, denn Jungen werden deutlich häufiger körperlich misshandelt als Mädchen. Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen bestehenden Partnerkonflikten und körperlicher Misshandlung. Charakteristisch bei Eltern ist die Tatsache, dass Eltern mit einer Ab-

hängigkeit meist aus Familien stammen, die ebenfalls unter Suchtproblemen litten und daher mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls Gewalterfahrungen gemacht haben. Ein schwieriges Temperament des Kindes ist für Eltern oftmals auch Ursache, diese zu vernachlässigen. Dieses Temperament des Kindes kann dazu führen, dass Eltern, die bis dahin abstinent lebten, durch eigene erzieherische Insuffizienzgefühle wieder anfangen auf das Suchtmittel zurückzugreifen. Weitere Risikofaktoren für die Vernachlässigung der Kinder sind unter anderem ein geringes Geburtsgewicht, eine Frühgeburt, geistige Behinderungen sowie chronische Gesundheitsprobleme. Dabei haben Kinder, deren Mütter Alkohol- oder Drogenprobleme haben, eine größere Wahrscheinlichkeit für Frühgeburten und geringes Geburtsgewicht, was den Teufelskreis letztendlich schließt.

Kinder im Alter von 10-12 Jahren, die kognitive und affektive Verhaltensstörungen aufweisen, sind vor allem durch Vernachlässigung gefährdet. Diese Kinder benötigen einen erhöhten Aufwand an elterlicher Unterstützung, bekommen diesen aber aufgrund der elterlichen Abhängigkeit oftmals nicht und können bestimmte Entwicklungsziele nicht erreichen. Des Weiteren stehen Vernachlässigung und frühe Probleme in der Kindheit in engem Zusammenhang mit aggressivem Verhalten, Peer-Konflikten und einer geringen Anzahl von Freundschaften. Wichtige Entwicklungsschritte, wie der Aufbau einer sozialen Kompetenz außerhalb der Familie und erfolgreiche Schulleistungen werden nicht bewältigt. Für Jugendliche bedeutet ein elterliches Suchtproblem in Verbindung mit Vernachlässigung und Misshandlung oft, dass sie Aggressionen aufweisen und deviantes Verhalten und Anpassungsstörungen zeigen. Darüber hinaus schließen sich auffällige Jugendliche meist einer devianten Peer-Group an und konsumieren innerhalb der Gruppe vermehrt Alkohol und andere Substanzen, was ebenfalls zu einer Abhängigkeit führen kann.

Auch im Erwachsenenalter zeigen sich Auswirkungen von kindlicher Vernachlässigung. Je negativer das Bild der Kindheit dabei ist, desto größer ist das Risiko für Depressionen und eigener Suchterkrankungen (vgl. Zobel 2006, S. 42-46).

Zobel berichtet bei sexuellem Missbrauch, wie auch Arenz-Greiving, ebenfalls davon, dass es im engen Zusammenhang mit Suchtproblemen steht. Das zeigt sich vor allem daran, dass die Täter häufig eine Suchtproblematik haben, bei den Taten oftmals alkoholisiert sind und meist selbst aus suchtbelasteten Familien stammen. Die Folgen von sexuellem Missbrauch sind dabei verheerend. Frauen, die sexuell missbraucht wurden, haben ein dreifach erhöhtes Risiko für die eigene Abhängigkeitsentwicklung. Männer mit Erfahrungen von sexueller Gewalt sind doppelt so häufig dafür prädestiniert, selbst eine Abhängigkeit

zu entwickeln, als Männer ohne Missbrauchserfahrungen. Ebenso entwickeln Missbrauchte häufig weitere psychiatrische Symptome (vgl. Zobel 2006, S. 47)

Monika Vogelgesang berichtet außerdem von einer weiteren Folge von gewalttätigen, alkoholisierten Eltern: die posttraumatische Entwicklungsstörung. Charakteristisch ist dabei, dass Betroffene das Trauma durch intensive Sinneseindrücke und Gefühle wieder erleben. Häufig treten dabei auch belastende Wiederholungsträume bezüglich des Traumas auf. Auslöser für das ständige Wiedererleben sind meist Situationen, die in irgendeiner verdeckten oder offenen Weise an das Trauma erinnern. Dabei sind die Auslöser nicht immer eindeutig und nicht selten ist es auch ihnen rätselhaft, was der Auslöser war. Die Betroffenen versuchen meist das Wiedererleben des Traumas zu verhindern, was dann zum Vermeidungsverhalten führt. Dabei werden zum einen Orte, Situationen und Verhaltensweisen vermieden, zum anderen beginnt das Vermeidungsverhalten meist schon gedanklich. Es wird versucht nicht mehr an das Erlebte zu denken, jedoch gelingt dies nicht immer und die Erinnerungen überfallen sie dann in Situationen, in denen sie nicht auf der Hut sind. Die Erinnerungen werden dabei umso dringhafter, je mehr versucht wird, ihnen auszuweichen. Einige Betroffene sind sogar dazu fähig, traumatische Erinnerungen abzuspalten und sie in einem Teil des Gehirns zu deponieren, welcher der bewussten Wahrnehmung normalerweise nicht zugänglich ist. Das Vermeidungsverhalten führt zur sozialen Isolation, Interessenverlust, Entfremdung und zu einer verminderten Gefühlswahrnehmung. Des Weiteren leiden Betroffene an ein insgesamt erhöhtes Erregungsniveau. Sie befinden sich in einer permanenten Alarmsituation und prüfen stets und ständig die Umwelt nach Gefahren. Das kann in der Regel zu Puls- und Blutdruckerhöhungen, Schlafproblemen, übertriebener Schreckhaftigkeit und Konzentrationsstörungen führen. Die Belastungsstörung kann einige Monate dauern, aber auch Jahre oder Jahrzehnte. Ein wellenartiger Verlauf ist dabei nicht selten (vgl. Vogelgesang 2008, S. 181-183).

3.4 Störung des Sozialverhaltens und mangelnde Verhaltenskontrolle

Klein berichtet von Studien, die belegen, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien Probleme im Bereich der ausreichenden Verhaltenskontrolle haben. Vor allem hinsichtlich der Impulsivität, Aggressivität, Risikofreude und Sensationssuche wurden erhöhte Werte bei Kindern mit abhängigen Eltern gefunden (vgl. Klein 2005, S. 34-35).

Zobel beschreibt das aggressive Verhalten als sehr stabil und das es im Erwachsenenalter in Delinquenz münden kann. Wobei delinquentes Verhalten im engen Zusammenhang zum späteren Drogenkonsum steht. Aber neben der Alkoholproblematik der Eltern gibt es noch weitere ungünstige Faktoren für die Störung des Sozialverhaltens des Kindes. Etwa wenn die Eltern einen geringen Bildungsstand, geringes Einkommen, einen geringen sozioökonomischen Status oder eine antisoziale Persönlichkeitsstörung haben oder Drogen konsumieren. All diese ungünstigen Faktoren, die bei Eltern auftreten können, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass bei den Kindern externalisierende Symptome auftreten. Dabei berichtet Zobel von Studien, die belegen, dass eine komorbide antisoziale Persönlichkeitsstörung der Eltern, beziehungsweise eines Elternteils, oftmals die Ursache für auffälliges Verhalten der Kinder ist und nicht alleine die Alkoholabhängigkeit der Eltern. Ebenso gibt es offenbar eine Kontinuität in der Aggression über Generationen hinweg. Das heißt, dass Aggressionen bei den Großeltern häufig für die Entstehung der elterlichen antisozialen Persönlichkeitsstörung mitverantwortlich waren, was wiederum zu der elterlichen Abhängigkeit und Aggressionen führte und gleichfalls auch kindliche Aggressionen vorhersagte (vgl. Zobel 2006, S. 38-40).

4 Rollenmodelle

Die Verhältnisse daheim sind für die Kinder von alkoholabhängigen Eltern meist sehr schwer zu ertragen. Sie leiden unter der Instabilität, der emotionalen Kälte, der Willkür, unklaren Grenzen, der Respektlosigkeit, einer mangelhaften Förderung und mangelnden Interesses, das ihnen seitens der Eltern entgegen kommt. Wie beschrieben leiden sie dabei unter der Ambivalenz der Gefühle für ihre Eltern, da sie sie einerseits lieben und andererseits permanent von ihnen enttäuscht und verletzt werden. Die Ablehnung kann sich auch außerhalb der Familie fortsetzen, wenn sie durch ihr auffälliges Verhalten von Gleichaltrigen gemieden werden. Durch die fehlende Wärme, Liebe und Schutz der Eltern entwickeln die Kinder bestimmte Anpassungsstrategien, die Sharon Wegscheider in Rollenmodelle überführt. Dabei können die Kinder ihre verinnerlichteten Rollen als Erwachsene meist nicht alleine mehr ablegen und sind von ihnen abhängig, da sie keine anderen Verhaltensmöglichkeiten kennengelernt haben (vgl. Zobel 2008, S. 46). Welche Rolle ein Kind letztlich annimmt, hängt von seinem Geschlecht, Alter und seinem Reifegrad ab sowie von seinem allgemeinen intellektuellen Stand (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 34).

