

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang Soziale Arbeit

**Sozialpädagogische Hilfen für Kinder mit alkoholkranken Eltern:
Welche Auswirkungen hat die Suchterkrankung auf die Entwicklung der
Kinder und welche Arten von pädagogischen Hilfemöglichkeiten gibt es
für die Betroffenen**

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

vorgelegt von : Darius Planeta

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2022-0594-3

Erstprüfer*in: Frau Prof. Dr Steckelberg

Zweitprüfer*in: Herr Prof. Dr. Rottke

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Alkohol als Suchtmittel.....	3
2.1 Begriffsdefinition Alkohol.....	3
2.2 Definition Sucht/Abhängigkeit	4
2.3 Diagnose Alkoholabhängigkeit.....	5
2.3.1 Alkoholabhängigkeit nach ICD-10	5
2.3.2 Alkoholabhängigkeit nach DSM-5.....	6
2.4 Zahlen und Fakten zur Alkoholabhängigkeit.....	8
3. Das Kind in der alkoholkranken Familie	11
3.1 Familiäre Situation und Atmosphäre.....	11
3.2 Regeln.....	13
3.3 Das Rollenverhalten als Bewältigungsstrategie.....	14
3.3.1 Der Familienheld oder die Verantwortungsbewusste.....	14
3.3.2 Das schwarze Schaf, der Sündenbock.....	15
3.3.3 Das stille, fügsame Kind	15
3.3.4 Der Clown, das Maskottchen.....	16
3.4 Risiko- und Schutzfaktoren von Kinder mit alkoholabhängigen Eltern.....	16
3.4.1 Kindbezogene Risikofaktoren.....	17
3.4.2 Umweltbezogene Risikofaktoren.....	18
3.4.3 Kindbezogene Schutzfaktoren.....	20
3.4.4 Umweltbezogene Schutzfaktoren.....	20
3.5 Mögliche Folgeschäden der Kinder.....	21
4. Sozialpädagogische Hilfemöglichkeiten.....	23
4.1 Kinder- und Jugendhilfe.....	23
4.1.1 Aufgaben	23
4.1.2 Kindeswohlgefährdung.....	24
4.1.3 Arbeitsschritte des Jugendamtes	24
4.1.4 Mögliche Vereinbarungen im Hilfeplan mit abhängigen Eltern.....	26
4.2 Resilienzen der Kinder stärken	27
4.2.1 Einsicht.....	27
4.2.2 Unabhängigkeit.....	27
4.2.3 Beziehungsfähigkeit.....	28
4.2.4 Eigeninitiative.....	28
4.2.5 Kreativität.....	28
4.2.6 Humor.....	29
4.2.7 Moral.....	29
4.3 Gesprächsführung mit Eltern.....	30
4.4 Kooperation zwischen Hilfesystemen.....	32
4.5 Weitere Hilfeangebote.....	34
4.5.1 PICKNICK Chemnitz.....	34
4.5.2 Kurzzeitprogramm „Trampolin“	35
4.5.3 MIKADO und Standup Köln.....	35
5. Zusammenfassung und Fazit.....	37
6. Literaturverzeichnis	39

Abkürzungsverzeichnis

ICD-10	-	10. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten
DSM-5	-	fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
z.B.	-	zum Beispiel
bzw.	-	beziehungsweise
KJHG	-	Kinder- und Jugendhilfegesetz

1. Einleitung

Wenn Mutter und/oder Vater zu viel Alkohol trinken und somit eine Alkoholsucht entwickeln, dann hat das gravierende Auswirkungen auf die ganze Familie und verändert grundlegend die soziale und emotionale Beziehung zueinander. Es sind vor allem Kinder, die am übermäßigen Konsum ihrer Eltern leiden müssen und das obwohl sie nicht für die Abhängigkeit verantwortlich sind. Meistens erleben die betroffenen Kinder widersprüchliches und unkontrolliertes Verhalten seitens des suchtkranken Elternteils. Dadurch entsteht eine beklemmende und beängstigende Atmosphäre, in der sich die Kinder hilflos wiederfinden. (vgl. Zobel 2008, S.8).

Dieses Umfeld stellt ein hohes Risiko für die altersgerechte Entwicklung der Kinder dar. Einerseits haben sie eine erhöhte Chance, später selbst einmal abhängig zu werden, andererseits sind sie ebenfalls viel anfälliger gegenüber sozialen und psychischen Störungen. Darüber hinaus sind sie nicht dazu in der Lage, eine gesunde und stabile Bindung zu ihren Eltern aufzubauen. Hierbei stehen Lügen, gebrochene Versprechen, Manipulation, Schuldgefühle, unklare Kommunikation, unberechenbares und extremes Verhalten, starke Stimmungsschwankungen sowie Missachtung an der Tagesordnung. Aufgrund der fehlenden Bindung und Zuwendung werden diese Kinder auch als „vergessene Kinder“ bezeichnet (vgl. Gutknecht/Mielke 2017, S. 1).

Im Rahmen meiner Abschlussarbeit befasse ich mich mit Sozialpädagogischen Hilfen für Kinder mit alkoholkranken Eltern, weil ich mir die Frage stelle, wie die Suchterkrankung und das daraus resultierende Verhalten seitens der Elternteile die Entwicklung der Kinder beeinträchtigt und welche Arten von pädagogischen Hilfemöglichkeiten es für die Betroffenen gibt.

Das Ziel dieser Arbeit besteht erstens darin, diese Verhaltensmuster zu verdeutlichen, damit im Anschluss verstanden werden kann, vor welchen Schwierigkeiten und Herausforderungen die betroffenen Kinder stehen. Zweitens sollen mögliche sozialpädagogische Hilfemöglichkeiten mit ihren unterliegenden Maßnahmen und Methoden hervorgehoben werden, sodass ersichtlich wird, wie die pädagogischen Fachkräfte diesem Problem entgegenwirken können, damit sich die betroffenen Kinder trotz der Umstände adäquat und altersgerecht entwickeln können.

Im ersten Abschnitt dieser Arbeit werde ich in Bezug zum Thema ein paar Begriffe erläutern. Dazu zählen zum einen, was Alkohol überhaupt ist und welche Wirkungen es auf Körper und Geist hat. Unter anderem wird der Begriff Sucht und darauf aufbauend dann die Alkoholkrankheit nach ICD10 und DSM-V erörtert. Außerdem werden Fakten und Zahlen aus Statistiken zu alkoholabhängigen Eltern mit ihren Kindern genannt. Dadurch soll die Größe und Dringlichkeit dieser Thematik verdeutlicht werden.

Der Hauptteil meiner Arbeit konzentriert sich auf das Kind in alkoholkranken Familien. Dort wird im Speziellen auf die familiäre Situation und Atmosphäre eingegangen. Darüber hinaus wird der Alltag oft von unausgesprochenen Regeln bestimmt, welche ich ebenfalls beleuchten werde. Weitere Aspekte, die ich behandeln werde, sind z.B. die Rollenübernahme und die Risiko- und Schutzfaktoren der Kinder, die als Überlebens- und Bewältigungsstrategien dienen. Des Weiteren werde ich die Folgeschäden und die daraus resultierenden Verhaltensstörungen für die Kinder behandeln.

Gleichzeitig werde ich die sozialpädagogischen Hilfeangebote für die Familienangehörigen in den Mittelpunkt stellen. Dazu zählen einerseits die Grundlagen und Aufgaben der Kinder und Jugendhilfe, welche ich genauer beschreiben werde. Damit sich Kinder trotz der Problemlagen gesund entwickeln können, ist es von großer Wichtigkeit, ihre Resilienzen zu stärken, sodass sie Widerstandsfähigkeiten gegenüber ihrer Umwelt anwenden können. Deswegen werden in dieser Arbeit außerdem die Möglichkeiten zur Ausbildung von resilienten Verhaltensweisen aufgezeigt. Die Gesprächsführung mit den angehörigen Eltern bildet dahingehend eine weitere Hilfemaßnahme und findet hier deshalb ebenfalls ihren Standpunkt. Als letztes ist es wichtig zu betonen, welche Vorteile die Kooperation zwischen den Hilfesystemen der Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe sowie anderen Behörden bietet.

Abschließend werde ich basierend auf meinen Ergebnissen und Ausführungen die Bachelorarbeit zusammenfassen und beschreiben, welche Gesichtspunkte in Bezug auf die Fragestellung besonders wichtig für mich sind.

2. Alkohol als Suchtmittel

Alkohol und Nikotin sind legale Drogen und Suchtmittel, die an erster Stelle stehen. Durch Alkoholkonsum entstehen enorme gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme. Im folgenden Abschnitt der Arbeit werde ich nun genauer auf die Begriffe „Alkohol“ und „Sucht“ eingehen und des Weiteren die Alkoholabhängigkeit anhand der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10 und DSM-5) einordnen.

2.1 Begriffsdefinition Alkohol

Einleitend ist zu erwähnen dass in dieser Arbeit mit dem Wort Alkohol, welches umgangssprachlich benutzt wird, alkoholische Getränke gemeint sind.

Zu Anfang möchte ich den Begriff Alkohol bzw. alkoholische Getränke definieren und nutze dazu ein Zitat aus dem Lehrbuch der Lebensmittelchemie: „Alkoholische Getränke werden aus zuckerhaltigen Flüssigkeiten durch alkoholische Gärung erzeugt. [...] Die wichtigsten alkoholischen Getränke sind Bier, Wein und Branntwein. Die Gewinnung von Bier und Wein waren vielen Kulturvölkern schon lange vor Beginn unserer Zeitrechnung bekannt und wurde z.T. Als hochentwickelte Industrie betrieben“ (Belitz/Grosch/Schieberle 2001, S. 879).

Alkohol kann die Stimmung heben und entspannend wirken. Allerdings ist es ein verheerendes Toxin, welches sich negativ auf viele Organe wie z.B. das Gehirn, die Leber, das Herz und die Psyche auswirken kann. Das Gift wird über die Schleimhaut des Verdauungstraktes ins Blut aufgenommen und bahnt sich dort den Weg in den gesamten Körper. Im Gehirn angekommen beeinflusst es die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen. Die Wirkung wird in unterschiedliche Kategorien gegliedert. Wie bereits erwähnt sind die positiven Auswirkungen z.B. eine gehobene Stimmung sowie eine entspannte und angstlösende Gefühlslage. Auf der anderen Seite können sich negative Wirkungen in Form von z.B. Wahrnehmungsstörungen, Koordinationsstörungen, Gedächtnislücken, verlangsamte Reaktion, Aggression, Übelkeit, Kopfschmerzen, erhöhte Unfallgefahr, Herzrhythmusstörungen und Koma äußern. Außerdem können infolge dessen seelische Spätfolgen wie Depression und Angststörungen auftreten. In Bezug auf körperliche Langzeitfolgen sind Herzerkrankungen, Schlaganfälle, Demenz, Leberschäden, Krebserkrankungen, Störungen im Verdauungstrakt und Nervenschäden zu nennen (vgl. Fux 2019 (Internetquelle)).

2.2 Definition Sucht/Abhängigkeit

An dieser Stelle wird der Begriff „Sucht“ in den Fokus gestellt. Laut Brockhaus bedeutet Sucht: „Zustand, der durch wiederholten Gebrauch von Drogen (Rauschgifte, Arzneimittel) oder Alkohol hervorgerufen werden kann; gekennzeichnet durch seel. Und körperl. Abhängigkeit vom Stoff sowie die Notwendigkeit, die Dosis ständig zu steigern, um die Wirkung zu erhalten. Da nicht alle S.-Arten diese Kennzeichen aufweisen, spricht man laut WHO statt von Drogen-S. Besser von Drogenabhängigkeit (Der Brockhaus 1998, S. 884)".

Im weiteren Teil werden nun Merkmale und Kriterien einer Abhängigkeit genauer erläutert. Zu nennen ist, dass die qualitative Veränderung des Erlebniszustands meistens positiv ist. Allerdings verbergen sich hinter der Substanzeinnahme auch Motive wie Schmerzbeseitigung, Linderung von Entzugserscheinungen oder das Überspielen der Inneren Leere. Weiterhin ist eine Abhängigkeit durch die Manipulation der eigenen Befindlichkeit gekennzeichnet. Der Abhängige nimmt also unmittelbaren Einfluss auf das eigene seelische Erleben. Die Betroffenen können durch die Einnahme Freiheitsverluste und -verzicht erleben. Diese Verluste beginnen im Denken, denn infolgedessen steht nur noch die Befriedigung der Sucht im Vordergrund. Angesichts dieser Tatsache erfahren diejenigen eine Beeinträchtigung der eigenen Wertewelt und ihres Handelns. Einzelne Individuen leben nur noch im Hier und Jetzt, Vergangenheit und Zukunft spielen vorerst eine Nebenrolle. Die Zukunftsplanung beschränkt sich ausschließlich auf die Organisation der Sucht und die Einstellung zum Leben wird unverhältnismäßig auf den jetzigen Augenblick zentriert, das heißt, dass die Gegenwart an unangebrachter Dominanz gewinnt (vgl. Stangl 2022 (Internetquelle)).

