



Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Kinder mit alkoholkranken Eltern

Mit welchen Herausforderungen leben die Kinder und wie lernen sie,
damit umzugehen?

Bachelorthesis

Pädagogik der Kindheit

vorgelegt von

Schreyner, Josephine Monique

6. Fachsemester

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0365-7

1. Betreuerin: Prof. Dr. Claudia Nürnberg

2. Betreuerin: Nadine Simonn M.A.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	- 3 -
Einleitung	- 4 -
1 Diagnose Alkoholismus	- 6 -
1.1 Alkoholismus nach ICD-10	- 7 -
1.2 Alkoholismus nach DSM-IV	- 8 -
1.3 Vergleich ICD-10 und DSM-IV	- 8 -
2 Kinder von alkoholabhängigen Eltern	- 10 -
2.1 Bindung	- 10 -
2.2 Rollenmodelle der Kinder	- 14 -
3 Risiken der Kinder	- 18 -
3.1 Die physischen Risiken	- 19 -
3.2 Die psychischen Risiken	- 19 -
3.2.1 Externalisierende Auffälligkeiten	- 20 -
3.2.2 Internalisierende Auffälligkeiten	- 21 -
3.3 Soziale Risiken	- 22 -
3.4 Co-Abhängigkeit	- 22 -
4 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern	- 24 -
5 Stärken der Suchtkinder nach Barnowski-Geiser (2015)	- 27 -
6 Interventionsprogramm für Kinder aus alkoholbelasteten Familien	- 31 -
6.1 Trampolin – Entstehung und Erklärung	- 31 -
6.2 Inhalt	- 32 -
6.3 Ziele	- 32 -
7 Fazit	- 36 -
Literaturverzeichnis	- 37 -

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Vergleich der Kriterien von DSM-IV und ICD-10 (Soyka, Kühner, 2011, S. 13).....	8 -
Abbildung 2:	Häufigkeit hochunsicherer Bindung nach Risikofaktoren (Pönsch, 2012, S. 125).....	14 -
Abbildung 3:	Rollenmodelle im Überblick (Zobel, 2000, S. 31).....	15 -
Abbildung 4:	Risiko- und Schutzfaktoren (Zobel, 2000, S. 179, nach Petermann 1997).....	24 -

Einleitung

Alkohol schadet auf Dauer nicht nur die eigene Leber, sondern auch der Familie. Gerade die Kinder, die in diesen Haushalten aufwachsen, leben mit unterschiedlichen Herausforderungen. Kinder nehmen einen Platz in der Familie ein, der nicht ihrem Stand der Entwicklung gerecht wird (vgl. Barnowski-Geisler, 2015, S. 11).

Während der verschiedensten Praktika, die ich in meinem Studium durchführen konnte, hörte ich des Öfteren, dass das Thema Alkohol in einigen Familien ein Problem ist. Sei es in Form von einem alkoholabhängigen Familienmitglied oder einer ehemals süchtigen Mutter: die Relevanz des Themas ist spätestens durch Covid-19 gestiegen. Ich habe vor der Pandemie ebenfalls in einigen Kindertagesstätten gearbeitet und zu diesem Zeitpunkt ist seltener der Fall aufgetreten, dass die Einrichtung mit abhängigen Eltern zusammenarbeitet. Folglich vernahm ich, dass viele Eltern unglücklicher werden: einige verlieren durch das Virus ihren Beruf, viele wurden dadurch psychisch krank und manche fangen mit dem Trinken an. Unzufriedenheit, Gleichgültigkeit und charakterliche Änderungen fiel mir als erstes bei einigen Kindern auf.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird der Frage nachgegangen, mit welchen Herausforderungen die Kinder leben und wie sie mit der familiären Situation umgehen bzw. wie sie lernen, damit umzugehen. Im Mittelpunkt dieser Bachelorarbeit stehen explizit die Kinder der alkoholabhängigen Eltern und mit welchen Strategien sie ihre Kindheit bewältigen. Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Qualität der Bindung zwischen Eltern und Kind eine entscheidende Rolle beim Aufwachsen des Kindes spielt. Das Ziel ist es herauszufinden, wo die charakterlichen Änderungen der Kinder ihren Ursprung haben, da ich beobachtet habe, dass die Eltern die Abhängigkeit versuchen, zu verheimlichen. An dieser Stelle ist anzumerken, dass der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für die Entwicklung des Kindes hat. Dieses Thema wird zwar in der Arbeit kurz zugrunde gelegt, ist aber anders einzuordnen und findet daher nur einen kleinen Platz.

Behandelt werden verschiedene Studien und Artikel in Kombination mit eigenen Erfahrungen, um eine gut veranschaulichende Bachelorarbeit darzulegen. Dabei

wurde die quantitative Inhaltsanalyse gewählt, um alle Aspekte und Ausdehnungen des Themas zu beleuchten.

Zu Beginn wird auf den Alkoholismus eingegangen und erklärt, wie ein Mensch in die Abhängigkeit gerät und welche Folgen der Alkohol (körperlich) auf eine Person hat. Bezogen wird sich vor allem auf das ICD-10 und dem DSM-IV, welche beide bei der Erkennung der Abhängigkeit wichtig sind. Im nächsten Schritt beginnt das Hauptthema der Bachelorarbeit, und zwar welchen Einfluss der Alkoholismus auf die Kinder hat. Zunächst wird dabei auf die Eltern-Kind Bindung eingegangen. In Kombination mit den verschiedenen Rollenmodellen soll gezeigt werden, welche gravierenden Veränderungen auf das Kind zukommen können. Die Risiken, mit denen die Kinder aufwachsen, werden in der Arbeit unterteilt, um bestens zu zeigen, wie komplex die Risiken sind. Der Alkoholismus der Eltern ist oft nicht der einzige Grund für die Kinder, da sie zusätzlich zahlreichen anderen Problemen ausgesetzt sind (vgl. Zobel, 2000, S. 178 f.). Viele umweltbezogene Faktoren kommen hinzu und werden in der Bachelorarbeit zum Tragen kommen. Da die Kinder auch gewisse Chancen haben, Stärken in der familiären Situation auszuprägen, findet dieser Punkt ebenfalls seinen Platz in der Arbeit. Zum Schluss findet sich ein Programm in der Bachelorarbeit wieder, dass eine wichtige Bedeutung für die Kinder aus alkoholbelasteten Familien hat. Dieses Programm ermöglicht Kindern und Eltern, einander zu verstehen. In einem Fazit wird die Bachelorarbeit zusammengefasst und beschrieben, welche Aspekte besonders wichtig sind.

1 Diagnose Alkoholismus

Im Vergleich zu anderen Opioiden, wie z.B. Heroin, ist Alkohol die am meist abhängig machende Substanz (vgl. Soyka, Küfner, 2011, S. 9). Im ICD-10, auf das im Laufe des Kapitels noch genauer eingegangen wird, steht Alkohol auf Platz eins in der Kategorie „Abhängigkeitspotenzial“. Kokain steht auf Platz fünf (vgl. ebd.).

Alkohol hemmt die Signalverarbeitung in unserem Gehirn, wodurch Menschen durch bereits geringe Mengen entspannt und aufgemuntert wirken können. Jedoch ist die Schwelle schnell überschritten: zu viel Alkohol schränkt die Kontrolle über unsere Wahrnehmung ein und kann unser Verhalten ebenso negativ beeinflussen (vgl. Tertilt, planet wissen, o. D.). Schätzungsweise sterben in Deutschland pro Jahr 49.000 Menschen an den Folgen von Alkohol. Zum Vergleich: Pro Jahr sterben 1.500 an den Folgen anderer Substanzen und 115.000 Menschen durch das Zigarette rauchen (vgl. Küfner, Metzner, 2011, S. 34).

„Wenn der Schaden [...] den Nutzen klar übersteigt oder in absehbarer Zeit [...] übersteigen wird, spricht man von Missbrauch“ (Soyka, Küfner, 2011, S. 6). Ein einmaliger Rausch kann per Definition ebenfalls als *Missbrauch* bezeichnet werden. Eine *Abhängigkeit* hingegen ist ein Syndrom, „das Symptome der physiologischen, der kognitiven und der Verhaltensebene umfasst“ (ebd.). Eine *Abhängigkeit* äußert sich sowohl auf physische als auch auf psychischer Ebene. Das körperliche Verlangen nach Alkohol wird in zwei Phänomenen geteilt:

- das Entzugssyndrom, bei dem Symptome nach längerem Konsum nach dem Absetzen auftreten
- die Toleranzentwicklung, d.h., dass die Person ihren Konsum stetig steigern muss, um eine ähnliche Wirkung wie zu Beginn zu erhalten (vgl. ebd. S. 7).

Um eine ausreichende Diagnose stellen zu können, ist es wichtig, auf die psychischen Symptome zu achten. Es handelt sich um ein sehr hohes Verlangen den Konsum fortzuführen. Zusätzlich verliert die Person die Kontrolle über sich selbst. Dieser Aspekt wurde zuvor thematisiert. Ebenso bestätigt sich hier, dass ein einmaliger Rauschzustand, bei dem die Person die Kontrolle über sich selbst verliert, ebenfalls als *Missbrauch* bezeichnet wird. Dabei ist die Gefahr, süchtig zu

werden, durch den Gewöhnungseffekt beeinflusst. Das wiederholte Trinken führt dazu, dass der Körper sich schnell an die gesetzten Reize durch den Alkohol anpasst und somit der Körper beim nächsten Konsum mehr möchte, um dieselben Effekte wieder zu erreichen. Wichtig ist, dass die Gewöhnung nicht mit der Gewohnheit gleichgestellt wird. Eine Gewohnheit ist eine automatisch ablaufende Abfolge, wodurch andere Verhaltensweise möglichst verringert werden. Die Gewohnheit, regelmäßig zu Trinken, ist ausschlaggebend für den Alkoholmissbrauch (vgl. ebd. S. 7 f.).

In den folgenden Unterkapiteln werden das ICD-10 und das DSM-IV behandelt und miteinander verglichen. Beide enthalten alle Kriterien, um Alkoholismus fachgerecht zu diagnostizieren. Die beiden Klassifikationsschemata sind die jeweils letzten Ausgaben. Es existieren zwar bereits neue Auflagen, jedoch werden sie literarisch nicht auf der Ebene benutzt und verglichen wie das ICD-10 und das DSM-IV (vgl. ebd. S. 14).