4.1 Der „Familienheld“

Der „Held“ ist oftmals das älteste Kind und versucht der Willkür der Eltern durch aktives Engagement entgegenzutreten. Er versucht durch gute Leistungen in der Schule oder im Sport die Aufmerksamkeit der Eltern für sich zu gewinnen. Diese Kinder sind früh selbstständig und streben stets nach Verantwortung. Sie brauchen den äußeren Erfolg um sich wertvoll und angenommen zu fühlen, andererseits schützen sie sich vor Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit durch aktives Handeln (vgl. Zobel 2008, S. 46).

Nach Arenz-Greiving übernimmt der „Held“ überwiegend die Aufgaben, die die Eltern nicht mehr ausreichend übernehmen können. Daher gelten sie meist als frühreif und sehr vernünftig. Den Töchtern von alkoholabhängigen Müttern fallen oftmals die Haushaltsführung und die Erziehung der jüngeren Geschwister zu. Für eigene Bedürfnisse ist oftmals kein Platz und die Versorgung des betrunkenen Elternteils kommt meist noch dazu. Diese Kinder werden in einer späteren Paarbeziehung ebenfalls die Verantwortung und Fürsorge übernehmen und neigen oftmals dazu, einen Partner zu wählen, der suchtabhängig ist und verfallen somit in das gleiche Rollenmuster. Es ist ihnen meist nicht möglich, die Kontrolle an den Partner abzugeben und es fällt ihnen schwer, darauf zu vertrauen, dass andere für sie da sind. Als positiven Aspekt wird die Tatsache gesehen, dass der „Held“ ein besonderes Maß an Selbstvertrauen, Selbstgenügsamkeit, Beharrlichkeit, soziale Intelligenz und Einfühlungsvermögen entwickelt. Ebenso gehören häufig gute Schulnoten dazu. Meist ergreifen „Helden“ später einen Beruf, in dem sie ihre Rollen weiterleben können, etwa den Beruf des Helfers. Sie werden Mediziner oder Krankenpfleger, Psychologen oder Sozialarbeiter. Dabei kann das Bestreben nach so einem Beruf ein Kompensationsversuch sein, im Sinne davon, dass sie beruflich das schaffen wollen, was ihnen daheim nicht gelungen ist. Des Weiteren haben erwachsene „Helden“ meist einen Erfolgswang, sind arbeitssüchtig und gönnen sich selten Ruhe und Entspannung (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 28-30).

4.2 Der „Sündenbock“

Zobel beschreibt den „Sündenbock“ als rebellisch und auflehnend. Er verhält sich trotzig, feindselig, ist wütend und besitzt ein geringes Selbstwertgefühl. Oftmals werden „Sünden-

böcke“ frühzeitig delinquent und konsumieren ebenfalls Alkohol oder Drogen. Dabei lenkt sein Verhalten vom eigentlich Problem des Alkohols ab (vgl. Zobel, 2008, S. 46-47). Laut Arenz-Greiving sind die zweiten oder mittleren Kinder häufig die „Sündenböcke“. Diese Kinder versuchen durch ihr Verhalten Beachtung, Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erhalten und erscheinen meist als zusätzliche Belastung der Familie. Dadurch dass sie vom eigentlichen Problem ablenken, erfüllen sie einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung des Gleichgewichtes innerhalb der Familie. Im Gegensatz zum „Helden“ sucht der „Sündenbock“ eher Beziehungen durch Konfrontationen als durch Anpassung und ist durch die Übernahme der gesamten Familienprobleme seelisch überlastet. Allerdings beschreibt Arenz-Greiving auch die Chance der Aufdeckung der Primärproblematik, wenn zum Beispiel im Rahmen einer Erziehungsberatung die Familie in den Mittelpunkt gerät. Doch auch der erwachsene „Sündenbock“ gerät meist in die soziale Isolation und ist sich neben seinem Zorn wenig über andere Gefühle bewusst. Er legt ein selbstzerstörerisches Verhalten an den Tag und neigt zum Suizid. Er ist außerdem besonders gefährdet, selbst abhängig zu werden. (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 30-31)

4.3 Das „verlorene Kind“

Dieses Kind verkriecht sich in seiner eigenen Welt und verhält sich, laut Zobel, oftmals unauffällig. Es fühlt sich meist bedeutungslos und einsam und erhält daher auch wenig Aufmerksamkeit und Anerkennung. Das „verlorene Kind“ ist konfliktscheu, widerstandslos, unsicher und hilflos (vgl. Zobel 2008, S. 47).

Zusätzlich beschreibt Arenz-Greiving, dass die Kinder als pflegeleicht gelten und für dieses Verhalten von Außenstehenden gelobt werden. Die „verlorenen Kinder“ sind zudem schweigsam und wollen die Familie durch eigene Empfindungen und Bedürfnisse nicht belasten. Sie erwarten nichts von Anderen und daher wird auch nichts von ihnen erwartet. Durch die Zurückgezogenheit fehlen auch oftmals Kontakte mit Anderen und die Möglichkeit, sich auszuprobieren oder zu vergleichen und daher gibt es häufig Schwierigkeiten mit der Geschlechtsidentifikation. Meist haben die „verlorenen Kinder“ Hobbys, in denen sie sich ohne andere Menschen verwirklichen können. Auch als Erwachsener ist das „verlorene Kind“ sehr unauffällig und neigt des Öfteren zu Essproblemen. Sie nehmen ihr Leben so hin, wie es ist und glauben nicht, es beeinflussen zu können. Erwachsene „verlorene Kinder“ lassen sich nur oberflächlich auf Freundschaften ein und haben Schwierigkeiten mit

Nähe, Intimität und ihrer Sexualität. Durch Suchtmittel kann das „verlorene Kind“ verborgene Möglichkeiten entdecken und seine Gefühle der Unzulänglichkeit und innere Leere verringern (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 32-33).

4.4 Der „Clown“

Das jüngste Kind ist meistens der Clown und ist lustig und unterhaltsam. Durch seine Aufgeschlossenheit erntet er viel Aufmerksamkeit. Allerdings ist er auch unreif, ängstlich und wenig belastungsfähig. Durch seine witzige Art lenkt er die gesamte Familie von den Alltagsorgen ab (vgl. Zobel 2008, S. 47). Erntet aber laut Arenz-Greiving keine wirkliche Anerkennung. „Clowns“ sind zudem sehr sensibel für familiäre Spannungen und leben meist spontan. Allerdings finden sie schlecht die Grenze zum Aufhören und können dadurch gemieden werden. Oft bleiben sie emotional gestört und unreif. Ihre Emotionen sind dabei eher oberflächlich, sie können weder richtig ernst noch traurig sein. Als Erwachsener leidet der „Clown“ durch seine ständige Anspannung oftmals unter körperlichen Stresserkrankungen. Durch seine Art, nie ernsthaft zu reagieren, wird er auch nie ernst genommen und fühlt sich bedeutungslos und unzulänglich. Hinzu kommt, dass seine Hyperaktivität vermehrt falsch diagnostiziert wird, was dazu führen kann, dass Ärzte ihm Medikamente verschreiben, die ihn wiederum abhängig machen können. Dabei fand ein amerikanischer Arzt heraus, dass 37% der Kinder, die Medikamente wie Ritalin verschrieben bekommen haben, Kinder von aktiven Alkoholikern waren (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 33).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Rollen, die als Kind in der Familie sehr nützlich waren, den Erwachsenen eher hindern. Etwa bei Beziehungen. Des Weiteren können sie zu Depressionen führen und zu eigener Abhängigkeit und höchstwahrscheinlich dazu, dass sich Betroffene durch Heirat wieder ein solch gestörtes System aneignen.

Viele erwachsene Kinder lösen sich nach Arenz-Greiving auch nicht vom Elternhaus ab, da sie den Eindruck haben, mitschuldig zu sein und befürchten eine Verschlimmerung der Situation durch ihre Abgrenzung. Arenz-Greiving plädiert daher dazu, dass den Kindern unbedingt ein Angebot gemacht werden muss, um die positive Entwicklung ihrer intellektuellen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten zu ermöglichen und den Teufelskreis der Suchtproblematik zu durchbrechen (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 42).