Als nächstes werden die Kriterien einer Abhängigkeit aufgezählt.

Zunächst wird immer wieder die gebrauchte Dosis erhöht, die so genannte Dosissteigerung. Des Weiteren gelingt es nicht mehr, die Menge des Mittels zu begrenzen, was einen Kontrollverlust mit sich bringt. In der Folge treten körperliche und/oder psychische Entzugserscheinungen auf, wenn die Abhängigkeit nicht befriedigt wird. Der Körper entwickelt einen gewissen Grad an Toleranz, wodurch die gewünschte Wirkung nur noch durch eine Erhöhung der Substanzeinnahme erzielt werden kann (vgl. Stangl 2022 (Internetquelle)).

Abschließend kann gesagt werden, dass eine Abhängigkeit in der Regel auf eine Fehlsteuerung des Belohnungssystems im Gehirn zurückzuführen ist. Das bedeutet, dass Botenstoffe, die normalerweise Euphorie oder Wohlbefinden auslösen, durch das Suchtmittel aktiviert werden. Deswegen wird die eingenommene Substanz als positiver Reiz wahrgenommen, was bei den Betroffenen einen unkontrollierbaren Wunsch nach der abhängigen Droge hervorrufen kann (vgl. Stangl 2022 (Internetquelle)).

2.3 Diagnose Alkoholabhängigkeit

In diesem Abschnitt wird der Terminus „Alkoholabhängigkeit“ genauer definiert. An erster Stelle folgt eine ganz allgemeine Begriffserklärung. Anschließend daran wird eine genauere wissenschaftliche Diagnose nach ICD-10 und DSM-5 dargestellt

Das Wort „Alkoholabhängigkeit“ ist abgeleitet von den nunmehr veralteten Begriffen „Alkoholismus“ bzw. „Alkoholkrankheit“, daher ergibt sich laut Brockhaus folgende Definition: „durch Alkoholgenuss hervorgerufene Krankheit, gekennzeichnet durch einen länger als 1 Jahr anhaltenden Alkoholmissbrauch und den Verlust der Trinkkontrolle sowie die dadurch bedingten körperl.- psych. und sozialen Schädigungen. Zu den körperlichen Schädigungen zählen v.a. chron. Entzündung der Magenschleimhaut, Leberschäden, Nervenschäden und psychiatr. Krankheitsbilder. A. zählt zu den Suchtkrankheiten (Der Brockhaus 1998, S. 27)“.

2.3.1 Alkoholabhängigkeit nach ICD-10

ICD-10 steht für die 10. Auflage der internationalen statistischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (eng: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Diese Klassifikation wird im deutschen Gesundheits- und Rehabilitationswesen angewendet, unter anderem z.B. auch bei der Deutschen Rentenversicherung oder bei den Krankenkassen.

Das Abhängigkeitssyndrom durch Alkohol wird im fünften Kapitel der ICD-10-Klassifikation aufgelistet, welches Psychische und Verhaltensstörungen näher beschreibt. Dabei werden Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit dem Code von F10-F19 angegeben (vgl. Klein/Schmidt 2017, S. 14).

Das Abhängigkeitssyndrom in Folge von Alkohol wird dahingehend mit dem Code F10.2

bestimmt. Damit eine erfolgreiche Diagnose gestellt werden kann, müssen mindestens drei oder mehr der sechs Konsummuster über einem Zeitraum von einem Monat gleichzeitig auftreten (bei kürzerer Dauer nur wiederholt über eine Zeitspanne von 12 Monaten). Die Kriterien für das Abhängigkeitssyndrom ergeben sich aus folgenden Punkten (vgl. Klein/Schmidt 2017, S. 14):

- Ein intensiver oder zwanghafter Wunsch Alkohol zu konsumieren
- Kontrollverlust über die geplante und eingenommene Menge an Alkohol oder das Vorhaben, den Konsum zu verringern bzw. zu stoppen, gelingt nicht mehr.
- Körperliche Entzugserscheinungen, wenn die Alkoholeinnahme reduziert oder angehalten wird. Alkohol wird eingenommen, um Entzugserscheinungen zu mildern.
- Der Körper hat eine Toleranz gegenüber den Wirkungen des Alkohols entwickelt. Das bedeutet, dass die Betroffenen ihren Konsum erhöhen müssen, damit sie den gewünschten Effekt erhalten bzw. erzielt die gleiche Menge Alkohol nur noch eine deutlich geringere Wirkung.
- Das eigene Denken ist stark an den Alkohol gebunden, sodass andere Aktivitäten komplett vernachlässigt werden. Die vorhandene Zeit wird für die Beschaffungen und den Konsum von Alkohol, oder um sich von den Folgen zu erholen, genutzt.
- Der Konsum wird fortgeführt, obwohl die Betroffenen bereits mit körperlichen und sozialen Problemen konfrontiert werden und sich über dessen Auswirkungen klar sind (vgl. Klein/Schmidt S. 14ff.).

2.3.2 Alkoholabhängigkeit nach DSM-5

Das DSM-5 ist das führende psychiatrische Klassifikationssystem in den USA und wird für die Diagnose von psychischen Erkrankungen verwendet. Die Abkürzung steht für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“ (eng: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Im Gegensatz zum ICD-10 beschränkt sich das DSM-5 ausschließlich auf psychische Störungen und enthält deswegen stellenweise genauere diagnostische Kriterien.

Die Klassifizierung nach DSM-5 wird nach Schweregrad der Abhängigkeit gegliedert. Insgesamt werden hier 11 Punkte genannt. Werden 2 bis 3 der Merkmale erfüllt, dann

wird von einer leichten Alkoholgebrauchsstörung gesprochen. Sind 4 bis 5 Anzeichen vorhanden, dann besteht eine mittelschwere Alkoholgebrauchsstörung und wenn mehr als 5 Kriterien identifizierbar sind, dann ist damit eine schwere Alkoholgebrauchsstörung gemeint (vgl. Lindenmeyer 2021, S. 355).

Die spezifischen Kriterien ergeben sich aus folgenden Punkten:

- Alkohol wird in immer größeren Mengen und längeren Zeitperioden als beabsichtigt konsumiert.
- Es besteht ein zwanghaftes, allerdings erfolgloses Verlangen, die Alkoholeinnahme zu verringern oder zu kontrollieren.
- Hoher Zeitaufwand für Konsum, Erwerb und Erholung von Alkohol
- Starker Wunsch, Alkohol zu konsumieren
- Der Alkoholgebrauch führt zu Versagen bei Erfüllung von wichtigen Verpflichtungen auf der Arbeit, in der Schule oder zu Hause.
- Der Alkoholmissbrauch wird fortgesetzt, trotz immer wieder auftretender sozialer und zwischenmenschlicher Probleme, die nachweisbar durch den Alkohol entstehen oder zunehmen.
- Bedeutsame berufliche, soziale und Freiheitsaktivitäten werden aufgrund des Alkoholgebrauchs teilweise oder komplett vernachlässigt.
- Alkohol wird wiederholt in Situationen, die zur eigenen körperlichen Gefährdung führen kann, konsumiert.
- Der Konsum wird fortgeführt, obwohl die Betroffenen bereits anhaltende oder wiederkehrende körperliche oder psychische Gesundheitsschäden haben, die nachweisbar durch den Alkohol entstanden sind
- Toleranzentwicklung. Einerseits gekennzeichnet durch die Dosissteigerung, um den gewünschten Effekt herbeizuführen. Andererseits durch eine verminderte Wirkung bei anhaltendem Konsum der gleichen Mengen an Alkohol.
- Entzugssymptome. Betroffene entwickeln ein Entzugssyndrom als Folge des Suchtabbruchs. Ebenfalls wird Alkohol konsumiert, um Entzugssymptomen entgegenzuwirken (vgl. American Psychiatric Association: DSM-5 2013, S. 491).

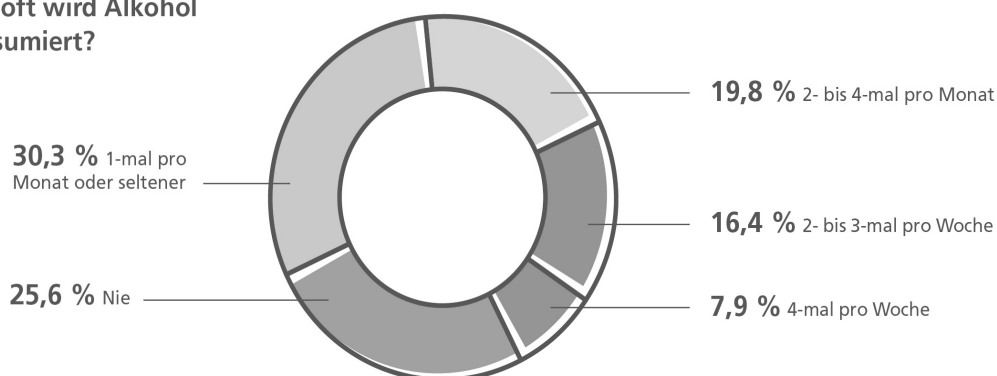
2.4 Zahlen und Fakten zur Alkoholabhängigkeit

Folgende Abbildung zeigt die Verteilung der Deutschen, die regelmäßig Alkohol konsumieren:

Abb.: 1 „Etwa 25 Prozent trinken mehrmals pro Woche“

Etwa 25 Prozent trinken mehrmals pro Woche

Wie oft wird Alkohol konsumiert?



Basis: n=2.878 Befragte

Quelle: Studie „HINTS-Germany“, 2019 – erste Erhebungswelle, insgesamt N=2.902 Befragte
HINTS-Germany ist eine Studie der Stiftung Gesundheitswissen in Zusammenarbeit mit dem Hanover Center for Health Communication

© Stiftung Gesundheitswissen 2020

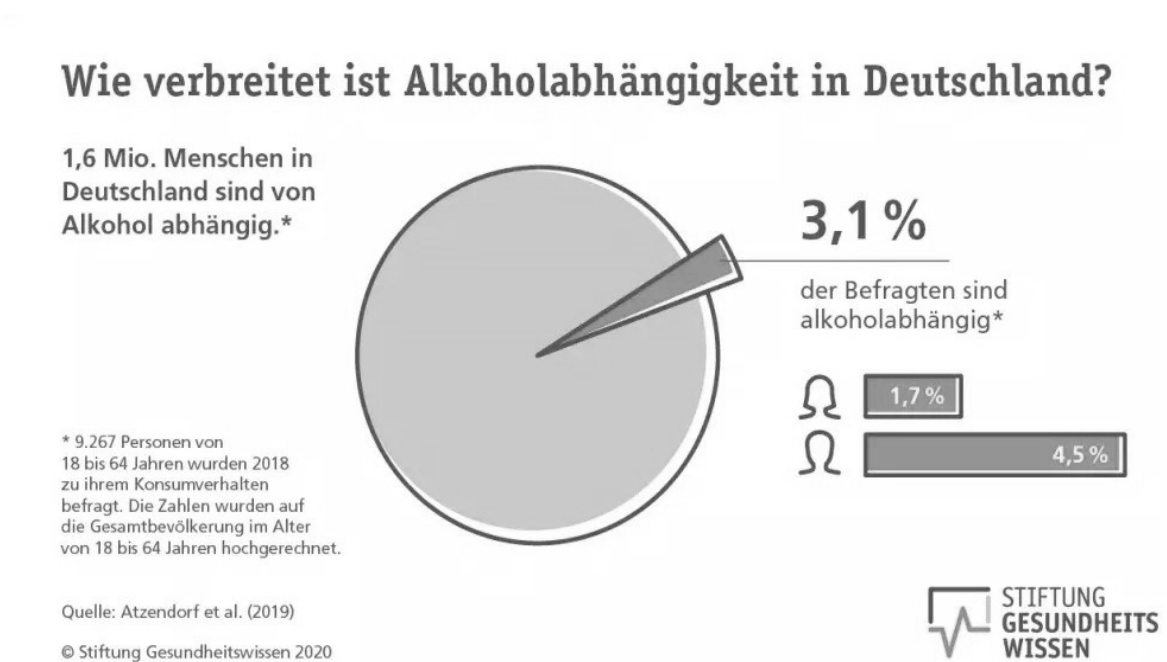


Quelle: Stiftung Gesundheitswissen 2020a (Internetquelle)

Hier wird sichtbar, dass lediglich 25,6% der Probanden keinen Alkohol trinken. 24,3% der Teilnehmer weisen einen wöchentlichen und damit regelmäßigen Alkoholkonsum auf. Circa die Hälfte der Befragten weisen einen unregelmäßigen Alkoholkonsum auf. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass 74,4% der Probanden Alkohol als Genussmittel zu sich nehmen. Aufgrund der Bagatellisierung der Folgeschäden von Alkohol ist es nicht überraschend, dass Menschen in Deutschland an einer Alkoholabhängigkeit leiden.