1.1 Alkoholismus nach ICD-10

Das *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, welches von der WHO herausgegeben wird, ist, wie der Name sagt, eine Klassifikation für gesundheitlich Probleme. Im ICD-10 werden sechs Kriterien für die Alkoholabhängigkeit benannt, die unter anderem bereits thematisiert wurden:

- starkes Verlangen,
- verringerte Kontrollfähigkeit (hier nochmal bezogen auf Beginn, Beendigung und Regulierung der Menge),
- Toleranzentwicklung,
- Vernachlässigung von (ehemaligen) Interessen und Hobbys aufgrund eines Anstiegs des Zeitaufwands den Alkohol zu besorgen oder zu verstauen
- Weitertrinken ggf. durch depressive Phasen, obwohl die Person sich den Schäden bewusst ist (vgl. Soyka, Küfner, 2011, S. 12).

Wichtig ist, dass die Diagnose nur gestellt werden kann, „wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der genannten Kriterien vorhanden waren“ (ebd.).

1.2 Alkoholismus nach DSM-IV

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* findet hauptsächlich im amerikanischen Raum gebrauch. Dort wird anhand von sieben Kriterien eine Abhängigkeit diagnostiziert. Genauso wie beim ICD-10 müssen mindestens drei Kriterien folgender innerhalb eines Jahres auftreten:

- Toleranzentwicklung,
- Entzugssymptome, die sich allerdings zwölf Stunden nach Verringerung des Konsums in mindestens eines der beiden Kriterien äußern: klassisches Entzugssyndrom oder Wiedereinnahme der Substanz, um Entzugserscheinungen zu lindern,
- zunehmende Menge und längere Einnahme als ursprünglich gewollt,
- Wunsch und Versuche, Konsum zu verringern,
- hoher zeitlicher Aufwand, Alkohol zu beschaffen, einzunehmen und auszunüchtern,
- Vernachlässigung von sozialen Kontakten
- anhaltender Missbrauch, obwohl die Person weiß, wie schädlich es ist (vgl. ebd. S. 12 f.).

1.3 Vergleich ICD-10 und DSM-IV

DSM IV	ICD-10
Schädlicher Gebrauch bzw. Missbrauch <ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung von Pflichten (1) • Alkohol trotz körperlicher Risiken (2) • Alkohol trotz Problemen mit der Polizei (3) • Alkohol trotz psychosozialer Probleme (4) 	Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit
Abhängigkeit * <ul style="list-style-type: none"> • Toleranz (1) • Entzugssyndrom (2) • Kontrollminderung (3) • zwanghaftes Trinken (4) • hoher Zeitaufwand für Alkoholbeschaffung (5) • Vernachlässigung anderer Aktivitäten (6) • Konsum trotz Wissen um negative Folgen (7) 	<ul style="list-style-type: none"> • Toleranz (4) • Entzugssyndrom (3) • Kontrollminderung (2) • zwanghaftes Trinken (1) • hoher Zeitaufwand für Alkoholbeschaffung (5) • Vernachlässigung anderer Aktivitäten (5) • Konsum trotz Wissen um negative Folgen (6)

* Die Ziffern entsprechen der Reihenfolge in dem jeweiligen Diagnosesystem.

Abbildung 1: Vergleich der Kriterien von DSM-IV und ICD-10
(Soyka, Küfner, 2011, S. 13)

In der Tabelle sind die Kriterien für Alkoholismus nach ICD-10 und DSM-IV zusammengefasst und werden hier miteinander verglichen. Aus der Tabelle wird ersichtlich, dass es Unterschiede zwischen *Schädlicher Gebrauch* und *Missbrauch* gibt (vgl. ebd. S. 14). Nach Soyka und Küfner (2011) „werden beide Begriffe weiterhin als synonym verwendet, vor allem in Gegenüberstellung zum Begriff der Abhängigkeit“ (ebd.). *Missbrauch* und *Abhängigkeit* werden unterschiedlich betrachtet und eingestuft (vgl. ebd.).

Nach ICD-10 kennzeichnet der *Missbrauch* eine Person durch *Schädigung der psychischen und physischen Gesundheit*, das im Gegensatz zum DSM-IV mit vier Kriterien allgemeiner gefasst wurde. Im ICD-10 finden sich keinerlei Aspekte zu „negative[n] soziale[n] Konsequenzen“ (ebd.).

Im Punkt *Abhängigkeit* sind sich das ICD-10 und das DSM-IV einiger. Mehrere Symptome ähneln sich in beiden Klassifikationsschemata. Einen interessanten Unterschied gibt es jedoch: obwohl das DSM-IV bei den Kriterien genauer scheint, wurde eine Alkoholabhängigkeit bei 3,9% der Population diagnostiziert. Mit dem ICD-10 werden 5,5% mit einer Abhängigkeit entdeckt (vgl. ebd.).

Es wird nicht ersichtlich, warum nach ICD-10 die Kriterien bei *Schädlicher Gebrauch* bzw. *Missbrauch* allgemeiner gehalten wurden. Ebenso, warum beide Begriffe zusammengefügt sind, obwohl Soyka und Küfner (2011) beschreiben, dass es Unterschiede gibt. Das DSM-IV ist in der Ausarbeitung der Kriterien der Krankheit Alkoholismus genauer. Dadurch kann besser differenziert werden und eine klarere Diagnose gestellt werden.

2 Kinder von alkoholabhängigen Eltern

Schätzungsweise wachsen zwei Millionen Kinder und Jugendliche in einer Familie mit Alkoholproblemen auf (vgl. Zobel, 2000, S. 7). Für viele Familien ist dieses Thema unangenehm, es erfüllt eine Person mit Scham und Unbehagen. Nach Zobel (2000) werden Kinder gemeinhin als „gestört“ und „defizitär“ dargestellt. Sie erhalten keine Chance auf eine eigenständige Führung ihres Lebens. Die Vorurteile gegenüber diesen Kindern sind hoch: selbst Familienhelfer:innen neigen dazu, diese Attribute den Kindern zuzuschreiben (vgl. ebd.). So beschreibt Lambrou (2010) in ihrem Buch, dass Kinder sich allein gelassen fühlen mit den Angst-, Schuld- und Rachegefühle. „Sie haben nie ein normales Familienleben kennengelernt und noch als Erwachsene Schwierigkeiten, eine dauerhafte Partnerschaft zu führen“ (Lambrou, 2010, S. 2). Es ist schwierig, ein „normales“ Bild einer Familie herzustellen. Die Herausforderung besteht darin, sich als Eltern nicht mit anderen Eltern oder Familien zu vergleichen. Dadurch stehen die Familien unter hohem Druck, gerade wenn es um Schamgefühle geht.

Es existieren jedoch resiliente Kinder, die trotz der Umstände, ihre Chancen genutzt haben. Diese Kinder stechen durch beispielsweise Kommunikationsfreudigkeit hervor und lieben es, gemeinschaftliche Aktivitäten mit einem Freund/ einer Freundin zu erleben (vgl. Zobel, 2000, S. 51). Es gibt einige weitere Errungenschaften, die Kinder mit oder ohne ihre Familie erlangen.

In den folgenden Unterkapiteln wird sich mit den Risiken solcher Kinder befasst, unter anderem mit dem Aspekt der Co-Abhängigkeit, aber auch mit den Chancen dieser Kinder.

2.1 Bindung

„Es ist für Menschen charakteristisch, starke affektive Beziehungen miteinander einzugehen. [...] Während stabile Beziehungen eine Quelle der Freude und Sicherheit sind, lösen Trennung, Verlust bzw. drohender Verlust Angst oder Ärger oder Trauer und Depressionen aus“ (Grossmann & Grossmann, 2009, S. 22). Eine sehr wichtige Rolle spielt die Bindung. Sie ist der Zusammenhalt zwischen jedem einzelnen Individuum. Ohne eine Bindung, sind Kinder hilflos, auf sich allein gestellt und könnten Schwierigkeiten beim Bewältigen von Alltagssituationen

bekommen. Sie lernen von ihren Eltern oder ihrem Elternteil und schauen sich Kleinigkeiten ab und versuchen diese, mit einem scheinbar unermüdlichen Tatkraft, nachzumachen. Diese Beziehung zwischen Eltern und Kind ist essentiell für ein gesundes Aufwachsen und Ausbilden sozialer Kompetenzen. Bei dem Thema *Alkoholismus* spricht vieles gegen eine „stabile Beziehung“. Um dies genauer zu erläutern, wird zunächst auf die verschiedenen Bindungsstile eingegangen, um Vergleiche zu schaffen.

Die sichere Bindung

Eine sichere Bindung äußert sich durch eine „ausgewogene Balance von Bindungs- und Explorationsverhalten“ (Grossmann und Grossmann, 2008, S. 140). Hierbei sticht enger Körperkontakt und offene Kommunikation der Gefühle zwischen Mutter und Kind heraus. Die gefühlvolle Mutter tröstet das Kind in Stresssituationen. Durch diese Art der Bedürfnisbefriedigung lernt es, mit diesen Situationen gut umgehen zu können (vgl. Pönsch, 2012, S. 30). Somit steigt das Explorationsverhalten, da diese Kinder ein hohes Maß an Sicherheit verspüren (vgl. Grossmann & Grossmann, 2008, S. 55). Nun kann es jedoch dazu kommen, dass die Mutter nicht in der Lage ist, sich um das Kind zu kümmern, da sie durch eine Periode des Trinkens und Ausnüchterns schlaflos oder nicht zu Hause ist. Dieses instabile Verhältnis ist für das Kind eine zusätzliche Belastung, da es keine sichere Bindung aufbauen kann.

Die unsicher-vermeidende Bindung

Diese Art der Bindung ist durch eine weniger hochwertige Qualität zu beschreiben (vgl. Ahnert, 2004, S. 69). Der Trennungsstress wird hierbei nicht durch Körperkontakt oder einer anderen Form von Bedürfnisbefriedigung wieder abgebaut (vgl. Grossmann und Grossmann, 2008, S. 143). Doch der Schein trügt: Kinder, mit einer vermeidenden Haltung, haben nach Messungen einen nachweisbaren Anstieg von Stresshormonen und der Herzfrequenz (vgl. Hopf, 2005, S. 57). Diese Kinder zeigen kaum Gefühle im Hinblick auf ihre Trauer. Sie wenden sich lieber ihrem Spielzeug zu, konzentrieren sich jedoch weniger darauf (vgl. Pönsch, 2012, S. 31).