5 Die Beeinflussung von Risikofaktoren

Die Beeinflussung der Risikofaktoren, sowie auch der Schutzfaktoren, haben laut Zobel eine herausragende Bedeutung für das Transmissionsrisiko. Die einzelnen Faktoren wirken dabei nicht isoliert, sondern das Zusammentreffen von Risiko- und Schutzfaktoren ergibt letztendlich die Entwicklungsprognose des Kindes. Die Risikofaktoren können kumuliert auftreten, zeitlich aufeinander folgend oder miteinander in Wechselwirkung stehen. Dabei wird zwischen kindbezogenen Risikofaktoren und umweltbezogenen Risikofaktoren unterschieden (vgl. Zobel 2006, S. 183). Die gesamten Risikofaktoren sind dabei als Belastungen für das Kind, beziehungsweise des Jugendlichen, anzusehen.

5.1 Kindbezogene Risikofaktoren

Nach Zobel gehört dazu die geringe physiologische und subjektive Reaktion nach dem Alkoholkonsum. Das heißt soviel, dass Risikopersonen mehr Alkohol vertragen als andere. Durch diese erhöhte Toleranz gegenüber Alkohol, trinken viele der Risikopersonen größere Mengen an Alkohol, um den subjektiv gleichen Rauschzustand zu erhalten wie andere Personen. Auch die körperlichen Folgeerscheinungen, wie der sogenannte „Kater“, nehmen Risikopersonen im geringeren Ausmaß wahr. In der Gesellschaft spiegeln sie damit auch das Bild des „trinkfesten Mannes“ wieder und ernten dafür meist Anerkennung und Bewunderung in der trinkenden Peer-Group. Damit kann es bei der Risikoperson zu einer gesellschaftlichen Aufwertung kommen und das Selbstwertgefühl des Betroffenen erheblich steigern. Ebenfalls ist die erhöhte Stressdämpfung nach dem Alkoholkonsum ein Risikofaktor, welcher meist bei männlichen Betroffenen auftritt. Dabei können die Risikopersonen durch den Alkoholkonsum subjektiv eher entspannen und Stress abbauen.

Ein weiterer Risikofaktor ist ein schwieriges Temperament als Kleinkind. Kinder mit einem schwierigen Temperament brauchen eine verständnisvolle und einfühlsame Bezugsperson und alkoholabhängige Eltern sind dazu nur begrenzt in der Lage. Daher reagieren die Eltern oftmals gereizt und abweisend, was zu verbalen und körperlichen Misshandlungen des Kindes führt.

Personen mit einem impulsiven Temperament, die ständige auf der Suche nach Aufregung und Reizung („sensation seeking“) sind, gelten ebenfalls als Risikopersonen und beginnen

frühzeitig mit dem Trinken und geraten somit früh in die Abhängigkeit (vgl. Zobel 2006, S. 183-184).

Laut Zobel gibt es dahingehend drei verschiedene Ansätze zum Umgang mit der Gefährdung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien. Zum einen das abstinentorientierte Vorgehen. Dabei werden Risikopersonen möglichst vom Alkohol ferngehalten und nachdrücklich auf die bestehende Gefährdung hingewiesen. Ziel ist dabei die Totalabstinenz. Der Vorteil hier ist, dass die Jugendlichen bis zu einem gewissen Alter keinen Alkohol trinken. Allerdings kommen früher oder später so gut wie alle Jugendliche in eine Experimentierphase, in der sie auch Erfahrungen mit Alkohol machen. Außerdem erlernen sie durch die Totalabstinenz nicht den Umgang mit Alkohol, sondern vermeiden ihn lediglich und eine Totalabstinenz ist bei den wenigsten Jugendlichen zu erreichen. Zudem ist die Abstinenzentscheidung eher eine Entscheidung der Eltern und gleicht eher einem Verbot, wobei die Eltern in einer ungünstigen Position sind, da zumindest einer von ihnen massiv Alkohol konsumiert haben muss.

Zum zweiten beschreibt Zobel die selektive Prävention. Dabei haben Jugendliche die Möglichkeit, den Alkohol kritisch zu hinterfragen und sich mit dem Risiko der Abhängigkeit aktiv auseinander zu setzen. Erwartungen an die Wirkung des Alkohols werden dabei thematisiert und Alternativstrategien diskutiert und erprobt. Die eigene Lebenseinstellung wird hinterfragt und es erfolgen konkrete Maßnahmen zur Bewältigung von kritischen Lebenssituationen. Den Jugendlichen wird dabei von Helfenden eine Atmosphäre angeboten, in der emotional besetzte Beziehungen möglich sind und Kontakte zu Personen außerhalb der Familie aufgenommen werden können.

Die dritte und letzte Methode, im Umgang mit Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien, ist laut Zobel die indikative Prävention. Dabei erfolgt die Betreuung der Jugendlichen gemäß ihrer biologischen Disposition. Mit Hilfe von bestimmten Messinstrumenten können subjektive und physiologische Alkoholreaktionen und die Stressresistenz nach dem Konsum von Alkohol gemessen werden. Anschließend wird anhand der Ergebnisse eingeschätzt, ob der Jugendliche in die Gruppe der Risikopersonen fällt. Dementsprechend kann anschließend eine Präventionsmethode folgen, in der der Jugendliche den bewussten Umgang mit Alkohol erlernt (vgl. Zobel 2006, S. 225-227).

5.2 Umgebungsbezogene Risikofaktoren

Umgebungsbezogene Risikofaktoren werden als Stressoren bezeichnet. Damit sind jene Faktoren gemeint, die von außen auf das Kind wirken. Je nach Ausprägung dieser Faktoren erhöht sich das Risiko einer Verhaltensstörung mit einer späteren Suchtmittelabhängigkeit seitens des Kindes oder schwächt sich ab. Die gezielte positive Beeinflussung der folgenden Risikofaktoren bietet eine Chance der Kompensation (vgl. Klein 2005, S. 48).

5.2.1 Alkoholeffekte

Sogenannte Alkoholeffekte beim abhängigen Elternteil bilden einen großen Risikofaktor. Durch wechselnde Phasen zwischen Abstinenz und aktives Trinken variiert die Stimmung und das Verhalten des Elternteils stark und die Kinder können nicht damit umgehen. Diese Unberechenbarkeit löst bei den Kindern Angst und Unsicherheit aus und sie beziehen die Wut und den Ärger des Abhängigen in der Regel auf sich. Wenn aber jemand den Kind erklären würde, dass die Stimmungsänderungen des trinkenden Elternteils durch den Alkohol bedingt ist und nichts mit dem Verhalten des Kindes zu tun hat, wird sich das Kind weniger als unfähig und falsch einschätzen und weniger Symptome entwickeln. Daher ist es auch so wichtig, das Schweigen über die Probleme zu brechen und mit den Kindern offen über die Problematik zu reden (vgl. Zobel 2006, S. 197).

Klein beschreibt weiter, dass die Alkoholeffekte dazu führen, dass die Kinder, sich an das Verhalten des Elternteils anpassen und eigene Bedürfnisse vernachlässigen. Auch die medizinischen Probleme und körperlichen Folgeerscheinungen einer Alkoholabhängigkeit sind in den Familien sichtbar und führen dazu, dass der trinkende Elternteil nur eingeschränkt arbeitsfähig und ebenfalls nur eingeschränkt erziehungsfähig ist. Sind beide Elternteile von einer Abhängigkeit betroffen, ist ein elterliches Erziehungsverhalten kaum gewährleistet und die Kinder sind sich meist selbst überlassen (vgl. Klein 2005, S. 50).

Zobel sieht hinsichtlich der medizinischen Komplikationen aber auch eine Chance auf Veränderung. Wenn die Symptome eindeutig der Abhängigkeit zugeordnet werden können, ist insbesondere der Hausarzt aufgerufen, die Alkoholproblematik und deren Folgen offen anzusprechen und eine Entwöhnungstherapie nahe zu legen (vgl. Zobel 2006, S.197).

5.2.2 Familieneffekte

Ein weiterer Risikofaktor sind die Familieneffekte. Stressoren wie Ehekonflikte, Trennung oder Scheidung der Eltern, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit oder sogar Tod des abhängigen Elternteils gelten als weitere Probleme, die neben der Abhängigkeit, beziehungsweise durch die Abhängigkeit, auftreten können. Der Grad der Beeinträchtigung der Kinder ist davon abhängig, inwieweit neben der Alkoholabhängigkeit diese familiären Stressoren vorliegen.