Die Verteilung der Alkoholabhängigen in Deutschland zeigt sich in folgender Darstellung:

Abb.: 2 „Wie verbreitet ist Alkoholabhängigkeit in Deutschland“



Quelle: Stiftung Gesundheitswissen 2020b (Internetquelle)

Laut einer Studie von der Stiftung Gesundheitswissen aus dem Jahr 2018 leiden 1,6 Millionen Menschen an einer Alkoholabhängigkeit. Die Prävalenz zeigt eine deutlich höhere Verteilung auf Seiten der Männer, als auf Seiten der Frauen.

In Hinsicht auf das Zusammenleben von Kinder mit suchtkgefährdeten Eltern ist davon auszugehen, dass schätzungsweise bis zu 6,6 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit riskanten Alkoholkonsum und 4,2 Millionen Kinder bei einem Elternteil mit regelmäßigem Suchtkonsum leben (vgl. Mortler 2017, S. 5).

Dahingehend wird die Zahl der Kinder unter 18 Jahren, die mit alkoholabhängigen Eltern zusammenleben, auf 2,65 Millionen geschätzt. Das bedeutet, dass so gut wie jedes sechste Kind eine Sucht im Elternhaus miterlebt. Es ist offensichtlich, dass Kinder dadurch ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Probleme aufweisen. Circa ein Drittel der Betroffenen wird selbst abhängig. Ein weiteres Drittel entwickelt eine psychische und/oder soziale Störung. Das letzte Drittel übersteht die belastende Erfahrung mehr oder weniger unbeschadet (vgl. Gutknecht/Mielke 2017, S. 1).

Außerdem sind diese Kinder häufiger körperliche Gewalt, Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch ausgesetzt. Sie haben mehr Schulschwierigkeiten und schwänzen deutlich öfter die Schule oder brechen sie ganz ab. Aus diesem Grund absolvieren 15% (bei Jungs) und 12,7% (bei Mädchen) weniger das Abitur.

Das Risiko, dass diese Kinder selbst eine Abhängigkeit entwickeln, ist sechs mal so hoch, wie bei Kindern aus nicht süchtigen Familien. Somit sind Kinder von suchtkranken Eltern die bekannteste Sucht-Risikogruppe (vgl. Gutknecht/Mielke 2017, S. 1).

3. Das Kind in der alkoholkranken Familie

Im nächsten Abschnitt dieser Arbeit wird der Fokus auf das Kind in der alkoholkranken Familien gestellt. Am Anfang werden die familiären Situationen und Regeln erörtert. Aufgrund dieser Umstände besteht die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder dysfunktionale Rollenmodelle entwickeln, die ebenfalls näher beschrieben werden. Der Abschluss dieses Kapitels bilden die Risiko- und Schutzfaktoren sowie mögliche Folgeschäden der betroffenen Kindern.

3.1 Familiäre Situation und Atmosphäre

Die familiäre Situation und Atmosphäre ist in erster Linie davon abhängig, ob ein Elternteil Alkohol getrunken hat oder nicht. Kinder erleben in der Regel zwei verschiedene Persönlichkeiten ihrer Mütter und Väter, die sehr gegensätzlich sind. Einerseits ist das Verhalten im nüchternen Zustand sehr fürsorglich und liebevoll. Andererseits sind die Eltern im Rausch eher desinteressiert und abweisend. Diese paradoxen Verhaltensweisen machen das Kind extrem unsicher, wodurch sie nie richtig einschätzen können, was richtig oder falsch ist. Je nachdem, wie betrunken die Eltern sind, werden Kinder für das gleiche Benehmen entweder bestraft oder gelobt (vgl. Zobel 2008, S. 42).

Es ist nicht selten der Fall, dass neben den Eltern noch weitere Verwandte suchtgefährdet sind und ein Alkoholproblem haben, vor allem Onkel und Großväter. Das Kind erlebt das Trinken innerhalb der Familie demnach als einen „typischen Zustand“ (vgl. Zobel 2008, S. 43).

Sollte es vorkommen, dass innerhalb der Beziehung ein Elternteil zum Alkohol greift, dann versucht das andere Elternteil, eifrig diese Tatsache nach Außen hin zu verleugnen um ein Bild der Ordnung und Anständigkeit zu erschaffen, welches in der Realität allerdings nicht vorhanden ist. Anfangs hat das „gesunde“ Elternteil Verständnis und entschuldigt das Verhalten des Süchtigen. Allerdings wird dieser mit zunehmender Zeit immer verzweifelter und wütender. Es wird versucht, den Abhängigen durch starke Kontrolle zu schützen, aber dadurch entstehen leider heftige Streitigkeiten zwischen den beiden. Immer wieder werden dem Süchtigen Vorwürfe gemacht, sodass er für alle vorherrschenden Probleme verantwortlich gemacht wird und deshalb immer wieder einen neuen Grund zum Trinken hat (vgl. Zobel 2008, S. 44).

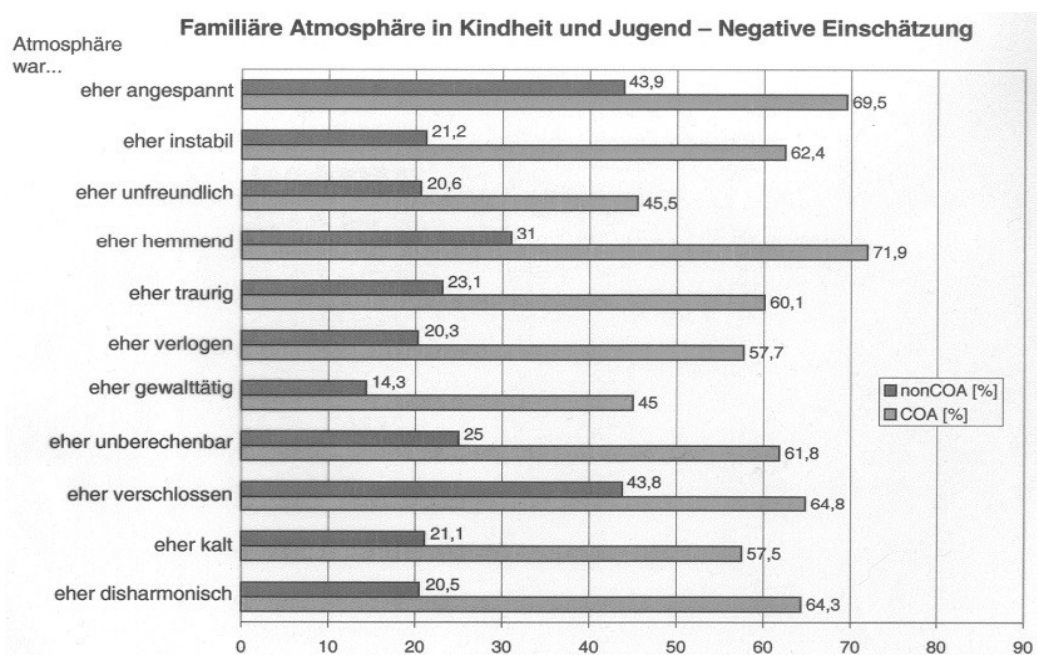
Im Kontrast dazu steht die trinkende Mutter. Aufgrund der Tatsache, dass sich in vielen Familien die Mutter um den Haushalt und die Kinder kümmert, werden diese dahingehend stark vernachlässigt und sich selbst überlassen. Kinder übernehmen deswegen vermehrt Aufgaben wie putzen, waschen, einkaufen und kümmern sich als eine Art Ersatzmutter um jüngere Geschwister (vgl. Zobel 2008, S. 45).

Es kann ebenfalls gesagt werden, dass Partner von Abhängigen zudem nicht konsequent genug in ihrem Handeln sind und deswegen viel zu lange in der Beziehung bleiben, obwohl das Verhältnis bereits komplett geschädigt ist. Aus Scheu gegenüber Vorurteilen nehmen sie keine professionelle Hilfe in Anspruch oder ziehen auch eine Selbsthilfegruppe nicht in Erwägung. Trennung und Scheidung werden erst dann in Betracht gezogen, wenn es bereits zu spät ist und die Abhängigen möglicherweise eine körperliche und/oder psychische Störung haben (vgl. Zobel 2008, S. 45).

Schlussendlich wird klar, dass Kinder mit Verhältnissen von Instabilität, emotionaler Kälte, Willkür, unklaren Grenzen, Respektlosigkeit, mangelnder Förderung und Interesse seitens der Eltern sehr zu kämpfen haben (vgl. Zobel 2017, S. 23).

In der folgenden Abbildung soll nochmals verdeutlicht werden, wie hoch die negativen Atmosphären von Kindern aus alkoholkranken Familien im Vergleich zu nicht süchtigen Familien sind.

Abb.: 3 „Familiäre Atmosphäre in Kindheit und Jugend – Negative Einschätzung



Quelle: Klein/Zobel 1999, S. 43

Hier wird deutlich, dass die Atmosphäre in nahezu allen Bereichen immer doppelt oder dreifach so schlecht ist, als bei Kindern aus nicht alkoholbelasteten Familien, was erneut die Schwierigkeiten und Herausforderungen für Kinder untermauert, die in solchen Haushalten aufwachsen.

3.2 Regeln

Kinder in einer suchtkranken Familie lernen schnell, dass ihre persönlichen Sorgen und Nöte bzw. ihre Wünsche und Bedürfnisse eher eine untergeordnete oder gar keine Rolle spielen. Demnach müssen Kinder diese Bedürfnisse zurücksetzen, um zu verhindern, dass das Familienleben nicht noch komplizierter und chaotischer wird. Von ihnen wird verlangt, dass sie ein erwachsenes Verständnis für die Probleme von der Mutter und/oder dem Vater haben. Die abhängigen Elternteile hingegen dürfen sich „alles erlauben“, sodass vor allem der Zugang zum Alkohol immer garantiert ist.

Diese Regeln werden durch Blicke, Gesten und Reaktionen angedeutet. Sie werden nicht ausgesprochen und blockieren das Familiensystem in ihrer jeweiligen Entwicklung (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 18).

In einer Familie, in der ein Elternteil abhängig ist, weiß eigentlich jedes Mitglied, dass Vater oder Mutter ein Alkoholproblem hat. In Wirklichkeit darf aber niemand diese Tatsache ansprechen oder aufbringen, weil es dieses Problem als solches gar nicht geben darf. Oftmals wird das Verhalten sogar noch entschuldigt und unglücklichen Umständen wie z.B. Stress auf der Arbeit oder den „ungezogenen Kindern“ zugeschrieben (vgl. Zobel 2017, S. 23).

Damit Eltern nicht noch weiter belastet werden, müssen Kinder in der familiären Situation lernen ihre eigenen belasteten Gefühle zu unterdrücken, sodass sie nicht auf die Familienangehörigen übertragen werden. Durch die Verleugnung der eigenen Wahrnehmung wird der Zugang zum emotionalen Erleben verlernt, wodurch sogar positive Emotionen nicht mehr gedeutet werden können, außer, wenn es darum geht, den Schein von Ordnung nach außen hin zu beweisen. Sie müssen sehr früh lernen, besonders viel Verantwortung zu übernehmen. Es wird von ihnen gefordert, stark und perfekt zu sein (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 18).