Dieser Bindungstyp entsteht, wenn Eltern (auch durch Bitten ihres Kindes) ihr Kind ignorieren oder gar vernachlässigen. „Dies ist vor allem problematisch bei der Nichtbeachtung oder Zurückweisung von negativen Gefühlsäußerungen des Kindes“ (Becker-Stoll, 2007, S. 25). Grossmann und Grossmann (2008) beschrieben, dass die Kinder, um ihre gewünschte Aufmerksamkeit zu bekommen, ihre wahren Gefühle nicht zeigen. Sie überregulieren ihre Gefühle. Sie verhalten sich besonders „süß“ und „verspielt“. Dieses Verhaltensmuster beschreibt McKinsey Crittenden (1999) als *coy behaviour* (vgl. Pönsch, 2012, S. 123). „[Sie] überregulieren ihren Affekt und vermeiden beunruhigende Situationen, um sich selbst zu schützen“ (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2004, S. 47). Alkoholabhängige Eltern, die sich gerade in einem Rauschzustand befinden, würden die Bitte des Kindes gar nicht oder nur begrenzt wahrnehmen können, aufgrund ihres eingeschränkten Zustands.

Die unsicher-ambivalente Bindung

Diese Kinder äußern ihr Verhalten in einem Übermaß an Bindungsgefühlen. „Sie haben eine große Angst vor dem Verlust und mischen diese auch mit Ärger“ (Grossmann & Grossmann, 2008, S. 140). Ebenfalls, wie die *unsicher-vermeidend*en Kinder, sind sie in ihrer Konzentration eingeschränkt, jedoch nicht beim Spielen, sondern in Bezug auf ihre Bindungsperson (vgl. Pönsch, 2012, S. 32). Die Kinder sind durch die kleinsten emotionalen Einbrüche stark verunsichert, wodurch ihre Exploration stark eingeschränkt ist. Die Bezugsperson des Kindes kriegt sie nur schwer beruhigt. Klinische Bindungsforscher sprechen hier von einer „Angstbindung“ (vgl. Grossmann & Grossmann, 2008, S. 151 f.).

Nach Erickson und Egeland (2006) besteht ein nachweislicher Zusammenhang zwischen diesem Bindungstyp und einer „unzuverlässigen, unvorhersagbaren Betreuung in den ersten Lebensmonaten des Kindes“ (Pönsch, 2012, S. 122). Im Grunde können diese Eltern sehr behutsam sein, jedoch nicht auf Dauer (vgl. Scheuerer-Englisch, 2004, S. 15). Die Kinder alkoholkranker Eltern können nicht voraussagen, in welcher Episode sich ihre Bezugspersonen befinden: wenn die Bezugspersonen trinken, sind sie glücklich, wenn die Entzugssymptome einsetzen, werden sie wütend. In dieser Phase sind alkoholabhängige Personen, besonders reizbar und verlieren die Kontrolle über sich und über ihre Kinder.

Diverse Arten von Vernachlässigung und sogar Missbrauch können in diesen Familien vorherrschen (vgl. Mortler, 2017, S. 4). Kinder versuchen, durch die Rünterregelung ihrer eigenen Gefühle, die Gefühle ihrer Eltern zu regulieren (vgl. Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2004, S. 47). Kinder mit diesem Bindungsmuster können eine schlau vorgetäuschte starke Abhängigkeit simulieren, um von den Eltern die gewünschte Aufmerksamkeit zu erhalten (vgl. Suess und Röhl, 1999, S. 169).

Die desorganisierte Bindung

Diese Bindung zeichnet sich dadurch aus, dass sie neben einer sicheren und unsicheren Bindung stehen kann „und keine kategorisch nachvollziehbaren Strukturen aufzeigt“ (Gahleitner, 2005, S. 54). Nach Becker-Stoll (2007) wird diese Bindung durch eine *Unterbrechung oder Überlagerung* folgender Verhaltensweisen deutlich:

- „Widersprüchliche Verhaltensweisen (Nähe suchen und gleichzeitig vermeiden)
- Anzeichen von Angst vor der Bindungsperson
- Erstarren, Einfrieren von Bewegungen
- Anzeichen von Desorganisation [...]
- Stereotypien (Hin- und Herschaukeln)“ (Pönsch, 2012, S. 33 f.).

Die Bindung bringt eine Biografie an „wiederholten Trennungen, massiver Partnerschaftskonflikte der Eltern, schwere Vernachlässigung, Misshandlungen oder sexuellen Missbrauchs“ mit sich (Fonagy Gergely, Jurist, Target, 2004, S. 47). Es wird hier von einer *Bindungstraumatisierung* gesprochen, d.h. es herrscht eine „emotionale Kälte in der Eltern-Kind-Beziehung“ durch diverse psychische Krankheiten wie z.B. Alkoholabhängigkeit (vgl. Alberti, 2007, S. 71).

Zum Schluss ist festzuhalten, dass die Kinder, die in einem Haushalt mit Alkoholmissbrauch leben, mit hoher Wahrscheinlichkeit ein desorganisiertes Bindungsmuster aufweisen. Somit veröffentlichten Van IJzendoorn, Schuengel und Bakermans-Kranenburg (1999) eine Übersicht über die Auftretenshäufigkeit *hochunsicherer Bindungsmuster* bei diversen Risikofaktoren (vgl. Pönsch, 2012, S. 124).

Eine *hochunsichere Bindung* bezeichnet die Extremformen einer organisierten und desorganisierten Bindung (vgl. Ziegenhain, Fries, Bülow, Derksen, 2004, S. 99).

Risikokonstellation	Häufigkeit von D (%)
Misshandlung	55%-82%
Depressiv erkrankte Eltern	25%-62%
Unverarbeitete Verluste	39%-56%
Alkohol- und Drogenmissbrauch	43%
Jugendliche und alleinerziehende Mütter	21%-60%
Kind (neurol. Auffälligkeiten, Autismus, etc.)	35%

Abbildung 2: Häufigkeit hochunsicherer Bindung nach Risikofaktoren
(Pönsch, 2012, S. 125)

Wie aus der Tabelle hervorgeht, haben 43% der Kinder von Eltern, die mit Alkohol- und Drogenmissbrauch zu kämpfen haben, ein desorganisiertes Bindungsmuster (D).

2.2 Rollenmodelle der Kinder

Kinder werden gezwungen, sich durch ihre familiären Umstände anzupassen. Dadurch entwickeln Kinder ihre eigenen Rollen, um sich zu schützen. Black und Wegscheider haben das Anpassungsbestreben analysiert und es zu einem *Rollenmodell* entwickelt, welches die Kinder in ihren verschiedenen Rollen beschreibt (vgl. Zobel, 2000, S. 29). Die Rollen müssen allerdings nicht als reine Form auftreten. Eine Person kann über die Jahre mehrere Male die Rollen wechseln und einzelne Eigenschaften der Rollen annehmen. „Die einzelnen Rollen sind somit als Versuch zu verstehen, in einer schädigenden Umwelt [...] sich selbst zu schützen“ (ebd. S. 32).

In der Abbildung sind die *Rollenmodelle* nach Wegscheider (1988) und Black (1988) aufgeführt, jedoch ebenso weitere Rollenmodelle von Ackermann (1987), Lambrou (1990) und Jakob (1991). Die Rollenmodelle von Wegscheider (1988)

und Black (1988) sind identisch, sie unterscheiden sich lediglich im Namen (vgl. Zobel, 2000, S. 30). Da Wegscheider (1988) und Black (1988) diese Rollenmodelle entwickelt haben, werden diese kurz zusammengefasst.

Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackerman (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungsbewußtes Kind	Macher	Macher	Elternkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäkchen
		Chamäleon Der Übererwachsene	Chamäleon	
		Der Distanzierte		
		Der Unverletzte		

Abbildung 3: Rollenmodelle im Überblick
(Zobel, 2000, S. 31)

Der Held

Der *Held* (*verantwortungsbewusste Kind*) entflieht dem Stress zu Hause, in dem sich das Kind eine sportliche Aktivität sucht oder in der Schule starkes Engagement aufzeigt und versucht, dadurch Aufmerksamkeit zu erlangen. In der Regel sind das meist die erstgeborenen Kinder. Durch das hohe Maß an Selbstständigkeit (welche oft gelobt wird), versucht das Kind, dem Gefühl der Angst und des Alleinseins entgegenzuwirken. Nach Wegscheider (1988) haben die Kinder einen starken Drang zum Perfektionismus (vgl. Zobel, 2000, S. 29). Nach außen verstehen einige Perfektionismus als sehr fleißig und dass sich diese Kinder nicht ablenken lassen. Diese Eigenschaft kann aber erschöpfend sein, da sich die Person oft kleine, detaillierten Aufgaben, Herausforderungen etc. widmet und dabei die eigentliche Aufgabe aus den Augen verlieren. Das kann Stressor sein, da die Person denkt, sie ist nicht gut genug, da sie (in ihren Augen) nie fertig wird.

Der Sündenbock

Ein *Sündenbock* (*ausagierende Kind*) ist im Gegensatz zum *Helden* durch das „ausagierende Verhalten“ bekannt, d.h. es herrscht viel Rebellion (vgl. ebd.). Ein gewisses Maß an Rebellion ist gut für Kinder, gerade im jugendlichen Alter, da sie lernen, sich von ihren Eltern zu lösen und verstehen, dass sie ihre eigene Meinung bilden können. Es ist jedoch so, dass dieses Kind durch negatives Verhalten hervorsticht. „Sein Auftreten ist geprägt von Trotz, Feindseligkeit, Wut und niedrigem Selbstwertgefühl“ (ebd.). Der *Sündenbock* fängt früh an, Alkohol zu trinken oder andere Drogen zu sich zu nehmen. Meist ist er das zweite Kind der Familie (vgl. ebd.). Das Kind möchte durch die negativen Eigenschaften auffallen und so Aufmerksamkeit erlangen. Dabei ist es dem Kind meistens egal, ob es aneckt und ob es von Menschen aus der Umgebung gemocht wird. Es geht um die reine Aufmerksamkeit und die holt sich das Kind durch trotzig sein, schlagen, treten oder beleidigen.