Auch ohne Alkoholproblematik stellt eine Überschuldung und permanente finanzielle Engpässe einen erheblichen Stress dar, der meist nur mit professioneller Hilfe zu bewältigen ist, daher sollten Hilfeleistende das Thema Finanzen offen ansprechen, um vorhandene Verbindlichkeiten zu erfassen und erforderliche Maßnahmen einzuleiten.

Kinder leiden unter häuslichen Streitigkeiten sehr und werden auch nicht selten von den Eltern miteinbezogen. Die Kinder spüren Anspannung und Druck und bereits die Kleinsten sind sehr feinfühlig und nehmen die belastende Familienatmosphäre wahr. Ein Anzeichen dafür ist laut Zobel zum Beispiel das Bettnässen.

Die Kinder entwickeln deutlich weniger Störungen, wenn sie eine tragfähige Beziehung zu den Eltern haben, nicht in deren Streitigkeiten einbezogen werden und weniger dem elterlichen Trinken ausgesetzt sind. Ebenfalls befürchten die Kinder meist, dass die Eltern sich trennen und sie dann allein sind. Häufig fehlt den Familien auch die Fähigkeit sich konstruktiv auseinanderzusetzen, sodass sich die Probleme häufen, was bei den Abhängigen meist zu einer Alkoholkonsumerhöhung führt. Daher ist Alkohol Ursache und Folge ehelicher Streitigkeiten.

Ältere Kinder versuchen öfters, die jüngeren Kinder vor der Gewalt der Eltern, durch eine Konfrontation mit dem Abhängigen, zu schützen, da sie sich so selbst zum Angriffspunkt machen und von ihren Geschwistern ablenken. Ebenso neigen Kinder dazu, sich bei Konfrontationen unter den Eltern mit dem Abhängigen zu solidarisieren. Das wirkt paradox aber Kinder unterstützen denjenigen, den sie als den Schwächeren betrachten.

Helfende sollten hierbei die Kinder ermutigen, sich von elterlichen Streitigkeiten fernzuhalten und nicht einzumischen. Dabei sollte den Kindern deutlich gemacht werden, dass sie nicht der Grund für die Streitigkeiten sind und dass die Erwachsenen ihre Probleme alleine lösen müssen.

Die Tagesstruktur der Kinder ist durch die Abhängigkeit der Eltern, beziehungsweise eines Elternteils, extrem beeinflusst und wenig beständig, sodass Aktivitäten, wie zum Beispiel

gemeinsame Mahlzeiten, Tagesausflüge oder andere Unternehmungen sehr selten und unregelmäßig stattfinden. Der Umgang mit den wichtigen Ritualen kann aber verändert werden, wenn diese zu einem festen Zeitpunkt ohne Rücksicht auf den Zustand des Abhängigen stattfinden. So gewinnen die anderen Familienmitglieder wieder ein Stück Autonomie. Voraussetzung dafür ist aber die Bereitschaft des nicht-abhängigen Elternteils, eine innere Distanz zum Abhängigen aufzubauen und ein bereits fortgeschrittenes Bewusstsein über die Alkoholproblematik des Abhängigen.

Ebenfalls neigen Familien mit einem Alkoholproblem aus Scham dazu, sich von anderen Familien fernzuhalten und isolieren sich in vielen Fällen.

Ziel für Helfende muss es daher sein, die Kinder aus der Isolation zu holen, durch Angebote wie Spielnachmittage, Ausflüge, Erlebniswochenenden und Gesprächskreisen. Das kann unter anderem eine Chance sein, die Kinder mit anderen Gleichaltrigen zusammen zu bringen, damit sie positive Erfahrungen machen können und ein Gefühl für Zugehörigkeit zu einer Gruppe entwickeln.

Des Weiteren kommt noch dazu, dass das älteste Kind oft eine Erwachsenenrolle zugeschrieben bekommt, indem der nicht-abhängige Elternteil dem Kind seine Sorgen und emotionalen Nöte berichtet. Die Kinder bieten sich in den Familien besonders an, da so die Probleme nicht außerhalb der Familie thematisiert werden müssen und bleiben daher die einzigen Vertrauten, was sie oftmals mit Stolz tragen. Dies führt allerdings dazu, dass die Kinder sich zunehmend Gedanken um ihn machen und ihn trösten wollen. Sie nehmen zunehmend die Erwachsenenrolle an und lehnen die kindliche Seite ab. Dabei vernachlässigen sie alle kindlichen Bedürfnisse.

Auch hier muss den Kinder von Seiten der Helfenden klar gemacht werden, sich den Verlockungen der Erwachsenenrolle zu entziehen und derartige Probleme abzulegen (vgl. Zobel 2006, S. 198-202).

Außerdem wirkt sich eine mangelhafte Aufsicht auf den Jugendlichen negativ auf dessen Entwicklung aus. Oftmals gleiten sie unkontrolliert in dysfunktionale Peer-Groups ab, in denen übermäßig Alkohol konsumiert wird oder die sogar delinquent werden.

Der nicht abhängige Elternteil ist meist zusätzlich überfordert durch die Abhängigkeit des Partners und die damit verbundenen zusätzlichen Aufgaben und kann sich somit häufig nicht mehr ausreichend um die Kinder kümmern und sie beaufsichtigen. Daher stehen sie auch seltener bei Problemen und Schwierigkeiten der Jugendlichen unterstützend zu Verfügung (vgl. Zobel 2006, s. 186-187).

5.2.3 Modelllernerfekte

Die Modelllernerfekte spielen ebenfalls eine erhebliche Rolle bei der Transmission von Abhängigkeit, denn Kinder und Jugendliche neigen dazu, das Verhalten der Eltern zu imitieren und dazu gehört eben auch das Trinkverhalten. Alkohol wird zur Konfliktlösungsstrategie und die Jugendlichen lernen, dass Alkohol zumindest kurzweilig Erleichterung schaffen kann. Andere Bewältigungsstrategien werden in der Regel nicht erlernt. Sie erfahren, dass durch Alkoholkonsum Geselligkeit entsteht und er zur Gefühlsregulation eingesetzt werden kann. In kritischen Situationen setzen sie häufig Alkohol ein, obwohl sie den trinkenden Elternteil, während ihrer Kindheit, als sehr aversiv empfunden haben und die Konsequenzen des elterlichen Trinkens am eigenen Leib gespürt haben, fehlen ihnen gleichzeitig auch geeignete Lösungsstrategien. Meist haben die Kinder nicht gelernt, wie mit Gefühlen wie Wut, Trauer oder Enttäuschung umgegangen wird und greifen daher auf den Alkohol zurück.

Zudem kommt, dass in Suchtfamilien häufig weitere Verwandte abhängig sind, sodass zusätzlich Elternfiguren als trinkende Modelle erlebt werden. Bei der Arbeit mit den Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann reflektiert werden, inwieweit der eigene Konsum von Alkohol ein Spiegelbild des elterlichen Trinkens ist. Dabei kann überprüft werden, in welchen Situationen getrunken wird und gleichzeitig können alternative Lösungsstrategien entwickelt und erprobt werden (vgl. Zobel 2006, S. 202-203).

5.2.4 Elterliche Komorbidität

Ein weiterer Risikofaktor ist die elterliche Komorbidität. Häufig sind alkoholabhängige Personen durch hinzukommende psychische Störungen, wie antisoziale Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigt, welche wiederum für eine belastete Familienatmosphäre und mangelnde Aufsicht der Kinder verantwortlich ist. Dabei spielt die Co-Abhängigkeit des nicht-Abhängigen eine ebenso große Rolle. Co-Abhängige gelten als ebenso behandlungsbedürftig. Die Co-Abhängigkeit kann dabei als „Sucht, gebraucht zu werden“ beschrieben werden. Sie übernehmen große Verantwortung für den Abhängigen und decken ihn gewissermaßen. Dabei senden sie aber Doppelbotschaften. Zum einen kritisieren sie den Abhängigen und zum anderen helfen sie ihm, mit der Abhängigkeit besser zurechtzukommen, denn sie fangen oft alle negativen beruflichen und privaten Folgen auf, sie entschuldigen ihn und

erledigen seine Formalitäten. Damit machen sie sich beim Abhängigen unentbehrlich und er kann so über Jahre hinweg trotz Abhängigkeit funktionieren.

Oft sind Co-Abhängige ausgebrannt und resigniert und trotzdem hoffen sie immer, dass der Partner mit dem Trinken aufhört und versuchen dies durch verschiedene Verhaltensweisen zu erreichen. Eine Änderung können sie laut Zobel aber nur erreichen, wenn sie sich selber helfen lassen, sei es durch Therapien oder auch Selbsthilfegruppen.