Durch das Leugnen der Probleme und der eigenen Gefühlswelt lernen Kinder, weder sich selbst noch anderen Personen zu vertrauen. Die familiäre Atmosphäre ist von Lügen geprägt. An erster Stelle wollen die Alkoholabhängigen ihr Trinkverhalten verbergen. Außerdem vertuschen die nicht abhängigen Elternteile die Sucht des Anderen, um den Familienruf zu schützen. Darüber hinaus lügen die Kinder, um sich selbst zu schützen. Innerhalb der Familie kann sich deswegen niemand mehr auf den anderen verlassen, was dazu führt, dass Kinder lernen, nur noch sich selber zu trauen. Gleichzeitig verlieren sie die Fähigkeit, überhaupt erst anderen Menschen zu vertrauen (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 19).

3.3 Das Rollenverhalten als Bewältigungsstrategie

Ausgehend von den familiären Regeln entwickeln betroffene Kinder eigene Interaktionsrollen, damit sie sich an die jeweilige Lebenssituation anpassen können. Sie dienen sozusagen als Bewältigungs- und Überlebensstrategie (vgl. Riedel 2005, S. 7).

3.3.1 Der Familienheld oder die Verantwortungsbewusste

In diese Kategorie fallen meistens das älteste Kind oder Einzelkinder. Sie übernehmen vermehrt elterliche Aufgaben, weil diese ihren eigentlichen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen. Besonders nennenswert sind Töchter einer abhängigen Mutter, die sich dahingehend gezwungenermaßen für die Instandhaltung des Haushalts und Verpflegung der jüngeren Geschwister verantwortlich fühlen. Allerdings sind Mädchen in dieser Position nicht besonders auffällig, weil sie in die weibliche Rollenerwartung einer Versorgenden, Verständnissvollen und Unterstützenden hineinpassen und dafür auch positive Anerkennung von der Umwelt bekommen. Darin resultiert aber eine starke Abhängigkeit von Lob und Anerkennung. Außerdem besteht die Chance, dass sie im Erwachsenenalter ebenfalls eine Beziehung mit einer Person eingehen, die eine Suchterkrankung hat und deswegen mit den gleichen Verhaltensmuster wie im Kindesalter zu kämpfen haben. Jedoch können diese Kinder unter Umständen sehr positive Kompetenzen wie Selbstvertrauen, Selbstständigkeit, Standhaftigkeit, Empathie und soziale Intelligenz im Umgang mit anderen entwickeln. Entgegen der Umstände hilft ihr Streben nach Anerkennung, nichtsdestotrotz dabei gute Schulleistungen zu erbringen (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 19).

3.3.2 *Das schwarze Schaf, der Sündenbock*

In der Regel wird diese Rolle dem zweiten oder mittleren Kind zugeteilt. Es bemerkt die Suchtprobleme innerhalb der Familie und will durch unkontrolliertes und auffälliges Verhalten die Aufmerksamkeit auf sich selber ziehen. Dadurch erschafft es, wenn auch nur bedingt, das Gleichgewicht in der Familie wiederherzustellen, weil der Fokus nicht auf die Sucht der Elternteile beschränkt sein sollte, sondern eben auch auf die Bedürfnisse und Wünsche der Kinder. Jedoch besteht durch die Auffälligkeiten seitens des Kindes die Möglichkeit, dass das Familiengeheimnis erkennbar wird, vor allem wenn die Eltern als Teil einer Erziehungsberatung mit einbezogen werden (vgl. Arenz-Grieving u.a. 2007, S. 19).

Unter anderem gelingt es solchen Kindern nur noch schwer, diese Rolle im späteren Leben abzulegen, wodurch sie immer wieder negativ auffallen und mit persönlichen Problemen zu kämpfen haben. Infolgedessen werden sie beispielsweise kriminell oder geraten selbst in eine Suchtabhängigkeit (vgl. Arenz-Grieving u.a. 2007, S. 21).

3.3.3 *Das stille, fügsame Kind*

In dieser Rolle findet sich meistens das mittlere oder drittgeborene Kind wieder. Es lebt isoliert bzw. kontaktscheu und möchte weder positiv noch negativ auffallen. Das Kind zieht sich in die eigene Traumwelt zurück und akzeptiert die Situation in der Familie. Es hat nicht das Bedürfnis, die Probleme in irgendeiner Weise zu verhindern oder erträglicher zu machen. Das bedeutet, dass es Konflikten oder Verantwortungen aus dem Weg gehen möchte. Betroffene Kinder sind von Minderwertigkeitsgefühlen, Vernachlässigung, Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit geprägt. Sie sind weder neugierig, noch zeigen sie Spontanität oder Lebensfreude und werden deshalb regelrecht „vergessen“ (vgl. Arenz-Grieving u.a. 2007, S. 20).

Weiterhin kann gesagt werden, dass sie eine erhöhte Chance haben, an psychischen und Verhaltensstörungen zu erkranken. Dazu zählen z.B. Essstörungen, Asthma sowie andere Allergien. Aufgrund dessen, dass sie sich oft zurückziehen und alleine sind, mangelt es ihnen an sozialen Fähigkeiten (vgl. Arenz-Grieving u.a. 2007, S. 21).

3.3.4 Der Clown, das Maskottchen

Der Clown oder auch das Maskottchen ist häufig die Rolle des letztgeborenen Kindes. Sie sind humorvoll und lachen gerne, was dabei hilft, die unterschwellige depressive Grundstimmung in der Familie etwas aufzulockern. Allerdings verbirgt sich dahinter ein innerer Zwang, weshalb die Heiterkeit etwas „scheinheilig“ wirken kann. Sie sind sehr empfindlich gegenüber den familiären Unstimmigkeiten und versuchen das mit ihrem extrem positivem Verhalten zu überspielen. Durch ihren Sinn für Humor steigern sie zwar ihr Selbstwertgefühl, trotzdem können sie dadurch schlecht einschätzen, wann der Zeitpunkt gekommen ist, sich wieder sozial angemessen zu verhalten. Deswegen werden sie leider oft gemieden, nicht ernst genommen oder allein gelassen. Sie sind besonders abhängig von Harmonie sowie Anerkennung und besitzen aus diesem Grund eine geringe Konfliktbewältigung. In ungünstigen Fällen muss die Rastlosigkeit dieser Kinder mit Beruhigungsmitteln behandelt werden, damit sie sich sowohl psychisch als auch physisch unter Kontrolle haben (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 20).

3.4 Risiko- und Schutzfaktoren von Kinder mit alkoholabhängigen Eltern

Kinder und ihre Umwelt befinden sich in einer schwer definierbaren Wechselwirkung. Risiko- und Schutzfaktoren kennzeichnen die Reaktionen von Kindern auf die Umwelt. Sie haben somit unmittelbaren Einfluss auf die individuelle Entwicklung. Kindbezogene Risikofaktoren sind z.B. genetische Veranlagungen. Darunter fallen Merkmale wie die Intelligenz, die Ablenkbarkeit oder das Aktivitätsniveau eines Kindes. Sie geben an wie empfindlich Kinder gegenüber Risikofaktoren aus ihrer Umwelt sind und beschreibt sozusagen das Gewicht der Vulnerabilität. Unter umweltbezogenen Risikofaktoren werden z.B. sozioökonomische Verhältnisse und familiäre Umstände verstanden. Sie werden auch Stressoren genannt (vgl. Petermann/Petermann 2005, S. 39).

In gleicher Weise wirken kindbezogene und umweltbezogene Schutzfaktoren. Das bedeutet, dass z.B. ein gesundes Temperament auf Seiten des Kindes, eine stabile Beziehung zu den Eltern oder eine gewisse Stresstoleranz dazu beitragen, die umweltbezogenen Schutzfaktoren zu stärken. Kindbezogene Schutzfaktoren werden in der Literatur auch Resilienzen genannt. Damit ist die Widerstandsfähigkeit gegen negative Auswirkungen von Risikofaktoren gemeint. Diese müssen allerdings vom Kind im Umgang mit seiner Umwelt erst erlernt werden (vgl. Petermann/Petermann 2005, S. 39).

3.4.1 Kindbezogene Risikofaktoren

- Geringe physiologische und subjektive Reaktion nach Alkoholkonsum

Beobachtungsstudien zeigen, dass besonders männliche Risikoprobanden für die Wirkung von Alkohol weniger empfänglich gewesen sind. Längere Untersuchungen ergaben außerdem, dass sie vergleichsweise ein geringeres Gefühl von Intoxikation und Koordinationsschwierigkeiten im Alter von 20 Jahren aufweisen. Allerdings steht diese Tatsache im direkten Zusammenhang mit einem höheren Entwicklungsrisiko für Alkoholabhängigkeit und -missbrauch. Das bedeutet, dass sie ebenfalls eine stärkere Toleranz gegenüber Alkohol besitzen und deswegen mehr trinken müssen, damit sie den gleichen subjektiven Rauschzustand wie Kontrollprobanden erreichen. Zugleich wurden die unangenehmen körperlichen Folgen des Alkohols im geringeren Umfang wahrgenommen. Jugendliche verkörpern in ihren Peergroups dahingehend die Rolle eines starken Mannes der viel trinkt und trotzdem seinen Tätigkeiten ohne beträchtlichen Nebenwirkungen nachgehen kann. Für dieses „Talent“ erhalten sie dann Ansehen und Bewunderung, wodurch ihr eigenes Selbstwertgefühl deutlich gesteigert werden kann (vgl. Zobel 2017, S. 183f.).

- Stressreduzierung nach Alkoholkonsum

Risikopersonen können sich durch den Alkoholkonsum deutlich besser beruhigen und Stress reduzieren. In Verbindung mit der stärkeren Toleranz und die daraus resultierende Anerkennung können sie somit doppelt vom Alkoholkonsum profitieren. Einerseits sind sie in der Lage sich zu entspannen und andererseits steigern sie ihr Selbstwertgefühl (vgl. Zobel 2017, S. 184).

- Schwieriges Temperament als Kleinkind

Kleinkinder, die häufig weinen oder schreien, sind auf das Verständnis der Eltern angewiesen. Alkoholranke Eltern besitzen in solchen Situationen meistens nicht das nötige Einfühlungsvermögen und reagieren deshalb eher gereizt oder ausfallend auf das kindliche Verhalten, weshalb sie ihr Kind körperlich oder verbal misshandeln könnten (vgl. Zobel 2017, S. 184).

- Impulsives Temperament

Berichte dokumentieren, dass Kinder, die auf der Suche nach Aufmerksamkeit impulsives Verhalten zeigen, eine deutlich höhere Tendenz zu kriminellen Verhalten und der Behandlung von Alkoholabhängigkeit in der Jugend aufweisen (vgl. Zobel 2017, S. 184).

3.4.2 Umweltbezogene Risikofaktoren

- Beeinflussung des Alkoholeffektes auf die Familieneffekte

Die Perioden von Abstinenz und Rausch haben eine starke Beeinträchtigung auf das Allgemeinbefinden und das Verhalten eines Elternteils. Jedoch wirken sich diese Alkoholeffekte direkt auf die Familieneffekte aus (vgl. Zobel 2017, S. 184).

In Bezug des Alkoholproblems treten innerhalb der Familie noch weitere Stressoren auf. Beispielhaft zu nennen wären hier Ehekonflikte, Trennung der Eltern, finanzielle Schwierigkeiten, Arbeitslosigkeit oder der Tod des süchtigen Elternteils. Das Ausmaß der kindlichen Schädigungen wird dadurch bestimmt, inwieweit diese Beeinträchtigungen vorliegen. Aufgrund dessen erleben die betroffenen Kinder lediglich ein geringes Maß an Tagesstrukturen und familiären Ritualen, wie z.B. gemeinsame Mahlzeiten oder Unternehmungen. Sollte es doch einmal vorkommen, dass innerhalb der Familie gemeinsame Pläne geschmiedet werden, besteht die Möglichkeit, dass diese unvorhersehbar gekippt werden (vgl. Zobel 2017, S. 186).

- Modelllernerneffekte

Kinder tendieren im Jugendalter dazu, das Trinkverhalten ihrer Eltern zu kopieren. Sie nehmen an, dass Probleme durch den Alkoholkonsum verarbeitet bzw. verdrängt werden können. Dieser Effekt wird vor allem durch weitere Verwandte, die eine problematisches Trinkverhalten aufweisen, nur noch weiter intensiviert (vgl. Zobel 2017, S. 186).

- Instabile, unzuverlässige Familienatmosphäre

Eine schwache Bindung, häufige Streitigkeiten und das Miterleben des elterlichen Konsums tragen dazu bei, dass Kinder psychische Störungen entwickeln. Ebenso sorgen die unausgesprochenen Regeln in diesen Familien dafür, dass die Atmosphäre sehr angespannt und angsterregend sein kann (vgl. Zobel 2017, S. 186).