Das verlorene Kind

Das *verlorene Kind* (*fügsame Kind*) lebt die meiste Zeit zurückgezogen innerhalb der eigenen Familie. In die „eigene Welt“ flüchtet das Kind, um den familiären Stress zu umgehen. Durch diesen Rückzug schützt sich das Kind vor unkontrollierbaren Verhalten der Eltern. Daher bekommt es für unauffällige Verhalten und das Nicht-Anecken oft ein Lob für „braves Verhalten“. Das Gefühl von Bedeutungslosigkeit macht sich meist im dritten Kind der Familie breit. Auch in der Kindertagesstätte werden diese Kinder oft als ruhig und unauffällig beschrieben. Das begünstigt jedoch, dass andere Kinder mit dem Kind oft nicht spielen möchten oder es sogar ausschließen. Wenn das Kind allerdings den Rückzug möchte und es sich diesen von allein einfordert, sollte es nicht gezwungen werden, beispielsweise mit anderen Kindern zu spielen, da es sich aus Erfahrung heraus weigert und sich unbehaglich fühlt und ggf. weinen könnte (vgl. ebd.).

Der Clown

Das vierte Rollenmodell ist der *Clown* (*Friedensstifter*). Dieses Kind ist aufgeschlossen und lacht gerne. Es ist extrovertiert und macht Witze, wirkt auf der

anderen Seite jedoch unreif, ängstlich und weniger belastbar. Meist zeigt das Kind eine Konzentrationsschwäche und ist hyperaktiv(vgl. ebd.). Dadurch, dass dieses Kind das Jüngste ist, versuchen die älteren Geschwister zu verheimlichen, „was in der Familie los ist“ (ebd. 29 f.).

Im pädagogischen Alltag finden sich häufiger Kinder, die eine oder mehrere Rollen einnehmen. Viele dieser Rollenmodelle sind ebenso Charaktereigenschaften, die Kinder früh entwickeln können. Eine Fachkraft muss dementsprechend sehr feinfühlig sein und vorsichtig handeln. Vage Behauptungen können das Vertrauen zwischen Eltern und Fachkraft kippen und dazu führen, dass das Kind in eine Rolle gezwängt wird, die es nicht besitzt.

3 Risiken der Kinder

Die Risiken, die sich für die Kinder ergeben können, wenn ein Elternteil oder beide an Alkoholismus leiden, sind facettenreich. Welche Folgen diese Krankheit auf die Eltern-Kind-Bindung haben können, wurde bereits thematisiert. Die Eltern könnten im schlimmsten Fall ihr eigenes Kind verbal oder körperlich angreifen (vgl. Mortler, 2017, S. 4). Es wurden vor allem bei Frauen dann Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch, späteren Alkoholproblemen und Angststörungen festgestellt, wenn die Frauen unter 13 Jahre alt waren (vgl. Spak, Spak, Allebeck, 1998, o. A.). Die Lebensbedingungen der Kinder sind nach Klein (2006a) „fast alle“ mit negativen Lebensereignissen verbunden (vgl. Pönsch, 2012, S. 125). Diese Kinder haben durch den Alkoholmissbrauch ihrer Eltern mit „schweren Risikobelastungen“ zu kämpfen. In einer Längsschnittstudie wurden diese Risiken aufgeführt (zu beachten ist jedoch, dass diese Risiken psychosoziale Risiken sind):

- „[...] psychische Störung eines Elternteils,
- [...] mangelnde soziale Integration und Unterstützung,
- ausgeprägte chronische Schwierigkeiten,
- mangelnde Bewältigungsfähigkeiten der Eltern“ (Sarimski, 2013, S. 10).

Welche Auswirkungen konkret diese Risikofaktoren auf die Kinder haben, wird in den nächsten Unterkapiteln thematisiert. Da die Folgen für die Kinder gravierend sein können und sich auf mehrfacher Ebene ausbreiten können, teilt Mortler (2017) die Risiken in folgende Sektionen auf: psychische und soziale Risiken und physische Risiken (wenn die Mutter während der Schwangerschaft trinkt) (vgl. ebd. S. 4). Eine wichtige Begrifflichkeit, die erklärt werden muss, ist die Co-Abhängigkeit. Jeder Angehörige hat mit dem Leid des Abhängigen zu kämpfen. Zudem gelten Kinder aus einem alkoholbelasteten Haushalt als Hochrisikogruppe für eine Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (vgl. ebd. S. 16). Nach Ackerman (1987), der unter anderem die Rollenmodelle entwickelte, steht die Abhängigkeit gegen vitale elterliche Erziehungsleistungen. Kinder werden in der Familie von Disharmonie und Abweisung geprägt (vgl. Zobel, 2000, S. 26).

3.1 Die physischen Risiken

Dieses Unterkapitel wird recht kurzgehalten, da körperliche Schäden am Kind nur dann auftreten, wenn die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol zu sich nimmt (außer, das Kind wird durch das abhängige Elternteil verletzt, z.B. durch Gewalt, aber hier geht es ausschließlich um die Schäden, die der Alkohol indirekt zufügt und nicht das Elternteil direkt).

Körperliche Risiken durch Alkohol auf das Kind haben einen pränatalen Ursprung. Der Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft ist für das ungeborene Kind höchst schädigend. Es kann zu körperlichen, geistigen und motorischen Entwicklungsverzögerungen kommen. In den meisten Fällen entstehen Veränderungen im Gesicht, Organschäden, Untergewicht, verminderte Intelligenz, Schlafstörungen usw. (vgl. Thomsen, Michalowski, Landeck, Lepke, 2021, S. 11). Es ist besonders gravierend, da das Kind nicht gegen den Entschluss der Mutter in der Schwangerschaft zu trinken, stimmen kann und mit dem entstandenen Schaden leben muss. Für das Kind könnte es schwierig werden, Anschluss in sozialen Schichten zu erlangen. Durch die äußerlichen Merkmale könnte es sich anders als andere Kinder fühlen. Außerdem bedarf das Kind bestimmte Therapien und Medikamente, die sich die Eltern eventuell nicht leisten können, um den Organschäden oder Vitaminmangeln Stand zu halten.

3.2 Die psychischen Risiken

Der exzessive Alkoholkonsum der Eltern ist in den meisten Fällen nicht alleiniger Prädikator einer Alkoholsucht. Ebenso die Umweltfaktoren spielen eine Rolle. Ein geringer Bildungsstand der Eltern, Geldknappheit und zahlreiche einhergehende Persönlichkeitsstörungen der Eltern, begünstigen einen erhöhten Konsum der Kinder bzw. Jugendlichen (vgl. Bennett, Wolin, Reiss, 1988, o. A.). Jugendliche erhoffen sich meist, durch ebenfalls starken Konsum, eine Steigung ihrer sozialen Kompetenzen (vgl. Greenbaum, Brown, Friedmann, 1995, o. A.).

Die eigene Identität zu finden, gestaltet sich für heranwachsende Kinder schwierig, vor allem im Erwachsenenalter. Durch die ständigen Anpassungsversuche in der Kindheit und den Versuch, durch die verschiedenen Rollen Aufmerksamkeit zu erlangen, kann es im Erwachsenenalter zu massiven Anpassungsschwierigkeiten kommen. Die Verhaltensmuster, die sich das Kind in der jeweiligen Rolle

(Held, Sündenbock, verlorenes Kind, Clown) angeeignet hat, verankern sich so stark in den Kindern, dass sie als Erwachsene Probleme damit haben können (vgl. Zobel, 2000, S. 32).

Die psychischen Risiken, die Kinder davontragen können, teilen sich in zwei Bereiche auf: externalisierende und internalisierende Störungen (vgl. ebd. S. 39). Die zwei Bereiche und welche Störungen dazu gehören, werden nun thematisiert.

3.2.1 Externalisierende Auffälligkeiten

Zu den externalisierenden Auffälligkeiten gehören unter anderem *Störungen des Sozialverhaltens* und *Aufmerksamkeitsstörungen mit Hyperaktivität (ADHD)* (vgl. ebd.). In der deutschen Sprache auch *ADHS* genannt, tritt diese Störung im Laufe der ersten fünf Lebensjahres das erste Mal auf und äußert sich durch mangelnde Ausdauer und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. ebd.) Ein Zusammenhang zwischen *ADHS* und dem Trinkverhalten der Eltern könnte dadurch entstehen, dass das Kind ins Rollenmuster des *Clowns* fällt (siehe 2.2). Da diese Kinder gerne „albern“ sind und viele Witze machen, könnten sie auf der anderen Seite dazu neigen, sich weniger konzentrieren zu können. Jedoch könne ein Zusammenhang nicht ausreichend belegt werden, da es noch weitaus mehr Faktoren gibt, z.B. die sozioökonomischen Verhältnisse und elterliche Folgeerkrankungen. *ADHS* ist einer der bedeutsamsten Risikofaktoren für eine Abhängigkeitserkrankung (vgl. ebd. S. 39 f.).

ADHS und *Sozialverhaltensstörungen* sind beide schwer auseinander zu halten, die sich viele Symptome überschneiden (vgl. ebd. S. 40). Kinder, die mit einer *Störung des Sozialverhaltens* aufwachsen, leben oft in ungünstigen Verhältnissen und haben Eltern mit einer antisozialen Persönlichkeit (vgl. ebd.). Die Störung bezieht sich auf die Rollenmodelle. Ein Kind, welches sich so stark anpassen muss, hat ebenfalls im Erwachsenenalter Schwierigkeiten, sich anzupassen (vgl. ebd.). Durch die Anpassung könnten einige Schäden für das Kind entstehen, die schwer wieder rückgängig zu machen sind. Kinder mit Sozialverhaltensstörungen wachsen mit ungünstigen Umweltfaktoren auf. Dies ist bei *ADHS* genauso, jedoch passiert das häufiger (vgl. ebd.). Somit können Eltern mit

psychischen Schäden, hervorgerufen durch Alkohol, nur schwer für ihr Kind da sein (siehe 2.1).