Hilfeleistende können viel bewegen, wenn sie den Co-Abhängigen dazu anregen können, an einer Therapie oder Selbsthilfegruppe teilzunehmen.

Die Kinder erleben dieses Co-Verhalten als ebenfalls verwirrend und nicht sehr glaubwürdig und kommen somit in Loyalitätskonflikte, da sie innerhalb der Familie Partei ergreifen müssen. Eine Möglichkeit für die Kinder wäre es, sich den Konflikt zu entziehen und von der Familie zu distanzieren.

Von großer Bedeutung ist außerdem, dass die Kinder eine Bezugsperson haben, mit der sie sich identifizieren können. Wenn beide Elternteile abhängig sind, ist dem Kind jede Möglichkeit auf eine vertrauensvolle Bindung an einem Elternteil verwehrt und die beschriebenen Effekte potenzieren sich. Die Kinder sind weitgehend auf sich allein gestellt und müssen ihre Kompetenzen außerhalb des Elternhauses erwerben. Da die Kinder zwei trinkenden Modellen ausgesetzt sind, ist die Gefahr der Nachahmung erhöht.

Bezugspersonen außerhalb der Familie und Hilfeleistende haben ein besonderes Gewicht, da sie Normalität verkörpern und das Kind stärken können. Eine gute Peer-Group kann außerdem Nähe und das Gefühl der Zugehörigkeit spenden (vgl. Zobel 2006, S. 203-206).

5.2.5 Vernachlässigung und Misshandlung

Kinder bekommen oftmals nicht die Anleitung und Förderung die ihnen zusteht. Das führt häufig bis zur Vernachlässigung der Kinder in Bezug auf Körperpflege, regelmäßige Mahlzeiten, ärztliche Untersuchungen, Impfungen und saubere Kleidung. Durch die Anspannung und den Streit daheim, erfahren sie wenig emotionale Bindung, was laut Zobel am schwerwiegendsten und folgenreichsten einzustufen ist. Kinder, die zu ihren Bezugspersonen kein Vertrauen haben und sich nicht wichtig genommen fühlen, übernehmen das in ihr Selbstkonzept und erachten sich selbst auch als eher unwichtig und störend. Meist fallen sie den Eltern erst durch unangepasstes Verhalten auf, wie durch schlechte Schul-

leistungen oder Delinquenz, da das Erziehungsverhalten der Eltern eher auf negative Seiten fokussiert ist und positive Leistungen und Fähigkeiten kaum würdigt.

Durch die inkonsequente Erziehung des trinkenden Elternteils, da gleiche Leistungen je nach Alkoholspiegel unterschiedlich gewürdigt werden und der fehlenden Tagesstruktur, brauchen die Kinder von den Helfenden unbedingt eine klare Struktur, Anleitung bei Aufgaben, Wertschätzung der Kinder und den Aufbau einer spannungsfreien Atmosphäre. Die Anwendung von seelischer und körperlicher Gewalt, insbesondere sexueller Missbrauch, macht einen späteren Alkohol- und Drogenkonsum wahrscheinlich. Häufig gerade dann, wenn ein sexueller Missbrauch nicht zur Anzeige gebracht wird und somit auch nicht gestoppt wird. Dabei muss der Missbrauch nicht unbedingt durch den Abhängigen erfolgen, sondern kann auch durch Erwachsene außerhalb erfolgen, was durch die begrenzte Aufsicht der Eltern unbemerkt bleiben kann. Die therapeutische Behandlung von sexuellem Missbrauch muss allerdings von ausgewiesene Fachleute durchgeführt werden (vgl. Zobel 2006, S. 187-207).

5.2.6 Alkoholkonsum in der Peer-Group

Als weiterer Risikofaktor zählt, dass sich Jugendliche aus suchtbelasteten Familien oftmals Peer-Groups suchen und anschließen, die ihnen das Gefühl der Dazugehörigkeit vermitteln. Dabei passt sich die Risikoperson an den Alkoholkonsum in der Peer-Group an und trinkt entsprechend gleich viel. Hier sollten die Jugendlichen auf ihre Gefährdung für eine spätere Abhängigkeit hingewiesen werden und eventuell sollte exploriert werden, wie der Jugendliche auf Alkohol reagiert und ob er eine erhöhte Toleranz gegenüber Alkohol aufweist. Geschulte Fachleute können sich dabei den Kindern und Jugendlichen annehmen und den Alkoholkonsum thematisieren.

Theoretisch klingt das simpel aber in der Regel ist es schwer umzusetzen, da Alkohol bei Jugendlichen einen hohen Stellenwert hat und sie auch ihre Erfahrungen damit machen wollen, daher ist es auf jeden Fall wichtig, dass die betroffenen Jugendlichen zumindest darüber informiert sind, dass sie zu einer Risikogruppe gehören.

Um hier eine Stigmatisierung zu vermeiden, schlägt Zobel vor, dass die Aufklärung über Folgen des Alkoholkonsums bei Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien ein wichtiger Bestandteil von Weiterbildungen und Seminaren in den Schulen sein sollte. Zum Beispiel könnten Exkursionen in Suchtkliniken stattfinden oder Projekte hierzu veranstaltet werden.

Wichtig ist es dabei ein Bewusstsein für die Gefahren bei den Betroffenen zu schaffen (vgl. Zobel 2006, S. 186-187).

6 Chancen für die Kinder- Schutzfaktoren

Einige Faktoren können die Kinder und Jugendlichen auch schützen. Dabei unterteilen sie sich wieder in kindbezogene und umgebungsbezogene Schutzfaktoren. Die gesamten Schutzfaktoren sind dabei als Ressourcen zu betrachten.

6.1 Kindbezogene Schutzfaktoren

Nach Zobel schützt die Entwicklung von Resilienzen den Heranwachsenden vor den dysfunktionalen Einflüssen der Familie. Demnach ist es durchaus möglich, dass Kinder trotz der elterlichen Abhängigkeit, eine Widerstandskraft entwickeln und ein psychopathologisch unauffälliges Leben führen können. Resilienzen ermöglichen dem Heranwachsenden mit dem Alkoholproblem offensiv umzugehen und kann die Entwicklung von dysfunktionalen Anpassungsleistungen verhindern (vgl. Zobel 2006, S. 188).

Klein beschreibt darüber hinaus sieben Reaktionsmuster, die als Resilienzen innerhalb einer alkoholbelasteten Familie von Kindern entwickelt wurden.

Zum Ersten ist die Einsicht und Realisierung über die Dysfunktionalität der Familie des Kindes von erheblicher Bedeutung. Diese Tatsache darf vom Kind nicht verdrängt werden.

Zum Zweiten ist die Unabhängigkeit von der Familie wichtig. Das Kind sollte emotional und physisch Abstand nehmen von der Familie, was durchaus schwierig ist.

Des Weiteren sind emotional bedeutsame Beziehungen zu Außenstehenden wichtig, was ebenfalls oftmals erfolgreich unterbunden wird durch das Schamgefühl und das stille Gesetz, dass über das Hauptproblem nicht gesprochen werden darf.

Ein weiteres Reaktionsmuster bilden die zahlreichen Aktivitäten außerhalb der Familie und zielgerichtetes Verhalten um dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenzuwirken. Auch die Kreativität ist von Bedeutung und soll die inneren Konflikte durch ästhetische Mittel, wie zum Beispiel Bilder oder andere Dinge, ausdrücken.

Humor kann ebenfalls ein Hilfsmittel sein, um sich von der eigenen Lebenssituation zu distanzieren und sie mit Ironie und Sarkasmus zu begegnen. Allerdings ist Ironie und Sarkasmus etwas, was im Laufe des Lebens entwickelt wird und Kindern eher unzugänglich ist.

Zuletzt ist die Moral von Bedeutung, also die Entwicklung eines differenzierten und sozial verantwortlichen Werte- und Moralsystems (vgl. Klein 2005, S. 46).

Zobel beschreibt außerdem Ergebnisse einer Studie, die Resilienzen für Kinder aus Suchtfamilien als wichtige protektive Faktoren identifiziert. Dazu gehört beispielsweise ein Temperament, das positive Aufmerksamkeit aus der Umwelt hervorruft, eine durchschnittliche Intelligenz, sowie mündliche und schriftliche Kommunikationsfähigkeit, eine stärkere allgemeine Leistungsorientierung sowie die Fähigkeit Verantwortung zu übernehmen und ein positives Selbstwertgefühl (vgl. Zobel 2001, S. 95).