- Schwache emotionale Bindung

Die Anfälligkeit für den Alkoholkonsum seitens des Kindes wird verstärkt, wenn sie eine schlechte und fremde Beziehung zu ihren Eltern erleben (vgl. Zobel 2017 S. 186).

- Mangelnde Unterstützung und Kontrolle durch Eltern

Durch die Vernachlässigung und das Desinteresse der Eltern können diese nicht nachvollziehen, welche Aktivitäten ihre Kinder außerhalb von Zuhause nachgehen. Sollten die Kinder ihre Zeit in ungeeigneten Peergroups verbringen und dahingehend z.B mehr Alkohol und Drogen konsumieren oder Ordnungswidrigkeiten begehen, dann erfahren die Eltern davon meistens zu spät oder gar nicht. Selbst das nicht abhängige Elternteil kann der Aufsicht nicht nachkommen, da es mit den zusätzlichen Aufgaben, die durch das süchtige Elternteil entstehen, sehr überfordert sein kann. Das bedeutet, dass Kindern die nötige Unterstützung fehlt, wenn sie mit Problemen konfrontiert werden, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können (vgl. Zobel 2017. S. 187).

- Komobidität der Eltern

Alkoholranke Personen leiden oft unter weiteren Störungen, wie z.B. Depressionen oder einer antisozialen Persönlichkeitsstörung. Sie tragen zu der angespannten Familienatmosphäre sowie der Vernachlässigung ihrer Verantwortungen bei und fördern somit die problematischen Auffälligkeiten der Kinder (vgl. Zobel 2017, S. 187).

- Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Missbrauch

Es kann allgemein gesagt werden, dass die Ausführung von seelischer und körperlicher Gewalt gegenüber Kindern dazu beiträgt, dass sie später vermehrt Alkohol und Drogen konsumieren. Außerdem ist zu beachten, dass sexuelle Übergriffe von Dritten, aufgrund des unbefriedigenden Erziehungsbeitrags, der emotionalen Vernachlässigung und der mangelnden Aufsicht, ebenfalls wahrscheinlicher sind (vgl. Zobel 2017, S. 187).

- Alkohol- und Drogenkonsum in Peergroups

Kinder von alkoholkranken Eltern machen sich stark von ihren Peergroups abhängig, damit sie ihr unzureichendes Gefühl der Zuwendung ausgleichen können. Das allerdings spielt eine große Rolle für weiteres ungünstiges Verhalten. Das Trinkverhalten der Angehörigen innerhalb der Peergroup beeinflusst wiederum das Trinkverhalten der be-

troffenen Kinder. Ebenso verleitet es, in größeren Umfängen Alkohol und Drogen zu konsumieren (vgl. Zobel 2017, S. 187).

3.4.3 Kindbezogene Schutzfaktoren

- Resilienzen entwickeln

Das Stärken von Resilienzen schützt Kinder vor den negativen Einwirkungen aus der Familie. Sie lernen dadurch, besser mit dem Alkoholproblem umzugehen und es verhindert die Entwicklung schädlichen Rollenverhaltens, welche im vorangegangenen Kapitel bereits erläutert wurden (vgl. Zobel 2017, S. 188).

- Positive Mentalität

Das Führen einer positiven Lebenseinstellung befürwortet die Selbstständigkeit und damit eine vielversprechende Problembewältigung. Somit tendieren Personen dementsprechend weniger dazu, auf Alkohol zurückzugreifen (vgl. Zobel 2017, S. 188).

- Bewältigungsstrategien fördern

Das Fördern von problemlösenden Bewältigungsstrategien senkt das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung. Diese Strategien sind notwendig, da sonst die Gefahr besteht, dass Kinder alternative Strategien anwenden, wie beispielsweise Rauchen oder Trinken, um ihre Sorgen zu verdrängen (vgl. Zobel 2017, S. 188).

- Soziale Kompetenzen

Kinder sollten stabile und gesunde Beziehungen zu Gleichaltrigen oder anderen erwachsenen Bezugspersonen aufbauen, damit sie in Zeiten der Ratlosigkeit auf diese Ressourcen vertrauen können, um somit persönliche Schwierigkeiten besser zu bewältigen (vgl. Zobel 2017, S. 188).

3.4.4 Umweltbezogene Schutzfaktoren

- Familiäre Rituale

Familiäre Rituale wie gemeinsame Mahlzeiten und Ausflüge sorgen für Rhythmus und Struktur, was wiederum eine schützende Wirkung auf die kindliche Entwicklung hat. Die Umsetzung dieser Rituale mildert die Wahrscheinlich für Abhängigkeit und dysfunktio-

nale Anpassungsmuster seitens der Kinder (vgl. Zobel 2017 S. 189).

- Emotionale Bindung zum nicht abhängigen Elternteil oder anderen Kontakten
Essenziell ist, dass Kinder Zustimmung in Bezug auf ihre Gefühle und Wahrnehmung erfahren. Daher brauchen sie eine zuverlässige emotionale Bindung zum nicht abhängigen Elternteil oder einer anderen Bezugsperson, der sie dahingehend unterstützt und ernst nimmt. Dadurch erfahren sie Werte wie Respekt, Sympathie und Anerkennung, was ihnen dabei hilft, angemessenes Verhalten zu entwickeln, damit sie ihre unvorteilhaften Lebensumstände bewältigen können (vgl. Zobel 2017, S. 189).
- Geringe Exposition gegenüber Konsum und Auseinandersetzungen der Eltern
Kinder sollten in der Regel das radikale Trinken und die möglichen Streitigkeiten der Eltern, die von Gewalt und Aggression geprägt sind, nicht miterleben. Das Fernbleiben dieser Zustände ist deswegen ein wichtiger Schutzfaktor für sie (vgl. Zobel 2017, S. 189).

3.5 Mögliche Folgeschäden der Kinder

Allgemein wird festgestellt, dass Kinder aus alkoholkranken Familien im Vergleich zu Kindern aus unbelasteten Familien ein schlechteres Gesundheitsverhalten aufzeigen. Darunter fallen Merkmale wie weniger Bewegung, mehr Zeit vor dem Fernseher oder dem PC und eine ungesunde Ernährung. In Bezug auf den Konsum von illegalen Drogen und Empfindlichkeit gegenüber Suchterkrankungen gibt es eine ähnliche Tendenz. Denn wie bereits gesagt, zählen Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu der bekanntesten Sucht-Risikogruppe (vgl. Mortler 2017, S. 16).

Am offensichtlichsten ist die Gefährdung, selbst einmal an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken. Betroffene Kinder fangen nämlich meistens sehr früh an, Alkohol zu konsumieren und erleben dementsprechend viel eher Rauschzustände. Die Hemmschwelle gegenüber Alkohol und anderen illegalen Substanzen ist ebenfalls viel niedriger als bei anderen Kindern (vgl. Mortler 2017, S. 16).

Außerdem leiden diese Kinder häufiger an externalisierenden Auffälligkeiten. Dazu zählen unter anderem Störungen des Sozialverhaltens oder die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Diese Erkrankungen können in jeder Phase der Entwicklung auftreten. Das bedeutet, dass sie bereits in der Kindheit bzw. Jugend oder erst im Erwachsenenalter erkennbar sind (vgl. Mortler 2017, S. 17).

Des Weiteren haben sie ein erhöhtes Risiko, internalisierende Störungsbilder aufzuweisen. Damit sind z.B. Depressionen oder Angststörungen gemeint. Wie bereits bei den externalisierenden Auffälligkeiten gesagt wurde, können die internalisierenden Störungen ebenfalls in jeder Altersstufe auftreten.

Insbesondere stehen die Anpassungsrollen der Kinder im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter (vgl. Mortler 2017, S. 17).

Weiterhin zeigt das Ergebnis einer 33-jährigen Langzeitstudie, dass ungefähr ein Viertel der Kinder aus alkoholkranken Familien mindestens eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung haben (vgl. Mortler 2017, S. 18).

4. Sozialpädagogische Hilfemöglichkeiten

Im letzten Teil dieser Arbeit werden die Grundlagen sowie Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe beschrieben und dahingehend die erforderlichen Arbeitsschritte erörtert. Ein weiterer Bestandteil ist die Zusammenarbeit mit Kindern, Eltern und Hilfesystemen.

4.1 Kinder- und Jugendhilfe

Die gesetzlichen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sind im achten Sozialgesetzbuch festgelegt. Es beinhaltet alle zutreffende Regelungen für Kinder, Jugendliche und Eltern in Deutschland. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz beschreibt Angebote zur Selbsthilfe der Erziehungsberechtigten, sodass sie ihre eigenen Ressourcen bzw. Möglichkeiten erweitern und dadurch ihren Erziehungsauftrag nachkommen können. In der Regel ist das örtliche Jugendamt am Wohnort der Erziehungsberechtigten für die Hilfestellung verantwortlich (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 41).

Die zentrale Kernaussage ist bereits im erstens Paragraphen beschrieben und sagt: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (Arenz-Greiving, zit. Nach KJHG). Das KJHG bietet dahingehend Maßnahmen, die zur Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung der Kinder beitragen. Des Weiteren sollen Kinder vor Gefahren geschützt und Eltern in der Erziehung beraten bzw. unterstützt werden (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 41).

4.1.1 Aufgaben

Sollten Eltern ihren Erziehungsverpflichtungen nicht nachkommen, so ist es die Pflicht der Kinder- und Jugendhilfe, geeignete Unterstützungen anzubieten. Dabei sollen Angebote durch freie Träger und Wohlfahrtsverbände erfolgen, sofern diese nicht durch Eigenständigkeit der Erziehungsberechtigten stattfinden können. Die Leistungen sind im zweiten Paragraphen des KJHG vereinbart. Die Angebote werden dabei in die Bereiche der Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit, erzieherischer Kinder und Jugendschutz, Förderung der Erziehung in Familien, Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in Tagespflege, Hilfen zur Erziehung, Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie Hilfe für junge Volljährige zusammengefasst (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S.42).

4.1.2 Kindeswohlgefährdung

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung ist im achten Paragraphen des KJHG geregelt. Von einer Kindeswohlgefährdung wird gesprochen wenn das körperliche, geistige und seelische Wohl durch Vernachlässigung, Missbrauch, unverschuldeten Versagen der Eltern oder wegen des Verhaltens von Dritten in Gefahr steht. Es ist die Pflicht der Eltern, ihre Kinder vor solchen Risiken zu schützen (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 48).

Vor allem bei Suchterkrankungen besteht eine erhöhte Möglichkeit der Kindeswohlgefährdung. Ob diese wirklich vorliegt, sollte aber in Kooperation mit Eltern und den zuständigen pädagogischen Fachkräften abgesprochen werden. Allerdings bedarf dieses Verfahren besonderes Feingefühl, da es Eltern mit Suchtproblemen sehr schwer fallen kann, die Hilfen der Ämter in Anspruch zu nehmen. Dabei ist es wichtig zu erläutern, was die Vorgehensweisen, Beteiligungen der Betroffenen sowie Rollen und Aufgaben bei Kindeswohlgefährdung sind (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 48).