3.2.2 Internalisierende Auffälligkeiten

Internalisierende Störungen wie *Depressionen* oder *Angststörungen* sind eine der häufigsten auftretenden Störungen (vgl. Zobel, 2000, S. 42). Die *Angststörung* kann sich in mehrere Richtungen ausbreiten. Kinder können eine emotionale Störung mit Trennungsangst entwickeln, bei der sie eine enorm hohe Angst davor haben, ihre Bezugsperson zu verlieren (vgl. Dilling, Mombour, Schmidt, 1993, S. 305). Eine weitere Angst ist die *phobische Angst*. Diese Angst wird bei Erwachsenen hauptsächlich durch bestimmt Situationen ausgelöst. Bei einer *Störung mit sozialer Ängstlichkeit* lebt das Kind mit einer „durchgängige[n] und wiederkehrende[n] Furcht vor Fremden“ (ebd. S. 307). *Sonstige emotionale Störungen* sind nach ICD-10 „Identitätsstörungen, Rivalität in der Peergruppe und Störungen mit Überängstlichkeit“ (Zobel, 2000, S. 43). Es kann eine Feindseligkeit oder eine Ablehnung gegenüber neuen Familienmitgliedern entstehen. Vor allem gegenüber Geschwistern kann sich eine sogenannte Geschwisterrivalität entwickeln (vgl. ebd. S. 42 f.). Diese Feindseligkeit gegenüber den eigenen Geschwistern spiegelt sich allerdings nirgends wider, weder in den Bindungstypen noch den Rollenmodellen. Ein anfängliches „nicht-erkennen“ und dadurch ein Gefühlsausbruch von Angst, ist häufiger zu erkennen.

Es ist davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche ähnliche Merkmale einer *Depression* aufweisen, wie bei Erwachsenen. Das ICD-10 unterscheidet zwischen vier verschiedene Formen: „depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung, anhaltende affektive Störungen sowie sonstige nicht näher bezeichnete affektive Störungen“ (ebd. S. 43). Ein entscheidender Punkt bei der Entwicklung von internalisierenden Störungen, ist bei Kindern nicht nur das elterliche Alkoholproblem, sondern ebenfalls die häusliche Familiensituation (vgl. ebd.).

Zusammenfassend gibt es auch Berichte, die zeigen, wenn ein Elternteil das Trinken minimiert oder die Sucht gänzlich ablegt, dass sich auffällige Symptome bei den Kindern zurückbilden (vgl. ebd. S. 44). Ein weiteres Zeichen dafür, dass die

externalisierenden und internalisierenden Auffälligkeiten der Kinder ebenso durch sozioökonomische Faktoren beeinflusst werden.

3.3 Soziale Risiken

Vermutlich erleben Kinder von alkoholabhängigen Eltern eher soziale Ausgrenzung als andere Kinder, da sie anders fühlen und somit durch verschiedene Bewältigungsstrategien eine Rolle einnehmen, die gar nicht zu ihnen passt (siehe 2.2). Es kann ein entscheidender Faktor sein, ob nur ein Elternteil oder beide alkoholabhängig sind. So kann das Kind eventuell einige soziale Fähigkeiten erlernen, wenn ein Elternteil als gutes Beispiel voran geht. Die Atmosphäre innerhalb der Familie spielt auch eine wichtige Rolle. In den harmonischeren Familien, in denen die Gefühle ausgedrückt werden können und wo die Kinder sie selbst sein können, erlernen sie viel stärkere soziale Fähigkeiten (vgl. Zobel, 2000, S. 70). Mangelndes Vertrauen in andere Personen, mangelndes Selbstwertgefühl, mangelnde Bewältigungsstrategien, Co-Abhängigkeit und die Wahl eines ebenfalls abhängigen Partners sind Folge fehlender sozialer Kompetenzen (vgl. ebd. S. 69). Die Abhängigkeit der Eltern ist jedoch nicht der einzige Auslöser für soziale Schwierigkeiten. Verschiedene andere Probleme der Eltern, (eventuell ausgelöst durch den Alkohol) z.B. Depression, geringer sozioökonomischer Stand oder wenn beide Eltern abhängig sind, wirken ebenfalls dazu (vgl. ebd. S. 70).

Zusätzlich kann eine Realitätsflucht bzw. den Verlust zur Realität stattfinden, hervorgerufen durch die Schwierigkeit, den Alltag, ohne gut ausgeprägte soziale Kompetenzen zu meistern. Die Kinder flüchten in ihre eigene Welt, da sie soziale Kontakte zu anderen Menschen als anstrengend empfinden (vgl. Mortler, 2017, S. 9).

3.4 Co-Abhängigkeit

Der Begriff hat seinen Ursprung in der amerikanischen Suchtkrankenhilfe (vgl. Rennert, 2012, S. 119). Dort sind Begriffe wie „co-dependence“ oder „codependency“ verbreitet. Co-Abhängige sind Personen, „die mit einem Süchtigen zusammenleben oder eine enge Beziehung haben, und deren Leben dadurch beeinträchtigt ist“ (ebd. S. 119 f.).

Kinder (und auch der Partner/die Partnerin) konzentrieren sich andauernd oder phasenweise auf die alkoholabhängige Person (vgl. Lambrou, 2010, S. 148). Dieser dysfunktionale Beziehungsstil beschreibt die Personen, die sich für das Leben, die Gefühle und die Probleme des Alkoholabhängigen verantwortlich fühlen. Kinder, die mit einer zerrütteten Bindung aufwachsen, neigen dazu, im Erwachsenenalter selbst instabile Beziehungen mit alkoholbelasteten Menschen zu führen (vgl. Prest, Protinsky, 1993, o. A.) Nach Woititz (1983, 1990) gibt es 13 Merkmale bei Erwachsenen, die mit alkoholabhängigen Eltern aufgewachsen sind. Diese Merkmale sind mittlerweile fester Bestandteile der therapeutischen Arbeit von alkoholbelasteten Familien geworden. Unter anderem neigen diese Erwachsenen zu extremen Verhaltensweisen, d.h. sie sind entweder übertrieben verantwortungsbewusst oder komplett verantwortungslos. Sie haben Schwierigkeiten, Feingefühl zu entwickeln. So können sie schwer intime Beziehungen führen und sind beispielsweise sehr zuverlässig, auch wenn jemand diese Zuverlässigkeit offensichtlich nicht verdient. Schlussendlich sind sie sehr impulsiv in ihren Handlungen und Gefühlen (vgl. Zobel, 2000, S. 78 f.). Kinder neigen dazu, häusliche Aufgaben als ihre Pflichten anzusehen und kümmern sich ggf. um jüngere Geschwister, um den abhängigen Elternteil zu „ersetzen“. Dabei verfallen sie in nicht kindgerechte Rollen, die sehr herausfordernd werden können. Zusätzlich verschweigen Kinder die Abhängigkeit, um weiteren Stress zu vermeiden (vgl. Fenzler, 2000, S. 157).

Es ist von hoher Bedeutung zu erwähnen, dass nicht alle Kinder, die diesen Risiken ausgesetzt sind, selbst eine Sucht oder eine psychische Störung entwickeln. Gemeinsame Aktivitäten, Rituale, wie z.B. gemeinsame Mahlzeiten zu sich nehmen, Geburtstage feiern usw., die trotz des Trinkens der Eltern aufrechterhalten werden, wirken als protektive Faktoren (vgl. Chiba, 2007, S. 31). Diese Faktoren wirken, wie der Begriff schon vermuten lässt, als eine Art Beschützer vor Risiken für die Kinder. Diese fangen die negativen Einflüsse ab. Die Kinder haben die Chance, Risiken durch gewisse Schutzfaktoren zu minimieren. Welche Risiken und welche Schutzfaktoren das sind, wird im nächsten Kapitel thematisiert.

4 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern

Bei der Entwicklung des Kindes in einer suchtbelasteten Familie haben Persönlichkeits- und Umweltbedingungen eine starke Bedeutung bei dem Transmissionsrisiko, d.h. bei der Weitergabe der Suchterkrankung auf die nächste Generation. Dabei wirken die einzelnen Faktoren zusammen und bilden eine *Entwicklungsprognose* für das Kind (vgl. Zobel, 2000, S. 177). Risikofaktoren sind diese, die positive Erfahrungen im Leben des Kindes hemmen und das Kind in starke Stresssituationen bringen. Sie können psychische Schädigungen hervorrufen und negative Verhaltensmuster der Kinder auslösen. Bei den Schutzfaktoren handelt es sich um protektiven Bedingungen, die sich ein Kind aufbaut, um psychischen Schaden bei sich selbst so gering wie möglich zu halten. Erlernte soziale Kompetenzen helfen dem Kind, sich vor negativen familiären Gegebenheiten zu schützen (vgl. ebd. S. 179).

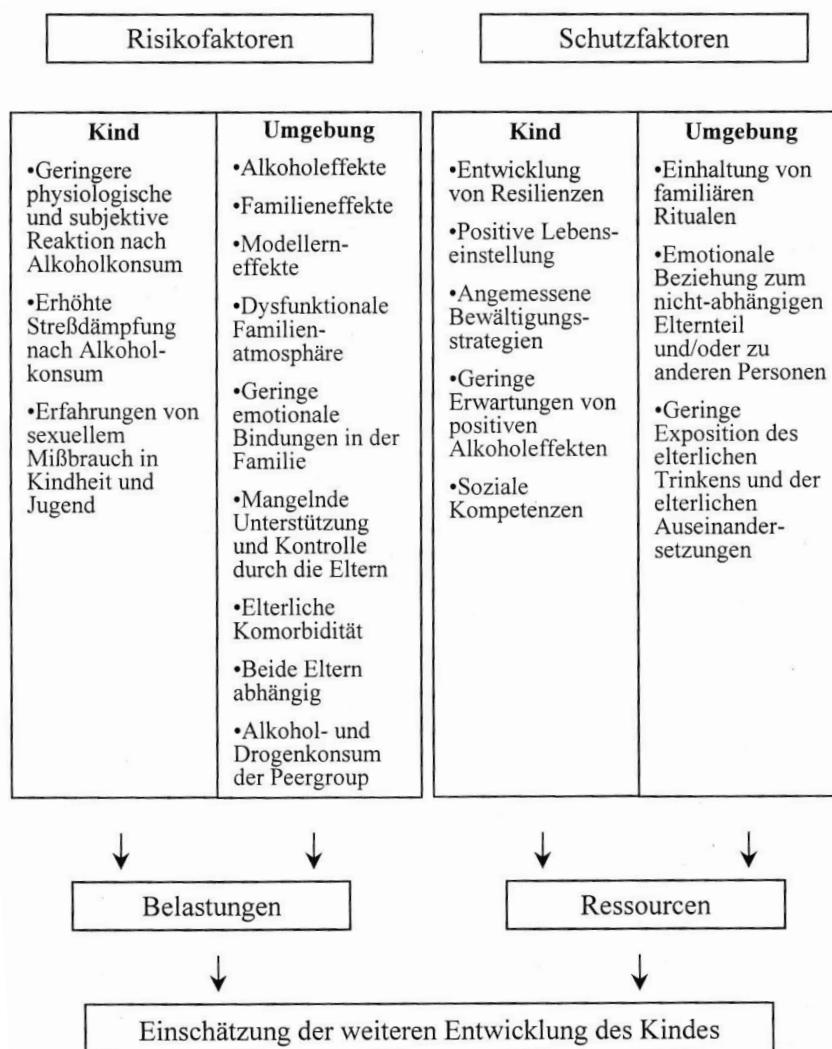


Abbildung 4: Risiko- und Schutzfaktoren
(Zobel, 2000, S. 179, nach Petermann 1997)