Neben den Resilienzen ist laut Zobel eine positive Lebenseinstellung ein weiterer Schutzfaktor, da sie im Zusammenhang steht mit vermindertem Alkoholkonsum. Bei Problemen neigen Personen mit einer positiven Lebenseinstellung weniger dazu, sich mit Suchtmitteln zu betäuben, sondern eher zu Problembewältigung. Demzufolge schließen sich angemessene Bewältigungsstrategien gleich an und erweisen sich ebenfalls als Schutzfaktor. Wenn Strategien zur Problemlösung erlernt wurden, kann auf Vermeidungsstrategien wie Alkoholkonsum verzichtet werden und die Gefahr der Abhängigkeit sinkt.

Ein weiterer Schutzfaktor ist, wenn die Erwartung sinkt, vom Alkohol erhöhte soziale Kompetenzen zu erlangen, sondern diese eben durch andere Mittel versucht zu erlangen, etwa durch Intelligenz oder Kommunikationsfähigkeit. Dahingehend schließt sich auch der letzte Schutzfaktor laut Zobel an, nämlich die sozialen Kompetenzen. Wenn Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der Lage sind, stabile und tragfähige Beziehungen zu Gleichaltrigen oder Erwachsenen aufzubauen, greifen sie weniger zum Alkohol oder zu anderen Substanzen. Sie können diese Netzwerke in Krisensituationen nutzen und erfahren außerhalb der Familie Unterstützung und Verständnis (vgl. Zobel 2006, S. 188).

6.2 Umgebungsbezogene Schutzfaktoren

Zu den umgebungsbezogenen Schutzfaktoren gehören beispielsweise, dass Familienrituale stattfinden und eingehalten werden, wie gemeinsames Abendessen oder gemeinsame Wochenendunternehmungen. Diese Rituale haben eine hohe protektive Wirkung auf die Kin-

der und vermitteln trotz der familiären Alkoholprobleme ein Minimum an Konstanz und Struktur und mindern das Risiko der Transmission von Abhängigkeit.

Außerdem sind emotionale Beziehungen zum nicht-abhängigen Elternteil oder zu anderen Personen von enormer Wichtigkeit und dienen ebenfalls zum Schutz vor Transmission der Abhängigkeit. Im Idealfall hat das Kind zum nicht-abhängigen Elternteil eine tragfähige emotionale Bindung, was aber aufgrund der Anforderungen in der Familie eher selten der Fall ist. Daher ist eine stabile Bezugsperson außerhalb der Kernfamilie ebenso wichtig, die ihnen Zuwendung und Bestätigung von Gefühlen und Wahrnehmungen gibt. Von dieser könnten die Kinder Wertschätzung, Respekt und Anerkennung erfahren und sie dient gleichermaßen als Modellperson für angemessenes Verhalten (vgl. Zobel 2006, S.189).

Klein betrachtet in diesem Zusammenhang die Geschwisterbeziehungen als ebenso wichtig. Da oftmals das Geschwisterkind die einzige Person ist, welche keine psychoaktive Substanzen konsumiert und somit konstant emotional erreichbar ist. Insgesamt wird angenommen, dass Geschwisterkinder aus alkoholbelasteten Familien positivere Interaktionen erleben und dadurch stärkere Bindungen aufweisen als Kinder aus nicht suchtbelasteten Familien. Außerdem können ältere Geschwister für die Jüngeren eine Helferrolle einnehmen, oft zu Zeiten, in denen Probleme mit Alkohol, Drogen und Sexualität auftreten. Es wird angenommen, dass der Zeitpunkt des Beginns und Aufhörens von Substanzmissbrauch bei den jüngeren Geschwistern durch den Älteren beeinflusst werden kann (vgl. Klein 2005, S. 45).

Ein weiterer Schutzfaktor ist eine geringe Exposition des elterlichen Trinkens und der elterlichen Auseinandersetzungen. Wenn Kinder also weniger dem elterlichen Trinken ausgesetzt sind und sie Aggressionen, Gewalt und Streitigkeiten nicht miterleben müssen, leiden sie unter weniger Störungen und Auffälligkeiten (vgl. Zobel 2006, S. 189).

Klein beschreibt weiterführend dazu, dass Situationen, in denen die Kinder während oder nach einem Streit zwischen den Eltern vermitteln müssen, das Kind in unlösbare Konfliktsituationen bringen. Oftmals betrachten die Kinder sich in diesen Situationen als Grund für die Streitigkeiten und entwickeln dadurch ein geringeres Selbstwertgefühl, was zu aggressiven Verhalten Anderen gegenüber führen kann (vgl. Klein 2005, S. 47).

7 Hilfe und Unterstützung

Was kann jetzt aber getan werden, wenn Lehrer, Erzieher oder Sozialarbeiter bemerken, dass ein Kind Auffälligkeiten zeigt und eine Suchtproblematik der Eltern bestehen könnte? Zobel erläutert diesbezüglich das Konzept „Keine Gewalt gegen Kinder“ vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von 1996.

Demnach sollten Helfer zunächst die eigene Gefühlslage klären, da es Helfern oft passiert, dass Unrecht und Leid der Kinder bei ihnen selber Wut und Empörung auslösen und sich oftmals der Impuls einstellt, dem Kind sofort und unmittelbar helfen zu wollen, indem sie beispielsweise offizielle Stellen einschalten. Erfahrungsgemäß ist es aber so, dass dieses emotional geleitete Handeln den betroffenen Kindern in der Regel eher schadet als nützt. Die Situation der Kinder kann erst dann verbessert werden, wenn das entsprechende Handlungswissen vorliegt und die potentiellen Hilfspersonen sich an die professionellen Regeln halten.

Anzeichen für die Abhängigkeit eines Elternteils reichen aber keinesfalls aus, um einen Verdacht zu bestätigen, sondern es müssen Verdachtsmomente mit konkreten Beobachtungen belegt werden. Diese Beobachtungen sollten außerdem schriftlich festgehalten und mit Kollegen, Vorgesetzten oder anderen Fachleuten diskutiert werden. Dabei ist die Möglichkeit des Irrtums immer zu berücksichtigen. Denn falls der Helfer sich getäuscht hat, riskiert er eine Menge. Der betreffende Elternteil wird ihn dann wahrscheinlich eher meiden, das Kind wird eventuell von ihm ferngehalten und er muss mit disziplinarischen Konsequenzen rechnen.

Verdachte sollten zunächst durch konkrete Verhaltensbeobachtungen des Kindes und der Eltern erhärtet werden und das Vorhaben sollte mit Kollegen oder anderen Fachleuten besprochen werden. Eigenmächtiges Handeln und überstürzte Aktionen sollten daher vermieden werden. Um dem Kind zu helfen sollte ein direktes Ansprechen eher gemieden werden, da die Alkoholproblematik für Familien ein Tabuthema darstellt und das Kind in Loyalitätskonflikte geraten könnte. Bei einem direkten Vorgehen wird das Kind unter Umständen die Verdachte eher leugnen und sich zurückziehen, daher ist es wichtig, zunächst eine vertrauensvolle Beziehung zum Kind aufzubauen. Der Helfer muss dem Kind sein Interesse signalisieren und eventuell ein Angebot machen, welches das Kind annehmen kann oder auch ohne Konsequenzen ablehnen kann. Dabei sollte sich der Hilfeleistende über die Verantwortung bewusst sein und sicherstellen, dass er über die nötige Zeit, Kraft

und Ausdauer verfügt, um den Kind beistehen zu können. Ansonsten sollte ein effektiverer Helfer gewählt werden.

Für die Kinder ist eine Vertrauensperson schon eine sehr große Unterstützung, da sie für das Kind da ist, ihm zuhört und das Kind in seiner Wahrnehmung ernst nimmt. Die Kontaktaufnahme mit den Eltern stellt dabei eine besondere Schwierigkeit dar, da mit dem Ansprechen auf dieses heikle Thema ein Kapitel angesprochen wird, über das nicht gerne geredet wird. Damit besteht für die Familie die Gefahr der Einmischung in innere Angelegenheiten. Vom Betroffenen kann kaum eine Krankheitseinsicht erwartet werden und auch der nicht-abhängige Elternteil hat wenig Interesse an dem Thema, da es meist schambelegt ist und die Hoffnung mitschwingt, dass das Problem ohne Hilfe von außen gelöst werden kann. Eine Kontaktaufnahme sollte sowieso nur in Abstimmung mit dem Kind erfolgen.

Beim Gespräch mit den Eltern sollten dann die gesammelten Beobachtungen angeführt werden, wobei die Art und Weise auf keinen Fall anklagend sein sollte, sondern der Helfer sollte als jemand auftreten, der Hilfe anbietet. Dabei empfiehlt Zobel, sich vorher mit Fachleuten zusammenzusetzen und das Gespräch gut vorzubereiten. Ansprechpartner können Beratungsstellen, der Kinderschutzbund oder das Jugendamt sein.