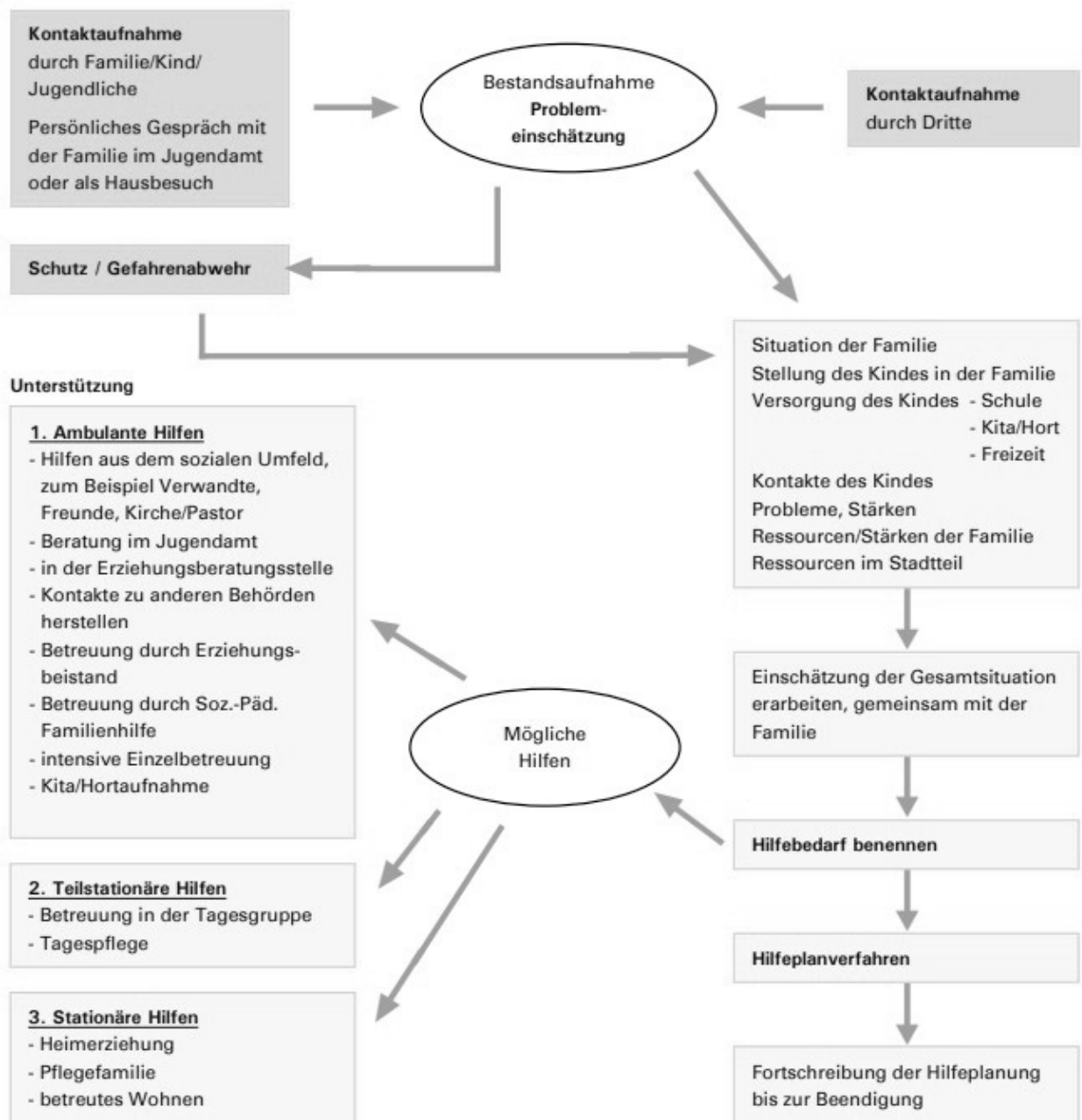
Die Notwendigkeit der Jugendhilfe zielt darauf ab, inwieweit betroffene Eltern bereit sind, sich zu engagieren, um mögliche Gefahren ihrer Kinder abzuwenden. Im schlimmsten Fall muss die Behörde das Kind gegen den Willen der Eltern aus der Familie herausziehen und in einem Heim oder einer Pflegefamilie unterbringen. Dabei ist die Jugendhilfe dazu verpflichtet, ihr Vorgehen, die fachliche Einschätzung und die Handlungsweise für alle Angehörigen so transparent wie möglich zu machen (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 48).

4.1.3 Arbeitsschritte des Jugendamtes

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass nur die Erziehungsberechtigten einen Anspruch auf die beschriebenen Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe haben. Das bedeutet, dass selbst das Kind oder der Jugendliche, diese nicht in Anspruch nehmen kann. Sogar einzelne Träger oder Institutionen für Kinder und Familien sind nicht dazu befugt. Voraussetzung für die Hilfeleistungen ist eine Antragsstellung oder zumindest die Einwilligung der Erziehungsberechtigten (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 42).

In der folgenden Abbildung werden die erforderlichen Schritte und Arbeitsweisen von Jugendämtern veranschaulicht.

Abb.: 4 „Arbeitsweise des Jugendamtes bei der Gewährung von Hilfen zur Erziehung“



Quelle: Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 43

Als Erstes ist eine Kontaktaufnahme nötig. Diese wird entweder von Familienangehörigen oder Dritten eingeleitet. Darüber hinaus kann sie als Bestandteil von Gesprächen mit den Eltern oder Hausbesuchen seitens des Jugendamtes stattfinden. Daraufhin erfolgt eine Einschätzung der Problemlage, die für weitere Maßnahmen notwendig ist. Als nächstes wird die Situation der Familie, Stellung des Kindes innerhalb der Familie sowie die Versorgung des Kindes in der Schule, Kita und Freizeit beurteilt.

Dabei werden ebenfalls die vorhandenen Ressourcen der Familie, des Kindes und dessen Umwelt beachtet. Nachdem diese Faktoren einbezogen wurden, erfolgt eine Einschätzung der Gesamtsituation unter Einbezug der Familie. Mit Hilfe dieser Aufzeichnungen kann dementsprechend der nötige Hilfebedarf erörtert werden.

Es ist dann die Aufgabe des Jugendamtes einzuschätzen, welche möglichen Hilfen am besten geeignet sind, damit das Wohl des Kindes gesichert werden kann. Je nachdem wird dann entschieden, ob die Unterstützung durch ambulante, teilstationäre oder stationären Hilfen erfolgen soll. Im Hilfeplan wird aufgezeichnet, wie lange die Hilfe stattfindet und welche Auflagen die Elternteile erhalten, sodass am Ende eine erfolgreiche Sicherung des Kindeswohls entstehen kann.

4.1.4 Mögliche Vereinbarungen im Hilfeplan mit abhängigen Eltern

Wie bereits erklärt, werden im Hilfeplan die notwendigen und zielführenden Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern und Eltern vereinbart. Dabei ist das oberste Ziel stets die Abwendung einer Kindeswohlgefährdung. Sollte dieses Ziel durch fehlendes Engagement seitens der Eltern nicht erreichbar sein, muss das Jugendamt die nötigen Maßnahmen zum Schutz des Kindes einleiten (vgl. Appel/Leitner, S. 20).

Die möglichen Vereinbarungen mit abhängigen Eltern ergeben sich aus folgenden Punkten:

- Schwangere Frauen sollen von einer Hebamme betreut werden und Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen.
- Drogenkonsum während der Schwangerschaft unterlassen.
- Regelmäßige sowie unangemeldete Hausbesuche akzeptieren und mit den Fachkräften am Wohl des Kindes zusammenarbeiten.
- Durchführung regelmäßiger Drogenkontrollen der Eltern und Kinder.
- Kinder und Eltern, die in Therapie einer Suchthilfeeinrichtung sind, müssen das Ziel der Drogenfreiheit einhalten.
- Regelmäßige Vorstellung des Kindes beim Amtsvormund.
- Wenn es für notwendig empfunden wird, soll die Tagesbetreuung der Kinder außerhalb des Elternhauses stattfinden. (z.B. bei Verwandten oder Tagesmüttern).
- Dauer und Umfang der Betreuung gewährleisten.
- Regelmäßige Schutz- und Hilfeplangespräche (vgl. Appel/Leitner S.19f.).

- Keine Gewalt oder Aggressionen gegenüber des Beziehungspartners.
- Beteiligten Fachkräften oder Dritten nicht drohen (vgl. Appel/Leitner S. 19f.).

4.2 Resilienzen der Kinder stärken

Die Ausbildung von Resilienzen ist ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit mit Kindern aus alkoholkranken Familien. Sie bestärken die Persönlichkeitsentwicklung und senken das Risiko möglicher Verhaltensstörungen. Aus diesem Grund ist das Fördern dieser Widerstandsfähigkeiten in der pädagogischen Arbeit mit den betroffenen Kindern besonders wichtig.

4.2.1 Einsicht

Beteiligte sollten das Empfinden der Kinder bestätigen und darüber aufklären, dass die ungünstigen Familienverhältnisse nicht „normal“ sind. Darüber hinaus ist es hilfreich, die Kinder mithilfe von altersgerechten Informationen über das Alkoholproblem und dessen Auswirkungen aufzuklären. Kinder müssen verstehen, dass das abhängige Elternteil an einer Krankheit leidet und deswegen Stimmungs- bzw. Verhaltensschwankungen hat. Die Aufrechterhaltung des Alkoholkonsums fördert diese Auffälligkeiten und hat nichts mit dem Kind zu tun. Das Kind erhält durch die Aufklärung dieser Zusammenhänge ein besseres Verständnis über die familiäre Situation. Dadurch können Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle reduziert werden (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 24).

4.2.2 Unabhängigkeit

Die Entwicklung von Unabhängigkeit fördert eine gesunde emotionale und psychische Distanz zur Familie. Kinder sollten die Möglichkeit nutzen, sich außerhalb des Elternhauses zu beschäftigen, damit sie nicht den familiären Umständen ausgesetzt sind. In vielen Fällen können sich Kinder jedoch aufgrund von innerem Druck oder irrationalen Anforderungen nicht von der Familie trennen. Positive Erfahrung mit anderen Personen bestärken eine emotionale Unabhängigkeit, wodurch sie sich sowohl psychisch als auch physisch von den Eltern lösen können. Die Unabhängigkeit ist erreicht, wenn sie aus freiem Willen getrennt von der Familie leben (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 24).

4.2.3 Beziehungsfähigkeit

Eine gesunde Bindung zu Gleichaltrigen oder anderen Bezugspersonen ist ebenfalls ein wichtiger Faktor der Resilienz. Die Beziehung zu anderen Menschen helfen Kindern dabei, neue Werte kennenzulernen. Dadurch erfahren sie, dass es Eltern gibt, die ihre Kinder mit Interesse und Wertschätzung behandeln. Diese Erfahrungen spielen eine große Rolle in der selbstkritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Familie. Durch das Erleben anderer Elternmodelle lernen sie andere Sichtweisen kennen und bemerken, dass nicht alle Väter oder Mütter ihre Kinder vernachlässigen. Tragfähige und vertrauensvolle Beziehungen fördern somit die Wahrscheinlichkeiten einer adäquaten Entwicklung. Außerdem senken sie das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung, weil Kinder aus diesen Familien ihren Frust mit anderen teilen können (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S.26).

4.2.4 Eigeninitiative

Kinder sollten bei der spielerischen Erkundung ihrer Umwelt gestärkt, gelobt und begleitet werden, weil dadurch ein Gefühl der Selbstwirksamkeit entsteht. In der Regel sind Kinder von Natur aus neugierig, allerdings erfahren sie von ihren abhängigen Elternteile meistens Kritik und werden dahingehend unterdrückt. Aus diesem Grund brauchen sie immer wieder positive Rückmeldungen in Bezug auf ihr Handeln, Denken und Fühlen. Es muss ihnen vermittelt werden, dass sie ebenfalls Fehler machen dürfen, um daraus lernen zu können. Das Fördern der Eigeninitiative steigert die selbstständige Fähigkeit zur Problemlösung (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 26).

4.2.5 Kreativität

Kreativität ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung und entsteht an erster Stelle beim Spielen. Die spielerische und experimentelle Auseinandersetzung mit der Umwelt formt die gesammelten Erfahrungen. Dabei ist zu beachten, dass Kinder auf diese Weise ihre Gedanken und Gefühle ausdrücken können. Dafür muss ihnen allerdings genug Raum und Zeit gegeben werden. Somit bildet Kreativität eine künstlerische Resilienz, die Zugang zur eigenen Befindlichkeit erschafft und dabei helfen kann, Alltagsprobleme zu verarbeiten (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 27).

4.2.6 Humor

Humor wird aufgrund der angespannten und angsterregenden Familienatmosphäre in alkoholbelasteten Familien nicht oft ausgedrückt. Aus diesem Grund kann der Spaß am Lachen in diesen Familien nur bedingt stattfinden. Deshalb ist es wichtig, dass betroffene Kinder Beziehungen zu Gleichaltrigen oder anderen Personen aufbauen, mit denen sie beim Spielen lachen können. Weiterhin muss gesagt werden, dass Humor eine wichtige psychologische Wirkung auf Menschen hat, die dabei hilft, sich von Problemen zu distanzieren (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 27).

4.2.7 Moral

Die Fähigkeit zwischen gut und schlecht zu unterscheiden, entsteht mit der Entwicklung von ethischen Normen und Werten. Dadurch können Situationen und Verhalten besser bewertet werden. Je nach Alkoholpegel erleben Kinder aus alkoholabhängigen Familien unterschiedliche Bewertungen für ihr Verhalten, was sie sehr unsicher machen könnte. Somit ist es für sie nie richtig nachvollziehbar, was richtig oder falsch ist. Dementsprechend gibt es in diesen Familien auch keine standhaften Prinzipien, an denen sich die Kinder orientieren können (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 27).

Am Ende ist ersichtlich, dass pädagogische Fachkräfte im Umgang mit den betroffenen Kindern darauf achten sollten, die beschriebenen Resilienzen zu fördern und zu stärken. Es ist besonders wichtig, Kinder so früh wie möglich in Entscheidungsprozesse miteinzubeziehen, sodass sie ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Kontrolle entwickeln. Entscheidend ist es, Kindern realisierbare, kleinere Verantwortlichkeiten zu übertragen. Je früher sie merken, dass ihre Sorgen und Probleme aus ihrem Umfeld wahrgenommen werden, desto eher entwickeln sie eine Grundeinstellung, in der sie nach sozialer Unterstützung suchen oder selber Unterstützung für ihre Mitmenschen anbieten (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 30).

Ableitend von den beschriebenen Resilienzen gibt es noch weit aus mehr Fähigkeiten, die resiliente Verhaltensweisen begünstigen. In der folgenden Abbildung sind weitere Resilienzen beschrieben, die hilfreich in der pädagogischen Arbeit mit Kindern sind.

Abb.: 5 „So machen sie Kinder stark“

Resiliente Verhaltensweisen können gefördert werden, indem man ...	Förderung von
das Kind ermutigt, seine Gefühle zu benennen und auszudrücken	Gefühlsregulation / Impulskontrolle
dem Kind konstruktives Feedback gibt – das Kind aufbauend lobt und kritisiert	positiver Selbsteinschätzung / Selbstwertgefühl
dem Kind keine vorgefertigten Lösungen anbietet – vorschnelle Hilfeleistungen vermeidet	Problemfähigkeit / Verantwortungsübernahme / Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
das Kind bedingungslos wertschätzt und akzeptiert	Selbstwertgefühl / Geborgenheit
dem Kind Verantwortung überträgt	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen / Selbstvertrauen / Selbstmanagement
das Kind ermutigt, positiv und konstruktiv zu denken	Optimismus / Zuversicht
dem Kind zu Erfolgserlebnissen verhilft	Selbstwirksamkeitsüberzeugungen / Selbstvertrauen / Kontrollüberzeugung
dem Kind dabei hilft, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen	positiver Selbsteinschätzung / Selbstvertrauen
dem Kind hilft, soziale Beziehungen aufzubauen	sozialer Perspektivenübernahme / Kooperations- und Kontaktfähigkeit
dem Kind hilft, sich erreichbare Ziele zu setzen	Kontrollüberzeugung / Zielorientierung / Durchhaltevermögen
realistische, altersgemäße Erwartungen an das Kind stellt	Selbstwirksamkeitsüberzeugung / Kontrollüberzeugung
dem Kind Zukunftsglauben vermittelt	Optimismus / Zuversicht
das Kind in Entscheidungsprozesse einbezieht	Kontrollüberzeugung / Selbstwirksamkeit
Routine in den Lebensalltag des Kindes bringt	Selbstmanagement / Selbstsicherheit
das Kind nicht vor Anforderungssituationen bewahrt	Problemlösefähigkeit / Mobilisierung sozialer Unterstützung
dem Kind hilft, Interessen und Hobbys zu entwickeln	Selbstwertgefühl
selbst ein resilientes Vorbild ist und dabei authentisch bleibt	effektiven Bewältigungsstrategien

Quelle: Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 29

4.3 Gesprächsführung mit Eltern

Die offene Beratung ist für Personen mit Suchtproblemen ein essentielles Hilfemittel. Fachkräfte müssen in der Gesprächsführung mit diesen Menschen viel Geduld beweisen, weil die Stimmungsschwankungen seitens der Eltern stören können. Aus diesem Grund sollte die Vorbereitung auf solche Gespräche besonders ausführlich sein. Außerdem ist es wichtig, Eltern in der Gesprächsführung nicht zu bevormunden oder zu beschuldigen, weil das für den weiteren Verlauf weder produktiv noch hilfreich ist. Wahrgenommene Beobachtungen sollten offen angesprochen aber nicht bewertet werden (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 33).

Damit keine Missverständnisse entstehen, sollte unbedingt geklärt werden, mit welchen Absichten das Gespräch stattfindet. Darüber hinaus muss das pädagogische Vorgehen begründet und belegt werden (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, 33).

Als nächstes werden verschiedene Interventionsformen in der Beratung beschrieben. Die moralische Intervention erfasst die Eltern als „Täter“ und ermahnt ihr Verhalten, weil sie ihrem Erziehungsauftrag nicht nachkommen. Diese Art von Schuldzuweisung sollte unbedingt unterlassen werden, da die pädagogischen Fachkräfte nicht vergessen dürfen, dass Sucht eine Krankheit ist. In der Regel reagieren Eltern auf moralische Ermahnungen mit Distanz und Rechtfertigungen (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 34).

Die helfende Intervention konzentriert sich auf die Bereitstellung von Unterstützung und Verständnis. Jedoch besteht dadurch die Gefahr, dass Fachkräfte vergessen, die Selbstwirksamkeit der Betroffenen zu aktivieren und Forderungen an sie zu stellen. Das ist allerdings für den weiteren Umgang mit dem Suchtproblem nicht förderlich (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 34).

Die konsequente Intervention beschreibt ein festgelegtes Ziel, das mit Bedacht ausgewählt wurde. Dieser lösungsorientierte Ansatz kann sich sehr positiv auf die betroffenen Eltern auswirken. Allerdings müssen die Ziele natürlich abgestimmt und erreichbar sein. Pädagogische Fachkräfte beweisen mit diesem Vorgehen sehr viel Verantwortung und Initiative (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 34).

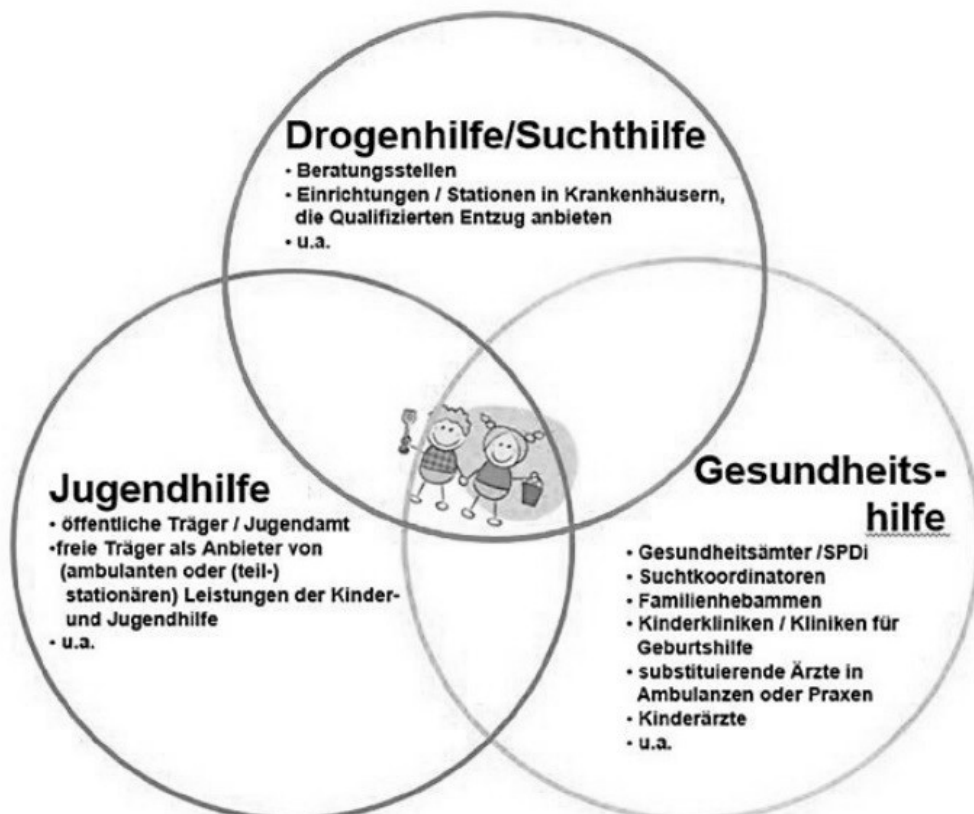
Bei der Vorbereitung und Durchführung der Beratung mit Eltern kann es hilfreich sein, sich an einen Leitfaden zu halten, sodass die Gesprächsführung mit einem erfolgreichen Ergebnis enden kann. Beratende Personen sollten in der Ausgangslage dahingehend ihren Eindruck von Kind und Eltern vermitteln. Allgemein kann gesagt werden, dass alle Wahrnehmungen in Bezug auf das Kind oder der Eltern besprochen werden sollten. Das bedeutet sowohl positive als auch negative Veränderungen und Auffälligkeiten zu benennen sowie diese anhand von Beispielen zu belegen. Es ist außerdem immer hilfreich, die Eltern über die hilfeleistenden Möglichkeiten aufzuklären, aber auch über die Konsequenzen, wenn diese ihre Pflichten nicht erfüllen. Ausdrücklich zu erwähnen ist, dass Elterngespräche immer nüchtern stattfinden sollten, da die Gespräche mit berauschten Eltern wenig zielführend sind (vgl. Arenz-Greiving u.a. 2007, S. 34).

4.4 Kooperation zwischen Hilfesystemen

Laut Paragraf 81 des KJHG sind öffentliche Träger zur strukturellen Kooperationen mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet. In erster Linie hat das Jugendamt den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung, allerdings ist es dahingehend empfehlenswert, alle relevanten Institutionen einzubeziehen, damit eine reibungslose Zusammenarbeit zum Wohl des Kindes entstehen kann. Gut abgestimmte bzw. zielführende Interventionen und Präventionen führen somit zur gegenseitigen Verständigung zwischen den Hilfesystemen und erleichtert die Herstellung von erforderlichen Maßnahmen (vgl. LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht 2020, S. 25).

In der folgenden Abbildung werden die Schnittstellen der Hilfesysteme dargestellt, die besonders zum Schutz des Kindes in suchtblasteten Familien beitragen.

Abb.: 6 „Schnittmengen zwischen der Jugendhilfe, Suchthilfe und Gesundheitshilfe“



Quelle: LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht 2020, S. 24

Die Grundlage der Zusammenarbeit dieser Institutionen bildet eine schriftliche Kooperationsvereinbarung. Dort werden die Ziele, Aufgaben und Aufträge aller Beteiligten definiert. Somit verpflichten sich Akteure dazu, ihren eigenständigen Aufträgen in fachlich angemessenen Standards nachzukommen. Die erfolgreiche Zusammenarbeit gelingt nur dann, wenn die Vorgehensweisen der Schnittstellen gemeinsam gestaltet werden und Vereinbarungen in regelmäßigen Abständen überprüft oder neu formuliert werden. Dadurch werden die Übergänge zwischen den Hilfesystemen zugänglicher, was im Interesse der Kinder und Eltern von Vorteil sein kann. Zum Beispiel kann vereinbart werden, dass die Fachkräfte des Jugendamtes unabhängig von der Hilfeleistungsform bereits direkten Kontakt zur Suchtberatung herstellen und Termine vereinbaren können (vgl. LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht 2020, S. 29).

Es gibt sehr viele Argumente für den Ausbau von systemübergreifender Zusammenarbeit. Beispielsweise sind die Akteure in den erforderlichen Zuständigkeitsbereichen klar geregelt. Außerdem wird dadurch ein schneller Informationsaustausch garantiert, was langfristig gesehen sehr viel Zeit spart. Durch die gemeinsame Arbeit entsteht Transparenz, weil die Vorgehensweise der Schnittstellen klar geregelt sind. Darüber hinaus erleben die Fachkräfte einen kollegialen und professionellen Austausch, wodurch sie besser voneinander lernen können. Des Weiteren erschaffen gemeinsame Angebote kräftige Synergien und Ressourcenbündelungen. Die Hilfeplanung kann dahingehend ebenfalls besser bzw. übergreifender gestaltet werden. An letzter Stelle führen diese Faktoren der Zusammenarbeit zur Imageaufwertung der Einrichtungen und wirken ansprechender für die beteiligten Familien (vgl. LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht 2020, S. 26).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Institutionen, die Zeit in eine Kooperation stecken, dazu beitragen, die schwierigen Umstände der Kinder und Familien auf einer mehrdimensionalen Ebene abzuwenden. Die Rückkopplung mit anderen Schnittstellen fördert somit eine frühzeitige Intervention der Kindeswohlgefährdung. Sie bietet vor allem auch Schutz vor unangebrachten und willkürlichen Entscheidungen einzelner Akteure. Außerdem kann durch die Nutzung der persönlichen Ressourcen innerhalb des Familiensystems auf finanzieller Ebene gespart werden, da die Prävention sowie die Frühintervention einen effizienteren Weg darstellt (vgl. LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht 2020, S. 26).