Kindbezogene Risikofaktoren

Im Jugendalter kann es dazu kommen, dass sich die jungen Erwachsenen gleichgesinnte mit einem erhöhtem Trinkverhalten suchen und sich dort Anerkennung und Bewunderungen einholen. Somit ist die Gefahr hoch, selbst Alkohol zu missbrauchen. Im Erwachsenenalter können sie Alkohol als entspannungsfördernd ansehen und geraten dadurch in eine Spirale, aus der schwer wieder herauszukommen ist. Kinder und Jugendliche, die mit unzureichenden Erziehungsleistungen aufwachsen, erleben häufig sexuellen Missbrauch auch außerhalb der Familie, da sie sich häufig die fehlende Zuneigung außerhalb der Familie suchen (vgl. ebd. S. 178).

Umgebungsbezogene Risikofaktoren

Die offensichtlichsten Risiken sind die alkoholbezogenen Effekte, die auf die familiäre Situation einwirken. Wie schon mehrfach erwähnt, kann durch den Konsum die Stimmung im Haushalt variieren. Es gibt positivere Perioden, jedoch kann sich die Stimmung der Eltern schlagartig ändern. Konflikte, Trennungen und Scheidungen, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit oder Tod eines Elternteils durch den Alkohol sind Beispiele für umweltbezogene Faktoren. Durch diese Risiken verfallen Kinder in dysfunktionale Rollenmuster, wie in Kapitel 2.2 schon erwähnt. Etliche weitere Faktoren, wie eine instabile Familienatmosphäre, wenig oder überhaupt keine emotionale Bindung, elterliche psychische Erkrankungen (die Folgen von Alkoholismus sein können) und Schwierigkeiten, sich Binden zu können, sind Teil der umgebungsbezogenen Risiken (vgl. ebd. S. 178 f.).

Kindbezogene Schutzfaktoren

Durch eine positive Lebenseinstellung haben Kinder eine höhere Erwartungshaltung an ihre Umgebung und sich selbst. Dadurch ist das Risiko, im späteren Alter, zu viel Alkohol zu trinken, geringer (vgl. ebd. S. 182). Wenn Kinder verstehen, dass der Konsum der Eltern einen missbräuchlichen Effekt hat, können sie Taten besser nachvollziehen. Sie können lernen, ihre Ziele anders zu erreichen. Viele Kinder suchen den Ausgleich beim Sport oder in anderen Vereinen (vgl. ebd.).

Umgebungsbezogene Schutzfaktoren

Durch familiäre Rituale kann dem Kind ein geordnetes Leben ermöglicht werden. Dazu zählen gemeinsame Mahlzeiten, vorlesen oder derselbe abendliche Ablauf, vor dem zu Bett bringen. Jede Familie definiert eigene Rituale und daher ist jede Familie für ein Kind etwas Besonderes. Für Kinder ist die emotionale Bindung zum nicht abhängigen Elternteil wichtig (oder wenn beide Eltern trinken zu einer außenstehenden Person), da es, wie jedes Kind Schutz und Geborgenheit sucht und eine Bindung aufbauen möchte. Dabei spielt es keine Rolle für das Kind, um welche Person es sich handelt. Durch das Suchen von außenstehenden Personen könnte das Kind ebenfalls negative Erfahrungen mit Menschen erleben, da andere Menschen schlimmstenfalls das Vertrauen missbrauchen (vgl. ebd.).

Es ist davon auszugehen, dass nicht jedes Kind, dass in einem Haushalt mit Alkoholproblemen aufwächst, gleich viele Risiko- und Schutzfaktoren hat. Es kann einige Kinder geben, die z.B. nur unter den Risikofaktoren leiden. Interessant ist: nach der Grafik gibt es mehr umgebungsbezogene Risikofaktoren als kindbezogene. Erkennbar wird dadurch, dass Kinder geringen Einfluss darauf haben, auf welche Art und Weise die Eltern sie belasten.

5 Stärken der Suchtkinder nach Barnowski-Geiser (2015)

Frau Barnowski-Geiser (2015) beschreibt, dass die Resilienzen, also die Stärken und die Widerstandsfähigkeiten, bei betroffenen Kindern gut ausgeprägt sind. Diese Resilienzen sind neben dem Leid der Kinder besonders auffällig. Erst die neueren Forschungen zeigen auf, mit welchen Stärken die Kinder ihr Leben meistern (vgl. Barnowski-Geiser, 2015, S. 62). Unter anderem erwähnt sie sieben Stärken, die Kinder aus suchtblasteten Familienhaushalten mitnehmen können. Diese Stärken werden folgend erwähnt und beschrieben.

Belastbarkeit

Die Kinder haben gelernt, sich Herausforderungen anzunehmen und können mehrere und schwerere Aufgaben gleichzeitig erledigen. Sie zeigen sich sehr bereitwillig, diese Aufgaben zu erledigen und werden deswegen mit Attributen wie „mutig“ beschrieben, da sie keine Angst vor dem vermeidlichen Scheitern haben (vgl. ebd.). In der Schule fallen sie dadurch am meisten auf. Gruppenarbeiten und allgemeines Lernen fallen ihnen dadurch nicht schwer. Problematisch wird es oft, wenn die Kinder noch nicht ihre Grenzen kennen. Gerade im Jugend- und Erwachsenenalter können sie Aufgaben nicht einfach abgeben oder beiseitelegen. Die Kinder haben oft einen hohen Bewältigungsdrang und sind unzufrieden, wenn sie eine Aufgabe nicht erledigen können. Diese Stärke könnte ebenso ein Kind haben, dass sich in der Rolle des *Helden* wiederfindet und ggf. Schwierigkeiten mit übermäßigem Perfektionismus ausgleicht.

Durchhaltevermögen

Durch die Bereitwilligkeit haben diese Kinder oftmals ein starkes Durchhaltevermögen. Wo andere nicht an das Gelingen der Aufgabe glauben, versucht das Kind es mehrfach. Vor allem in Hinblick auf Familienkrisen, scheint das Kind viel Durchhaltvermögen zu besitzen. Gerade dann, „wenn sie Krisen in ihrem Elternhaus als Herausforderung begriffen hatten“ (ebd. S. 63). Dadurch sind die Kinder perfekt geeignet für Führungspositionen im Erwachsenenalter (vgl. ebd.). Wieder ist diese Stärke, auf ausgeprägtem Perfektionismus zurückzuführen. Kompliziert

könnte es werden, wenn das Kind sich deutlich auf eine Aufgabe konzentriert, dass es z.B. Freunde, andere Aktivitäten oder die Schule vernachlässigt.

Treue

Suchtkinder können gegenüber anderen Menschen starke Treue aufzeigen. In Beziehungskonstellationen möchten sie, durch ihr Durchhaltevermögen, schwierige Situationen meistern. Sie akzeptieren „Macken“ andere Menschen, weil sie gelernt haben, sie zu ignorieren und zu verzeihen (vgl. ebd.). Diese Kinder haben gewissen Bewältigungsstrategien erlernt, da sie in stressigen Familiensituationen sich selbst entspannen müssen. So sind sie nicht nachtragend (vgl. ebd. S. 64). Diese ausgeprägte Treue ist zwar der Grund für gute Freundschaften, allerdings könnte es passieren, dass diese Person durch das Übersehen von „Macken“ nicht versteht, wenn andere Menschen ihr/ihm schaden wollen. Diese Person hat wahrscheinlich Probleme mit Selbstreflexion und Reflexion im Allgemeinen, da sie/er oft nur das „Gute im Menschen“ sieht und Fehler und Probleme bei sich selbst sucht.

Soziale Kompetenz

Nach Ackerman (1983) können Kindern positive und enge Beziehungen außerhalb der Familie aufbauen (vgl. Zobel, 2000. S. 26). Kinder müssen ihre Bedürfnisse außerhalb der Familie befriedigen. Somit haben sie schon früh gelernt, mit anderen zu interagieren und auf sie zuzugehen. Sie können soziale Kontakte haben, ohne sich ihrem Gegenüber für etwas verpflichtet zu fühlen und können ohne Probleme leichte Konversationen führen. Im Erwachsenenalter sind die Suchtkinder oftmals die „Verbindungsstiftenden“. Sie können Menschen, die selbst kein hohes Maß an sozialer Kompetenz besitzen, einbeziehen und gut einbinden, beispielsweise im Beruf oder auf Festen (vgl. Barnowski-Geiser, 2015, S. 64 f.). Kompliziert wird diese Kontaktfreude, wenn die Kinder Personen kennenlernen, die negative Intentionen haben. Dies könnte auch ein Risikofaktor (siehe 4) sein. Kinder suchen außerfamiliäre Bindungspersonen, um Zuneigung zu erhalten. Dadurch kann das Risiko für Kinder, Missbrauch zu erleben, ansteigen (vgl. Zobel, 2000, S. 178).

Feinfühligkeit

Suchtkinder haben ein Gespür für Stimmungswechsel und können Situation gut einschätzen. Sie haben es von Klein auf lernen müssen, da das alkoholabhängige Elternteil durch den Konsum von der einen Stimmung sprunghaft in die nächste Stimmung wechseln kann. „Es ist zu vermuten, dass sich ihre Spiegelneuronen besonders gut ausgebildet haben“ (Barnowski-Geiser, 2015, S. 65). Diese Neuronen sind wichtig für das menschliche Mitgefühl. Kinder aus Suchtfamilien entwickeln dieses Mitgefühl in Krisen (vgl. ebd. S. 65). Feinfühlig sein klingt im ersten Moment weniger problematisch, jedoch kann das für die Kinder ein andauerndes hohes Stresslevel bedeuten. Da sie nie wissen, in welcher Episode sich der abhängige Elternteil gerade befindet, müssen sie immer Möglichkeiten haben, auf einen sowohl nüchternen als auch auf einen betrunkenen Elternteil zu reagieren. Das ist eindeutig zu viel Verantwortung für das Kind und diese Verantwortung sollte das Kind nicht aufgetragen bekommen.