Themen bei dem Gespräch könnten beispielsweise sein, dass den Eltern das Bild vermittelt wird, welches die Erzieherinnen von dem Kind haben, sowohl positive Seiten als auch Auffälligkeiten. Die Verhaltensweisen und Veränderungen des Kindes können an konkreten Beispielen thematisiert werden und die Veränderungen im Elternkontakt mit Beispielen angeführt werden. Anschließend könnten Informationen über mögliche Hilfsangebote gegeben werden und Folgen und Konsequenzen können angesprochen werden, welche die Situation hervorrufen könnte. Bei dem Gespräch sollte der Helfende Begebenheiten und Auffälligkeiten zwar konkret beschreiben aber nicht interpretieren. Er sollte Vorwürfe und Schuldzuweisungen vermeiden und seine Sorge und Anteilnahme ausdrücken. Außerdem sollten konkrete Unterstützungs- und Hilfsangebote benannt werden. (vgl. Zobel 2006, S. 217-221).

Nach Klein hat sich die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken als wichtig und wirksam erwiesen. Dabei muss aber wenigstens ein Elternteil bereit sein, Hilfe anzunehmen, denn andernfalls stellt das Erreichen der Kinder und Jugendlichen eine besondere Schwierigkeit dar und geschieht meist nur in Ausnahmesituationen.

Die wichtigsten Prinzipien bei der Hilfe sind die Frühzeitigkeit, die Dauerhaftigkeit und die Vernetztheit der Maßnahmen. So beschreibt Klein verschiedene Arbeitsbausteine in Bezug auf die möglichen Hilfen. Es kann zum Beispiel familienorientierte Arbeit stattfinden. Der Anspruch bei dieser Arbeit besteht darin, mit möglichst vielen Familienmitgliedern ins Gespräch zu kommen.

Aber auch Einzelfallhilfe mit den betroffenen Kindern ist möglich. Dabei erhalten die Kinder in erster Linie sozialpädagogische Hilfen, um den Alltag zu erleichtern. Sie erlernen neue, beziehungsweise andere Verhaltensweisen durch kreative und kulturpädagogische Methoden. Zum Beispiel durch kunst- und ausdruckspädagogische Ansätze.

Aber auch die Psychotherapie kann eine wichtige Hilfe für betroffenen Kinder und Jugendliche sein. In der Praxis werden meist integrative oder eklektische Ansätze verwendet. Das eigene Verhalten soll dabei reflektiert und verstehbar gemacht werden. Irrationale Schuldvorstellungen der Kinder und Jugendlichen sollen ebenfalls aufgelöst werden. Eine vertrauensvolle Basis ist dabei von größter Wichtigkeit.

Ein weiterer Arbeitsbaustein stellt die Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen dar. Als Ideal hat sich hierbei eine Gruppengröße von vier bis acht Kindern mit zwei Fachkräften bewährt. Untersuchungen zufolge hat sich dabei ein geschlechtsgemischtes Betreuer-Team als äußerst förderlich erwiesen, da die Kinder so neue und stabile Beziehungsrollen kennenlernen. Sie lernen, dass sich Erwachsene gegenseitig respektieren und dass sie ohne gegenseitige Entwertungen und Verletzungen miteinander agieren. Das Ziel bei der Gruppentherapie ist, dass die Kinder und Jugendlichen lernen, ihrer Wahrnehmung zu trauen, sich selbst besser zu bewerten und Interaktionen positiv zu beeinflussen. Gegenseitig Unterstützung, soziales Lernen und gemeinsame Rituale sind in der Gruppe zudem besonders gut möglich.

Ebenso sind Elterngespräche ein möglicher Baustein bei der Hilfe. Sie dienen dazu, die Eltern an die Entwicklungsprozesse der Kinder zu beteiligen, die Hilfen optimal zu koordinieren und die Selbstreflexion zu verstärken. Dabei ist die Teilnahme beider Eltern, ob aktiv trinkend oder abstinent, wichtig und hilfreich. Wobei die Hilfe von dem trinkenden Elternteil meist nicht angenommen wird. Die Elterngespräche finden in der Regel ein- bis zweimal im Monat statt und sind meist mit kundsbezogenen Angeboten verknüpft. Inhalt dieser Gespräche sind meist Erziehungsfragen und -probleme. Für Jugendliche ab etwa 16 Jahren gibt es zudem die Möglichkeit der Selbsthilfe. Allerdings mangelt es bei dieser Form der Hilfe an Kontinuität und Verbindlichkeit und sie sind von der Motivation und den Fähigkeiten des Handelnden abhängig.

Zusätzlich gibt es Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder von suchtkranken Eltern. Ebenso eignen sich niedrigschwellige Hilfsangebote die besonders gut an Orten wie Kindertagesstätten, Schulen und Institutionen der offenen Jugendarbeit angebracht werden können. Bei besonders schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen, die beispielsweise unter Traumatisierungen leiden, schwere Verhaltensstörungen aufweisen oder manifest suizidal sind, ist eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung notwendig. Danach können sich teilstationäre und ambulante Versorgungen mit psychotherapeutischen Behandlungen anschließen.

Zuletzt ist noch die Multiplikatorenarbeit anzuführen, deren Schwerpunkte Informationen, Sensibilisierung und Kompetenzförderung möglicher Multiplikatoren ist. Damit sind zum Beispiel Erzieherinnen in Kindertagesstätten, Lehrer und Jugendamtmitarbeiter gemeint. Aber auch Ärzte oder spezielle Fachkräfte, wie Mitarbeiter vom Kinderschutz oder Opferhilfe, sind ebenfalls relevante Multiplikatoren (vgl. Klein 2005, S. 192-195).

Wenn es um den Schutz von Kindern und Jugendlichen geht, spielt außerdem das Jugendamt eine wichtige Rolle. Dabei berichtet Zobel von einem Interview mit Siegfried Holtorf, einem Sozialpädagogen aus einem Jugendamt. Holtorf unterrichtet von verschiedenen Wegen, mit denen das Jugendamt über mögliche Gefahren von Vernachlässigung und Gewalt, im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, erfährt. Zum Beispiel über Kindertagesstätten und Schulen aber auch Angehörigen oder Nachbarn. Beim Aufsuchen der Familie verhalten sich die Familien dann meist abwehrend und wollen den Eindruck erwecken, es sei alles in Ordnung. In bereits bekannten Familien werden Hilfen eher angenommen und es findet weniger Abwehr statt.

Das wichtigste für das Jugendamt ist es aber, einen Zugang zur Familie zu bekommen. Die meisten Familien, die zum ersten Mal vom Jugendamt besucht werden, befürchten dass ihnen die Kinder weggenommen werden. Das Jugendamt muss der Familie an dieser Stelle erst einmal deutlich machen, dass der Auftrag darin besteht, der Familie zu helfen und sie zu unterstützen. Den Eltern muss klar gemacht werden, dass die Alkoholproblematik für die Kinder eine große Belastung darstellt und das Jugendamt nicht tatenlos zuschauen kann. Das Ziel ist es daher, die Eltern dazu zu bewegen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Und deshalb verweisen sie auf die Suchtberatungsstellen.

Erst bei einer absoluten Abwehr und fehlenden Kooperation seitens der Eltern bleibt nur noch der juristische Weg über das Familiengericht. Das Jugendamt hat auch im Gegensatz zur Suchtberatung eine Garantenstellung und muss dafür Sorge tragen, dass die Kinder

nicht gefährdet werden. Daher muss das Jugendamt im Falle einer deutlichen Verwahrlosung der Kinder handeln und das Kind aus der Familie nehmen. Zuvor finden aber eine Vielzahl von Beratungsgesprächen mit den Eltern statt, Versuche, der Familie zu helfen und sie zu unterstützen. Stellen sich die Eltern aber weiterhin dagegen, bleibt nur der Weg der Fremdunterbringung des Kindes. Dabei reicht aber der alleinige Alkoholkonsum der Eltern mit einer Gefährdung der Kinder nicht aus, sondern es muss eine akute Gefährdungssituation vorliegen mit einer momentanen gefährlichen Situation für Leib und Leben der Kinder. In so einem Fall überprüft der Richter des Familiengerichtes, ob das Jugendamt alle möglichen Hilfen ausgeschöpft hat. Oftmals werden die Klagen vom Richter auch zurückgewiesen und weitere Hilfsmaßnahmen angeordnet oder der Gutachter hält eine Herausnahme des Kindes für schwieriger in Bezug auf seine weitere Entwicklung und daher bleibt das Kind in der Familie.