4.5 Weitere Hilfeangebote

Fortlaufend werden verschiedene Hilfsangebote beispielhaft erläutert und hervorgehoben, die speziell auf Kinder mit suchtkranken Eltern ausgerichtet sind.

4.5.1 *PICKNICK Chemnitz*

Das geförderte Angebot der Stadt Chemnitz und dem Freistaat Sachsen stellt Kinder, die in suchtbelasteten Familien leben, in den Fokus. Es kombiniert die Suchthilfe mit der Jugendhilfe und stellt ein familienorientiertes Konzept dar. Es findet in Zusammenarbeit mit der Stadtmission Chemnitz e.V. statt (vgl. Mortler 2017, S. 34).

Das Ziel besteht darin, kognitive und emotionale Bewältigungsstrategien von Kindern zu fördern, um Risikofaktoren zu verringern. Es hat sich als besonders positiv erwiesen, wenn Eltern hinsichtlich ihrer Eigenverantwortung gestärkt werden.

Die Kinder und Jugendlichen werden je nach Alter in zwei Gruppen aufgeteilt. Die 6 bis 10 sowie die 10 bis 14-jährigen treffen sich innerhalb eines Jahres wöchentlich für 1,5 Stunden. Dafür wird ihnen ein Gruppenraum bereitgestellt, in dem sie altersgerechte Informationen über die Erkrankung der Eltern und ein lösungsorientiertes Vorgehen erlernen (vgl. Mortler 2017, S. 34).

Zielführend für die Ausbildung der erforderlichen Resilienzen ist die Soziale Gruppenarbeit und ein enger Kontakt zwischen den Beratenden und den Kindern. Die pädagogischen Fachkräfte verfügen dahingehend über ein hohes Maß an Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen in den Bereichen der Suchthilfe und -prävention (vgl. Mortler 2017, S. 34).

Zu Beginn der Interventionen werden Gespräche mit den Beteiligten geführt, um sie über die Ziele und den Nutzen zu informieren und um mögliche Bedenken aus dem Weg zu räumen. Das Angebot zeichnet sich durch die konstante Beteiligung der Eltern aus und unterstützt sie in Form von Elternberatungen und Familienfesten oder Eltern-Kind-Nachmittage (vgl. Mortler 2017, S. 34).

4.5.2 Kurzzeitprogramm „Trampolin“

Trampolin ist ein wissenschaftlich geprüftes Gruppenangebot zur Stressbewältigung. Außerdem wurde es durch die Zentrale Prüfstelle Prävention der GKV zertifiziert. Somit können die anfallenden Kosten von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Es ist dahingehend das einzige Programm das diese Möglichkeit anbietet (vgl. Mortler 2017, S. 36).

Das Angebot richtet sich an 8 bis 12 jährige Kinder und wird von einem ausgebildeten Trampolin-Trainer in neun Gruppensitzungen durchgeführt. Die Schwerpunkte und Inhalte beziehen sich unter anderem, auf die Gestaltung einer sicheren und vertrauensvollen Gruppenstimmung. Des weiteren soll, dass Selbstwertgefühl der Kinder gestärkt sowie der Umgang mit Emotionen beigebracht werden. Es geht außerdem darum die Selbstständigkeit von Problemlösungen zu fördern und Verhaltensstrategien in süchtigen Familien zu erlernen (vgl. Mortler 2017, S. 36).

Diese Inhalte werden durch Gespräche, Rollenspiele, Fantasiereisen, Spiele, Übungen und Geschichten vermittelt. Jeweils zu Beginn und Ende der Gruppenangebote findet ein Elterngespräch statt bei dem sie über die Situation ihrer Kinder aufgeklärt werden (vgl. Mortler 2017, S. 36).

4.5.3 MIKADO und Standup Köln

Das Gruppenangebot vom Sozialdienst katholischer Männer e.V. Köln richtet sich an 7 bis 11 jährige Kinder sowie 12 bis 17 jährige Jugendliche die in suchtblasteten Familien leben oder aufgewachsen sind. Aufgrund des offenen und fortlaufenden Ansatzes ist der Einstieg für neue Mitglieder jederzeit möglich. Je nach Bedarf werden auch Einzelgespräche angeboten (vgl. Mortler 2017, S. 32).

Die relevante Aufgabe besteht darin den Kindern und Jugendlichen einen Rückzugsort anzubieten in dem sie sich gegenseitig austauschen können und erfahren das sie nicht die einzigen mit ihrem Problem sind. Auf diese Weise können neue Beziehungen geknüpft sowie Schuldgefühle abgebaut werden (vgl. Mortler 2017, S.33).

Eine Methode die zur Stärkung der Familienstruktur beiträgt ist das gemeinsame planen und durchführen von Beschäftigungen mit den Eltern.

Die Räume der MIKADO und Standup-Gruppen dienen dem Jugendamt ebenfalls oft als Unterstützung der ambulanten Hilfen zur Erziehung. Kinder und Jugendliche sind in der Lage das Angebot über ein Zeitraum von mehreren Jahren wahrzunehmen um sich altersgerechte Informationen über die Suchterkrankung der Eltern anzueignen. Dadurch soll die Grundhaltung der Kinder und Jugendlichen gegenüber Suchtmitteln angemessen gestaltet werden (vgl. Mortler 2017, S. 33).

5. Zusammenfassung und Fazit

Kinder aus alkoholkranken Familien werden mit einer Vielzahl an Problemen konfrontiert und sind diesen teilweise sogar hilflos ausgesetzt. Ihr Leben ist von Unregelmäßigkeiten und emotionaler Verwahrlosung geprägt. Die Atmosphäre innerhalb der Familie ist ebenfalls eher angespannt sowie angsterregend und das Suchtproblem der Eltern ist ein konstanter Begleiter im Leben der Kinder. Vor allem jungen Kindern ist nicht bewusst, dass die Eltern an einer Suchterkrankung leiden und das Alkohol der Grund für ihre Verhaltens- und Stimmungsschwankungen ist. Das Leben in solchen Familien ist für die betroffenen Kinder ist alles andere als „schön“, weil sie schnell lernen, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse eine untergeordnete Rollen spielen. Wichtig ist vor allem der Alkohol. Kinder aus diesen Familien erhalten wenig Unterstützung von ihren Erziehungsberechtigten, wodurch sie oft auf sich alleine gestellt sind und möglicherweise noch Aufgaben übernehmen müssen, für die eigentlich die Eltern zuständig sind. Unausgesprochene Regeln in der Familie bestimmen ebenfalls das Verhalten des Kindes und verbreiten ein Gefühl der Minderwertigkeit, weil es möglicherweise merkt, dass etwas nicht in Ordnung ist, aber trotzdem mit Niemanden darüber sprechen darf.

Die frühe Exposition zum Alkohol sowie die Entwicklung von Anpassungsrollen sind starke Risikofaktoren für Kinder und erhöhen die Möglichkeit, dass sie frühzeitig Alkohol konsumieren oder psychische- und Verhaltensstörungen erleiden. Ihre individuellen Kompetenzen sind ebenfalls nicht so gut ausgebildet, wie die von anderen Kindern. Außerdem werden sie in den in den wichtigen Bereichen ihrer Entwicklung nicht begleitet oder gefördert und deshalb nur eine geringe Anzahl an Schutzfaktoren mit sich bringen. In der Diskussion über Kinder aus alkoholbelasteten Familien geht es also um die Aktivierung von resilienten Verhaltensweisen, sodass sie Widerstandsfähigkeiten gegenüber ihrer Umwelt entwickeln können.

Sozialpädagogische Hilfemaßnahmen entstehen auf der Grundlage der Kinder- und Jugendhilfe. Dabei spielt der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung eine entscheidende Rolle. Es ist die Aufgabe der pädagogischen Fachkräfte einzuschätzen, wie stark das Wohl des Kindes in Gefahr besteht und dementsprechend passende Hilfeleistungen anzubieten. Diese unterscheiden sich von Fall zu Fall.

Allgemein kann aber gesagt werden das Vereinbarungen zum Kindeswohl in einem Hilfeplan gemeinsam mit den Eltern getroffen werden müssen.

Die pädagogischen Fachkräfte müssen außerdem in der Lage sein, die zielführenden Maßnahmen zu formulieren und dahingehend kontrollieren, ob diese auch realisierbar sind. In der Gesprächsführung mit alkoholkranken Eltern ist es ebenfalls wichtig, sie in ihren Verpflichtungen zu beraten sowie anzuleiten, damit das Kindeswohl gesichert werden kann.

Im bestens Fall können Kindern und Eltern Hilfemöglichkeiten, die speziell auf sie abgestimmt sind, angeboten werden sodass, sie die beste Unterstützung erhalten, die auf ihre persönlichen Umstände zutreffen.

Am Ende steht fest, das pädagogische Fachkräfte in der Arbeit mit Kindern und suchtbelasteten Eltern einen großen Teil zur Wiederherstellung derer Autonomie beiträgt. Sie müssen sich bestens in ihrem Fachgebiet auskennen und stets im Interesse der Kinder handeln. Es ist aber genauso wichtig, die Eltern in ihren Aufgaben und Pflichten zu beraten und unterstützen, damit das Risiko der Kindeswohlgefährdung sinkt.

6. Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 Aufl. Arlington VA 2013.

Appel, Klaus/Leitner, Klaus: Fachliche Hinweise zur Unterstützung, Betreuung und zum Schutz von Kindern suchtkranker Eltern In: Fachstelle Kinderschutz (Hrsg.): Sucht und Kinderschutz

Arenz-Greiving, Ingrid u.a.: Kinder von Suchtkranken Halt geben – durch Beratung und Begleitung. In: BKK Bundesverband (Hrsg.): Leitfaden für Multiplikatoren Essen 2007.

Belitz, Hans-Dieter/Grosch, Werner/Schieberle, Peter: Lehrbuch der Lebensmittelchemie. 5 Aufl. Berlin, Heidelberg 2001.

Der Brockhaus: in einem Band. 8. Aufl. Leipzig 1998.

Fux, Christiane: Alkohol – die Wirkung. URL:
<https://www.netdokter.de/alkohol/wirkung/>
 [Stand 26.11.2022]

Gutknecht, Sebastian/Mielke, Henning: Kinder suchtkranker Eltern. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis. 1 (2017), S. 1-6.

Klein, Michael/Zobel, Martin: Abschlussbericht zum Projekt Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien (1996- 1999). Münster 2000.

Klein, Rudolf/Schmidt, Gunther: Alkoholabhängigkeit. 1. Aufl. Heidelberg 2017.

Lindenmeyer, Johannes: Alkoholabhängigkeit. In: Psychotherapeut. Nr. 66. 18 Juni 2021, S. 353-368.

LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.): Jugendhilfe und Suchthilfe gemeinsam für den Kinderschutz. Fragen und Diskussionen aus der Praxis für die Praxis. Eine Arbeitsgruppen- Dokumentation. Münster 2020

Mortler, Marlene: Kinder aus suchtblasteten Familien. Rostock 2017.

Petermann, Franz/Petermann, Ulrike: Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In: Althammer, Jörg (Hrsg.): Familienpolitik und soziale Sicherung. Berlin, Heidelberg 2005.

Riedel, Regina: Struktur und Dynamik in suchtblasteten Familien. Berlin 2005.

Stangl, Werner: Sucht
<https://lexikon.stangl.eu/632/sucht>
 [Stand 26.11.2022]

Stiftung Gesundheitswissen a: Alkoholkonsum in Deutschland
<https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/presse/alkoholkonsum-deutschland>
 [Stand 27.11.2022]

Stiftung Gesundheitswesen b: Risikofaktor Alkohol – Abhängigkeit
<https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/risikofaktor-alkohol/abhaengigkeit>
 [Stand 27.11.2022]

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

Zobel, Martin: Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Entwicklungsrisiken und Chancen. 3 Aufl. Göttingen 2017.