Managerqualitäten

Flexibilität und Anpassbarkeit in einer Suchtfamilie sind für Kinder enorm wichtig. Sie entwickeln ein hohes Maß an Spontanität und können besonders neue Situationen schnell erfassen und dementsprechend schnell Lösungen finden. Die Kinder können Projekte gut organisieren und umsetzen. Oftmals finden sie sich in Vereine wieder, wo sie ihre Qualitäten ausleben können (vgl. Barnowski-Geiser, 2015, S. 66). Auch hier spiegelt sich das Argument des erhöhten Stresslevels wider. Im Erwachsenenalter könnte es im Berufsleben einige Vorteile sichern, jedoch hat das Kind nie gelernt, mit hohem Stressor umzugehen und könnte, z.B. als Abbau ebenfalls anfangen zu trinken, weil es von ihren Eltern.

Stimmungsexperten

Die letzte Stärke die Barnowski-Geiser (2015) erläutert ist, dass die Kinder sich gut in die Gefühlslage anderer hineinversetzen können, genauso wie bei dem Punkt *Feinfühligkeit*. Obendrein gelingt es ihnen, gute Stimmung zu verbreiten und andere zum Lachen zu bringen. Diese positive Eigenschaft wirkt sich wiederum auf das soziale Leben der Kinder aus. Dementsprechend haben diese Kinder

oft viele Freunde und auch im Berufsleben ein gutes Ansehen. Die Stimmung des Gegenübers zu erkennen und eventuell aufzuheitern, ist eine starke Eigenschaft.

6 Interventionsprogramm für Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Es gibt zahlreiche Handbücher für Sozialarbeiter:innen, die sich dem Thema der suchtblasteten Familie annehmen. Zu finden sind oft Anleitungen für Elterngespräche und Therapieansätze. Die Anzahl an wissenschaftlich fundierten Programmen in Deutschland, um Kinder in suchtblastete Familien zu stärken, ist jedoch gering. Umso besser ist das folgende Programm, das von zahlreichen Wissenschaftler:innen ins Leben gerufen wurde. Um was es sich dabei handelt und ob es Nachteile im Programm gibt, wird in den nächsten Kapiteln erläutert.

6.1 Trampolin – Entstehung und Erklärung

Trampolin ist das erste deutsche innovative und standardisierte Programm für Präventionsmaßnahmen. Es ist für Kinder aus suchtblasteten Familien im Alter von acht bis zwölf konzipiert und beruht auf aktuellen Kenntnissen aus der Präventions- und Interventionsforschung. Anhand des Projekts, welches vom 01.10.2008 bis 31.03.2012 durchgeführt wurde, entwickelte sich das Programm und wurde danach noch an 27 Standorten durchgeführt (vgl. Klein, Moesgen, Bröning, Thomasius, 2013, S. 9). Das Programm ist zeitlich begrenzt und findet für neun Wochen, jeweils für eine Stunde, in Gruppen statt. Parallel findet für Eltern ebenfalls eine Sitzung zu Beginn und Ende des Programms statt (vgl. ebd. S. 17).

Anzumerken ist jedoch, warum dieses Programm nur noch an 27 Standorten weitergeführt wird, obwohl Deutschland aus 16 Bundesländern besteht. Des Weiteren wirft es die Frage auf, warum das Programm nur im Alter von acht bis zwölf Jahren durchgeführt wird. Kinder vor dem achten oder nach dem zwölften Lebensjahr leiden ebenso an der familiären Situation, wie Kinder in dieser Altersspanne. Kinder vor dem achten Lebensjahr können sich nicht ausreichend selbst-reflektieren und das Verhalten ihrer Familienmitglieder korrekt interpretieren. Ab dem 13. Lebensjahr beginnt die absinkende Teilnahmebereitschaft (vgl. ebd. S. 24 f.). Es ist zu dem fraglich, warum es das *erste* Programm Deutschlands ist, obwohl es aus standardisierten Maßnahmen entsprungen ist.

6.2 Inhalt

Zusammengefasst zielt das Programm darauf ab, Kinder auf die Wirkung und Folgen von Alkohol in Kenntnis zu setzen, in Bezug auf das Krankheitsbild „Sucht“ und dessen familiären Auswirkungen. Dabei möchte das Programm die psychischen Belastungen für die Kinder minimieren, in dem das Tabuthema „Sucht“ gebrochen wird (vgl. ebd. S. 10). Denn oft gelingt es Eltern aus Scham- oder Angstgefühlen nicht, professionelle Hilfe zu suchen (vgl. Mortler, 2017, S. 20). Kinder sollen lernen, mit Stress umzugehen und erlernen Strategien, um Emotionen besser zu verarbeiten. Das Selbstbewusstsein soll gestärkt und der eigene Selbstwert soll erkannt werden. Die Gruppenarbeit innerhalb des Programms soll den Kindern helfen, zu verstehen, dass ihre Eltern auch Zuverlässigkeit, Klarheit, Struktur und Kontinuität erschaffen können. Ein weiterer wichtiger Punkt für die Kinder ist, wie bereits erläutert, die Bindung. Kinder erfahren, wie es ist, eine Beziehung zu führen und ohne Scheu, Bindungen aufzubauen. Die jeweiligen Kursleiter des Programms nehmen dabei die *Eltern- oder Erwachsenenrolle* ein, damit die Kinder Vorbilder haben. Die Kinder haben den Vorteil, unter gleichaltrigen und gleichgesinnten zu sein. Sie helfen sich gegenseitig und unterstützen sich bei Herausforderungen. Scham- und Schuldgefühle können die Kinder ablegen. Nebenbei lernen die Kinder ihre eigene Identität kennen und müssen nicht, wie sie es von zu Hause gewohnt sind, Rollen einnehmen, um sich zu schützen. Sie können ganz sie selbst sein. Durch die Interaktion in der Gruppe entwickeln die Kinder ein Sozialverhalten und das trägt zu einem Selbstverständnis bei. Ein offensichtlicher Punkt ist die Ablenkung und das Gefühl der Zugehörigkeit. Den Kindern werden Zugang zu sozialen Aktivitäten gewährleistet (vgl. Klein, Moesgen, Bröning, Thomasius, 2013, S. 10).

6.3 Ziele

Die Ziele wurden in zehn Module geteilt, wobei *Modul 10* aus zwei Teilen für die Eltern besteht, die jeweils zu Beginn und Ende des Programms durchgeführt werden. Am Ende gibt es für die Kinder noch ein Element, dass in allen Modulen einen Platz hat. In dem folgenden Abschnitt werden die Module beim Namen genannt und kurz erläutert.

Modul 1 – Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen

Hierbei beginnt das Programm damit, dass sich alle gegenseitig kennenlernen. Es werden die Gruppenregeln erläutert und der Sinn und die Struktur der Sitzungen verdeutlicht (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 2 – Selbstwert fördern

Im nächsten Schritt sollen die eigenen Stärken und Ressourcen erkannt werden. In diesem Modul dreht sich alles um das Selbstkonzept, d.h. die Kinder erlernen eine positive Wahrnehmung auf sich selbst (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 3 – Über Sucht und Familie reden

In diesem Bereich werden Möglichkeiten geschaffen, über Erlebtes zu reden und die familiäre Situation zu erläutern. Die Kinder sollen Scham- und Schuldgefühle abbauen und verstehen, dass es andere Kinder gibt, die eine gleiche oder ähnliche Situation zu Hause haben (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 4 – Psychoedukation zum Thema Sucht

Die Kinder erlangen Wissen und Verständnis für die Effekte von Alkohol (und anderen Drogen), welche Auswirkung der Konsum der Eltern auf sie hat, dass Sucht eine Krankheit ist und dass es ein gegebenes Risiko für die eigene Suchterkrankung gibt (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 5 – Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern

Es ist wichtig, dass die Kinder ihre eigenen Gefühle verstehen und diese ausdrücken können. Sie verstehen, wie sie mit negativen Emotionen wie Wut, Trauer oder Angst umgehen können und erfahren Unterstützung in der Gruppe (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 6 – Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen

Wie das Modul schon sagt, kriegen Kinder allerhand Werkzeuge beigebracht, um Probleme zu identifizieren, Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln und eigene Entscheidungen zu treffen. Sie bekommen ein Gefühl dafür, ihr eigenes Leben kontrollieren zu können (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 7 – Verhaltensstrategien in der suchtblasteten Familie Erleben

Kinder können hier den Umgang mit einem toxischen Elternteil erlernen, wie sie mit beschämenden Situationen umgehen und wie sie sich korrekt in Streitsituationen verhalten können. Da dieses Modul sehr kräftezehrend sein kann, werden hier viele Erholungsaktivitäten angeboten (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 8 – Hilfe und Unterstützung einholen

Die Kommunikationsfähigkeiten werden in diesem Modul gefördert, um Kindern das Erbitten nach Hilfe zu ermöglichen. Sie lernen hier viele Netzwerke zur Unterstützung kennen und wie ein erfolgreiches Hilfesuchverhalten aussieht (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 9 – Positives Abschiednehmen

In der letzten Sitzung für die Kinder werden die Themen der letzten Wochen besprochen und die aufkommenden Gefühle geteilt. Die Kinder werden noch einmal bestärkt und ihre Ressourcen werden erläutert. Oftmals erhalten die Kinder die Möglichkeit, ihre Freizeit, z.B. in Vereinen aktiv zu gestalten. Dies ist aber kein Muss. Jedoch für manche Kinder hilfreich, da es eine stabilisierende Wirkung haben kann (vgl. ebd. 11 f.).

Modul 10 – Eltern stärken

Dieses Modul findet zu Beginn und Ende des Programms, parallel für die Eltern, statt. Zu Beginn lernen sich die Eltern kennen. Es werden Wünsche für das

Zusammenleben mit dem Kind formuliert. Den Eltern werden die Risiko- und Schutzfaktoren (siehe 4) der Kinder näher gebracht.