Die weitere Kooperation mit dem Jugendamt gestaltet sich in diesen Fällen dann äußerst schwer. Das Jugendamt verweist in Fällen von Alkoholismus in Familien auf Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen und gibt den Eltern diesbezüglich Informationen und Adressen mit. Ob die Hilfen in Anspruch genommen werden, können sie allerdings aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht nachprüfen und sind daher auf die Auskunft der betroffenen Eltern angewiesen.

Hier befindet sich nach Holtorf eine Lücke im Hilfesystem da es eine Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Suchthilfe nur vereinzelt gibt. Ein Austausch und Rückfluss von Informationen wäre für beide Stellen wichtig, denn es geht schließlich um das Wohl der Kinder (Holtorf 2001, S. 136-143).

8 Fazit

Alkohol ist wohl das schlimmste Suchtmittel in Deutschland und gleichzeitig so unterschätzt. Dabei muss sich vor Augen geführt werden, dass niemand eine Insel ist.

Die 1,8Mio Alkoholabhängigen und die weiteren 1,6Mio Menschen die außerdem Alkohol missbrauchen sind auch Mütter, Väter und gleichzeitig Kinder.

Die Akzeptanz in der Gesellschaft, die sogar dahin geht, dass besonders trinkfeste Menschen auch noch Anerkennung erhalten, treibt die Menschen außerdem noch zum übermäßigen Konsum. Dies lässt kaum Raum für Menschen, die konsequent auf Alkohol verzichten wollen. Wenn einen die Abhängigkeit erst einmal ergriffen hat, ist es schwer sich aus diesem Sog zu befreien. Ohne Hilfe geht das kaum und noch schwieriger ist es wahrscheinlich danach abstinent zubleiben, da die Verlockungen des Alltags überall lauern. Sei es in Form des allabendlichen Weines zum Abendessen, beim Verzehren von Pralinen, dem Hustensaft oder auch schon bei der täglichen Mundspülung. Die Gefahr eines Rückfalls ist groß. So sehr der Alkohol in der Gesellschaft akzeptiert ist, so wenig wird hingegen die Abhängigkeit toleriert.

Eine gesellschaftliche Ächtung schwingt oftmals mit und macht es den Betroffenen schwer sich zu outen und Hilfe aufzusuchen. Daher wird die Abhängigkeit oftmals lange verheimlicht. Das betrifft zu Weilen nicht nur den Betroffenen, sondern die gesamte Familie.

Besonders schwangere Frauen sollten auf den Konsum von Alkohol gänzlich verzichten, da bereits geringe Mengen dem Ungeborenen schaden können. Die Aufklärung seitens der Frauenärzte ist hier auch noch sehr lückenhaft, wie Helga Dilger beschrieben hat. Eine umfassende Betreuung von schwangeren Abhängigen wäre daher wünschenswert und absolut notwendig, wenn die Auswirkungen einmal betrachtet werden.

So ist ein fortlaufender Konsum von Alkohol ebenso schädlich für die Entwicklung der Kinder. Wie beschrieben leiden die Kinder unter Depressionen und Angst, sind nicht selten von Vernachlässigungen, Misshandlungen und Gewalterfahrungen betroffen und haben außerdem ein gestörtes Sozialverhalten. Aufgrund der Anpassung mittels der Übernahme verschiedener Rollen finden sie ihren Platz in der Familie zwar und überstehen ihre Kindheit einigermaßen aber meist können sie diese fest verhafteten Rollen als Erwachsene nicht mehr ablegen und suchen sich oft ähnlich krankhafte Systeme, um in ihren Rollen fortfahren zu können. Diese Rollen sind so sehr einstudiert, dass Betroffene kaum andere Handlungsmuster parat haben und nach ihrer Rolle meist so abhängig sind, wie der Trinker vom Alkohol.

Des Weiteren besteht ein hohes Transmissionsrisiko für die Abhängigkeit, das sich durch Risikofaktoren wie biologische Effekte oder auch Familien-, Alkohol- und Lerneffekte erhöht. Zusammen mit den Schutzfaktoren wie zum Beispiel den Resilienzen, neuen Bewältigungsstrategien und Familienritualen ergibt sich die Entwicklungsprognose des Kindes. Dabei muss natürlich berücksichtigt werden, dass jedes Kind individuell ist und nicht von einem „wenn-dann“-Schema ausgegangen werden kann.

Wie beschrieben gibt es sicherlich Faktoren, die einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit begünstigen aber lange nicht alle Kinder von Alkoholkranken werden selber abhängig.

Die beschriebene Hilfe ist umso wichtiger. Vor allem nicht erst wenn es zu spät ist und das Kind unter Entwicklungsstörungen leidet, sondern bereits wenn eine Abhängigkeit bei einem Elternteil besteht. Aufklärung ist hierbei alles.

Eltern nehmen oft an, dass die Kinder den übermäßigen Konsum nicht bemerken. Allerdings bemerken sie Veränderungen sehr wohl und reagieren sehr sensibel darauf.

Kein Familienmitglied kann sich dabei der Situation entziehen, dann alle leiden unter der Abhängigkeit. Bereits die Suchtberatungsstelle sollte erkennen, dass es neben dem Abhängigen eine Familie gibt, die ebenfalls Unterstützung benötigt und eventuelle Maßnahmen einleiten. Selbsthilfegruppen und Freizeitzentren für die Kinder wären eine ideale Unterstützung, dann so ist ihnen ein Weg aus der Isolation gebahnt und die Kontaktaufnahme mit Gleichaltrigen und Betreuern möglich um Geschehenes zu reflektieren, Ängste und Sorgen zu besprechen und Gefühlen freien Lauf zu lassen. Auch vom Austausch mit anderen betroffenen Kindern, könnten sie profitieren und ein Gefühl von Verbundenheit und des Nicht-Alleinseins erleben.

Wichtig ist es außerdem zu erkennen, dass es wahrscheinlich auch positive Zeiten im Familienleben gibt und trotzdem viel Liebe zwischen den Familienmitgliedern herrscht, denn ansonsten wäre die Familie schon zerbrochen.

An diesen Punkten können Hilfeleistende in der Familienarbeit anknüpfen.

Wichtig ist es, die Kinder nicht von vornherein zu stigmatisieren und ihnen den Psychiatristentempel aufzusetzen, sondern gerade dem durch beschriebene Hilfen entgegenzuwirken.

Quellenverzeichnis

Arenz-Greiving, Ingrid: Die vergessenen Kinder- Kinder von Suchtkranken. Wuppertal 2007.

Dilger, Helga: Sex & Drugs & Alkohol oder „Jetzt bin ich auch noch schwanger!“. In: Zobel, Martin (Hrsg.): Wenn Eltern zuviel trinken- Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn 2001. S. 162-169.

Holtorf, Siegfried/Zobel, Martin: „Die nehmen uns die Kinder weg!“- Das Jugendamt zwischen Hilfe und Härte. In: Zobel, Martin (Hrsg.): Wenn Eltern zuviel trinken- Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn 2001. S. 136-148.

Klein, Michael u.a.: Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Regensburg 2005.

Lindenmeyer, Johannes: Was ist eine Alkoholabhängigkeit und wie entsteht sie? In: Zobel, Martin (Hrsg.): Wenn Eltern zuviel trinken- Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Bonn 2008, S. 58-67.

Quast, Anja: Empfehlungen für die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe. In: Klaus Hinze, Annemarie Jost (Hrsg.): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe. Freiburg im Breisgau 2006, S. 96-175 + Anhang 3 S. 219-220.

Schneider, Ralf: Die Suchtfibel- Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten. Baltmannsweiler 1998.

URL1: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57160/1-8-Millionen-Alkoholabhaengige-in-Deutschland.html> [Stand: 30.05.2014]

URL2: <http://www.aktionswoche-alkohol.de/hintergrund-alkohol/gewalt.html> [Stand: 30.05.2014]

Vogelgesang, Monika: Belastungsstörungen bei Kindern alkoholkranker gewalttätiger Eltern. In: Zobel, Martin: Wenn Eltern zuviel trinken- Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Bonn 2008. S. 178-186.

Zobel, Martin/Klein, Michael: Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien-Ergebnisse einer Modellstudie. In: Zobel, Martin (Hrsg.): Wenn Eltern zu viel trinken- Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn 2001. S. 90-104.

Zobel, Martin: Die Situation der Kinder in alkoholbelasteten Familien. In: Zobel, Martin: Wenn Eltern zuviel trinken- Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien. Bonn 2008. S.42-57

Zobel, Martin: Kinder aus alkoholbelasteten Familien- Entwicklungsrisiken und –chancen. Göttingen 2006.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Neubrandenburg, den 13.06.2014

Stefanie Mohr