Der zweite Teil (am Ende des Programms) soll für Eltern als Anstoß dienen, die Gefühle und Bedürfnisse ihrer Kinder zu verstehen. Eltern denken häufig, dass Kinder „zu jung“ sind, um gewisse Angelegenheiten zu verstehen. Hierbei sollen Eltern verstehen, dass es wichtig ist, mit den Kindern zu kommunizieren und auch ihre Sichtweise anzubringen. Zusätzlich werden die Eltern motiviert, Hilfe in Anspruch zu nehmen und dass sie sich dafür nicht schämen müssen (vgl. ebd. 11 f.).

Modulübergreifende Elemente

Diese Elemente spiegeln sich in allen Modulen wider. Es ist wichtig, in jeder Sitzung, Ruhe- und Entspannungsphasen einzubauen. Die Sitzungen sollen Spaß machen und für fröhliche Stimmung sorgen. Dies wird unter anderem durch Bewegungsspiele erzielt (vgl. ebd. 11 f.).

Für die Kinder aus alkoholbelasteten Haushalten ist dieses Programm sehr wichtig. Sie lernen im geschützten Rahmen die Krankheit der Eltern zu verstehen und damit umzugehen. Es sollten zusätzlich weitere Konzepte entwickelt werden, um sowohl jüngere als auch ältere Kinder und erwachsene Angehörige erreichen. Dabei werden ihnen viele Werkzeuge an die Hand gegeben, um zu verstehen, was diese Krankheit sowohl für die Eltern als auch für Familienangehörige bedeutet. Sie sollten während der Therapiestunden trotzdem noch Kinder bleiben dürfen und es sollten genug Pausen gemacht werden, damit die Kinder nicht überfordert werden.

7 Fazit

Mit dieser Bachelorarbeit sollten die Folgen des Alkoholismus der Eltern auf die Kinder nahegelegt werden. Dabei wurden die Herausforderungen thematisiert und auf die Stärken, mit denen die Kinder erwachsen werden, behandelt.

Zu Beginn findet sich ein Teil wieder, der die Thematik des Alkoholismus ausreichend erklärt, damit die Krankheit verstanden wird und um einige Begriffe erläutern zu können. Mithilfe der Bindungstheorie konnte ein Zusammenhang zwischen dem Alkoholismus der Eltern und dem Verhalten bzw. dem Verhalten im Erwachsenenalter der Kinder gefunden werden. Das Ziel, die charakterliche Änderung eines Kindes festzustellen, wurde durch das Aufzeigen der Rollenmodelle, erreicht. Dabei wurden zahlreiche Studien und Artikel als Hilfsmittel benutzt, um Argumente gerecht zu be- oder widerlegen. Die Risiken, die die Kinder mit sich tragen, haben den Hauptteil der Bachelorarbeit eingenommen. Diese Risikofaktoren (umwelt- und personbezogen) zählen zu Herausforderungen, mit denen die Kinder aufwachsen. Die Stärken und protektiven Faktoren, die die Kinder an den Tag legen, sind in Kombination mit den Rollenmodellen, ebenso zum Tragen gekommen. Zum Schluss befasst sich die Bachelorarbeit mit dem *Trampolin-Programm*, sodass Lösungen noch praxisnaher gezeigt werden können.

Alkoholismus und alkoholabhängige Elternteil sind hauptsächlich für Kinder eine herausfordernde Belastung. Vor allem durch die BZgA und Martin Zobel, die einen Großteil der Bachelorarbeit stützen, wurden die Forschungen ein Teil des heutigen Wissensstands. Durch die Zusammenwirkung der verschiedenen Wissenschaftler:innen, konnten neue Erkenntnisse über beispielsweise das *Trampolin-Programm* oder über Stärken der Kinder gefunden werden. Die Stärken der Kinder sind nicht immer eine Stärke oder als Chance zu verstehen, vielmehr ist es eine Art der Bewältigung, um mit den negativen Einflüssen umgehen zu können.

Da diese Bachelorarbeit ausschließlich quantitative Forschungsanalyse beinhaltet, kann es sinnvoll sein, betroffene Familien, Eltern und Kindern nach Erfahrungsberichtet zu fragen.

Literaturverzeichnis

- Ackerman, R.J. (1983). *Children of Alcoholics: A guidebook for educators, therapists, and parents* (2. Auflage). Florida: Learning Publications
- Ackerman, R.J. (1987). *Let go and grow*. Florida: Health Communications, Inc.
- Ahnert, L. (2004). Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung. In: Ahnert, L. [Hrsg.]. *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt
- Alberti, B. (2007). *Die Seele fühlt von Anfang an: Wie pränatale Erfahrungen unsere Beziehungsfähigkeiten prägen*. München: Kösel
- Barnowski-Geiser, W. (2015). *Vater, Mutter, Sucht – Wie erwachsene Kinder suchtkranker Eltern trotzdem ihr Glück finden*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Becker-Stoll, F. (2007). Eltern-Kind-Bindung und kindliche Entwicklung. In: Becker-Stoll, F.; Textor, M.R. [Hrsg.]. *Die Erzieherin-Kind-Beziehung: Zentrum von Bildung und Erziehung*. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen
- Bennett, L.A.; Wolin, S.J.; Reiss, D. (1988). *Cognitive, behavioral, and emotional problems among school-age children of alcoholic parents*. o.A.: American Journal of Psychiatry
- Chiba, L.K. (2007). *Zur schwierigen Situation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien – Risiken und Chancen des Aufwachsens mit süchtigen Bezugspersonen*. Hamburg: Diplomica
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10*. Kapitel V. Bern: Huber
- Erickson, M.F.; Egeland, B. (2006). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung: Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fengler, J. (2000). Co-Abhängigkeit in Team und Institution: Herausforderung in der Supervision. In: Pühl, H. [Hrsg.]. *Supervision und Organisationsentwicklung* (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta

Gahleitner, S.B. (2005). *Neue Bindungen wagen: Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt

Greenbaum, P.E.; Brown, E.C.; Friedmann, R.M. (1995). *Alcohol expectancies among adolescents with conduct disorder: Prediction and mediation of drinking*. o.A.: Addictive Behaviors

Grossmann, K.; Grossmann, K. (2008). *Bindungen: Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta

Grossmann, K.; Grossmann, K. (2009). *Bindung und menschliche Entwicklung – John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (2. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta

Hopf, Ch. (2005). *Frühe Bindungen und Sozialisation: Eine Einführung*. Weinheim und München: Juventa

Jakob, P. (1991). *Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit Alkoholproblemen*. o. A.: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Klein, M. (2006a). *Kinder drogenabhängiger Mütter: Risiken, Fakten, Hilfen*. Regensburg: Roderer

Klein, M.; Moesgen, D.; Bröning, S.; Thomasius, R. (2013). *Kinder aus suchbelasteten Familien stärken – Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe

Küfner, H.; Metzner, C. (2011). Drogenmissbrauch und -abhängigkeit. In: Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. [Hrsg.] (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. (2. Auflage). o.A.: Springer

Lambrou, U. (1990). *Familienkrankheit Alkoholismus – Im Sog der Abhängigkeit*. Hamburg: Rowohlt

Lambrou, U. (2010). *Familienkrankheit Alkoholismus – Im Sog der Abhängigkeit*. Hamburg: Rowohlt

- McKinsey Crittenden, P. (1999). Klinische Anwendung der Bindungstheorie bei Kindern mit Risiko für psychopathologische Auffälligkeiten oder Verhaltensstörungen. In: Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K.P. [Hrsg.]. *Frühe Hilfen: Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Mortler, M. (2017). *Kinder aus suchtblasteten Familien*. Rostock: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BZgA
- Petermann, F. (1997). Klinische Kinderpsychologie. Begriffsbestimmung und Grundlagen. In: Petermann, F. [Hrsg.]. *Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren*. Göttingen: Hogrefe
- Prest, L.A.; Protinsky, H. (1993). *Family systems theory: A unifying framework for codependence*. o.A.: American Journal of Family Therapy
- Pönsch, Ch. (2012). *Suchtkranke Eltern und Bindungsentwicklung der Kinder – Vom Durchbrechen transgenerationaler Verflechtungen*. Hamburg: Disserta Verlag
- Rennert, M. (2012). *Co-Abhängigkeit – Was Sucht für die Familie bedeutet* (3. Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Sarimski, K. (2013). *Soziale Risiken im frühen Kindesalter - Grundlagen und frühe Intervention*. Göttingen: Hogrefe
- Scheuerer-Englisch, H. (2004). *Kindliche Sicherheit als Leitlinie fachlichen Handelns – Fremdplatzierung und Bindung von Kindern in Pflegefamilien*. Frankfurt am Main: PFAD Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien e.V.
- Soyka, M.; Kühner, H. (2011). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (6. Auflage). Stuttgart: Thieme
- Spak, L.; Spak, F.; Allebeck, P. (1998). *Sexual abuse and alcoholism in a female population*. Northampton: Addiction, SSA
- Suess, G.J.; Röhl, J. (1999). Die integrative Funktion der Bindungstheorie in Beratung/Therapie. In: Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K.P. [Hrsg.]. *Frühe Hilfen: Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung*. Gießen: Psychosozial-Verlag

Thomsen, A.; Michalowski, G.; Landeck, G.; Lepke, K. (2021). *FASD – Fetale Alkoholspektrumstörung – Auf was ist im Umgang mit Menschen mit FASD zu achten? Ein Ratgeber* (4. Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Tertielt, M. (o.D.). *Wie Alkohol auf den Körper wirkt*. URL: <https://www.planet-wissen.de/gesellschaft/rauschmittel/alkohol/alkohol-wirkung-100.html#:~:text=Der%20Alkohol%20wirkt%20im%20Gehirn,und%20beeinflusst%20auch%20das%20Verhalten>. Abgerufen am: 07.05.2022

Van IJzendoorn, M.H.; Schuengel, C.; Bakermans-Kranenburg M.J. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. o. A.: Development and Psychopathology

Wegscheider, S. (1988). *Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie*. Wildberg: Bögner-Kaufmann

Woitzitz, J.G. (1983). *Adult children of alcoholics*. Florida: Health Communications Inc.

Woitzitz, J.G. (1990). *Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken*. München: Kösel

Ziegenhain, U.; Fries, M.; Bülow, B.; Derksen, B. (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim und München: Juventa

Zobel, M. (2000). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Entwicklungsrisiken und -chancen*. Göttingen: Hogrefe

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken wurden als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift