

„Die Auswirkungen von Alkoholkonsum in familiären
Bezugssystemen auf die Entwicklung von Kindern“.

**Bachelorarbeit zur Abschlussprüfung an der Hochschule Darmstadt,
Fachbereich Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit**

vorgelegt von: Jan-Niclas Kröger

Eingereicht am: 06.05.2017

Matrikel-Nr.: 740622

ErstreferentIn: Prof. Dr. Angelika Groterath

ZweitreferentIn: Volker Weyel

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Einleitung	1
2. Ursprung und Funktionen von Alkoholkonsum- und Missbrauch	3
3. Alkoholabhängigkeit	4
3.1 Definition von Alkoholabhängigkeit.....	4
4. Alkoholabhängigkeit als familiäres Problem.....	5
4.1 Innerfamiliäre Konflikte	6
4.2 Die vier Konfliktphasen der familiären Abhängigkeit	7
4.2.1 Lernphase.....	7
4.2.2 Suchtphase.....	7
4.2.3 Schädliche Phase.....	8
4.2.4 Fluchtphase.....	8
5. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder aus suchtbelasteten Familien	9
5.1 Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen.....	9
5.2 Störung des Sozialverhaltens	9
5.3 Schulverhalten	10
5.4 Sprachliche Fähigkeiten	11
5.5 Komorbide Störungen bei Alkoholkrankheiten	11
5.5.1 Phobische Störung	12
5.5.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	12
5.6 Modelllernerfekte	12
5.7 Auswirkungen von Misshandlungen und Vernachlässigung im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit	13
5.8 Auswirkungen sexuellen Missbrauchs in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit	15
6. Adaptive Verhaltensweisen der Kinder	16
6.1 Innerfamiliäre Rollenbilder suchtbelasteter Kinder.....	16
6.2 Resilienzen der Kinder	19
7. Forschungsmethoden	22
8. Therapeutische Interventionsansätze für Kinder aus suchtbelasteten Familien	25
8.1 Gruppenspieltherapie	25
8.2 Rollenspiel.....	27
8.3 Kunsttherapeutischer Ansatz.....	29
8.4 Musiktherapeutischer Ansatz	29
8.5 Bewegungstherapie	30
8.6 Eltern- Kind – Therapie	31
9. Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien.....	31
9.1 Selektive Prävention	31

9.2 Indikative Prävention	32
9.3 Präventionsansätze nach Bühler.....	33
10. Aktuelle Situation in Deutschland.....	33
10.1 Präventions- und Therapieformen in der Praxis.....	34
10.2 Erreichbarkeit und rechtliche Konsequenzen.....	41
11. Fazit.....	45
Literaturverzeichnis	50
Abbildungsverzeichnis	52

1. Einleitung

Eine Grundmotivation diese Bachelorarbeit zu verfassen ist mitunter die eigene emotionale Erfahrung zu dem Thema: „Die Auswirkungen von Alkoholkonsum in familiären Bezugssystemen auf die Entwicklung von Kindern“. Dabei wurde entschieden, sich mit dem Thema hermeneutisch auseinanderzusetzen. Der Hauptteil ist in zwei große Untersuchungsabschnitte gegliedert. Als erstes soll die Frage über die Auswirkungen und Anpassungsvorgänge der Kinder in der Familie untersucht werden. Danach wird versucht zu ermitteln, inwiefern das Suchhilfesystem in Deutschland mit anderen Trägern kooperiert, um die Betroffenen vor einer eigenen Abhängigkeit und weiteren negativen Konsequenzen zu schützen.

Die Bachelorarbeit konzentriert sich dabei auf Kinder und Jugendliche im Altersbereich von sechs bis 16 Jahren. Fragen nach der Auswirkung von Alkoholembryopathie können in der vorliegenden Bearbeitung aufgrund von mangelnden Kapazitäten nicht berücksichtigt werden.

Laut dem derzeitigen Stand leben schätzungsweise 2,6 Millionen Kinder mit alkoholabhängigen Eltern in deutschen Haushalten. (vgl. Deutscher Ärzteverlag GmbH, 2017)

Derzeit wird mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit die Durchführung einer erneuten Erhebung zur Anzahl von Kindern aus suchtbelasteten Familien ausgewertet. Der „Ausschuss für Familie“ des Deutschen Bundestages hat sich in einer seiner letzten Sitzungen im Jahr 2015 mit dem Thema auseinandergesetzt und derzeit wird dort mit Unterstützung der Drogenbeauftragten Marlene Mortler geprüft, ob es sinnvoll ist, eine eigene Kommission zu diesem Thema zu gründen, mit dem Ziel, bestimmte Lösungen für die Auswirkung der Suchtproblematik auf die Zielgruppe zu finden. (vgl. Mortler 2016, S. 117)

Anfangs wird sich die Bachelorarbeit kurz mit dem Thema Alkoholkonsum und seinen Funktionen in der Gesellschaft auseinandersetzen. Daraufhin wird eine allgemeine kurze Einführung in den Begriff Alkoholabhängigkeit gegeben.

Folgend soll dann die Abhängigkeit in Bezug auf die Familie untersucht werden. Dazu wird ein kurzer Einblick in den typischen Phasenverlauf einer Abhängigkeitsfamilie gegeben. Weiterhin werden die damit einhergehenden Konflikte innerhalb der Familie ausführlicher beleuchtet. Im Folgenden stehen verschiedene Auswirkungen auf die Kinder in suchtblasteten Familien im Vordergrund. Konkret wird vor allem auf die Misshandlung und den sexuellen Missbrauch eingegangen. Weitere Konsequenzen für das Schul- und Sozialverhalten der Kinder werden beleuchtet. Die Untersuchung soll nachfolgend auch hinsichtlich der kognitiven Leistung im Sprachbereich durchgeführt werden. Die Abhängigkeit ist gleichzeitig Auslöser für psychische komorbide Störungen, die es innerhalb der Familie zu untersuchen gilt. Weiterhin ist das Thema „Modelllernen“ innerhalb der Familie zu behandeln, vor allem hinsichtlich des Transmissionsrisikos der Kinder.

Im nächsten Kapitel sollen die verschiedenen Anpassungsmuster der Kinder innerhalb der suchtblasteten Familie beschrieben werden. Dazu werden verschiedenen Rollentypen dargestellt. Weiterführend soll die Arbeit aufzeigen, inwieweit das adaptive Rollenverhalten die Kinder in der Familie beeinflusst. Zusätzlich werden ebenfalls verschiedene Schutzfaktoren untersucht, die eine positivere Entwicklung der Kinder fördern könnten. Im Vordergrund stehen dabei vor allem die Resilienzen, die ein Familienmitglied ausbilden kann, um sich trotz der Suchtproblematik seelisch gesund zu entwickeln.

Im nächsten Kapitel beschäftigt sich die Arbeit mit den verschiedenen Forschungsmethoden, die im Suchthilfesystem verwendet werden und zeigt Ansätze über unterschiedliche Screening-Verfahren, die in der Praxis für die Identifikation von suchtblasteten Kindern genutzt werden. Dabei steht als Untersuchungsgegenstand vor allem die Effektivität der Verfahren im Vordergrund. Weiterführend soll überprüft werden, wo die verschiedenen Methoden in der Forschung angewendet werden und welche Hindernisse dabei entstehen.

Wenn ein Kind erfolgreich identifiziert werden kann, sollte ihm therapeutisch geholfen werden. Inwieweit therapeutische Interventionen in der Wissenschaft zum Thema suchtblastete Kinder in familiären Bezugssystemen vorhanden sind und welche Modelle dazu existieren, soll im nächsten Abschnitt erläutert

werden. Daraufhin wird das Thema Prävention in der Suchthilfe behandelt. In diesem Kontext werden unter Einbezug des Themas verschiedene theoretische Präventionsansätze definiert. Nachdem die theoretischen Modelle in der Therapie und Prävention untersucht worden sind, soll danach die Frage beantwortet werden, inwiefern diese auch in der Praxis in Deutschland Anwendung finden. Abschließend wird dann die Situation des Versorgungssystems beleuchtet. Wo finden sich überhaupt bundesweit Angebote zur Förderung der betroffenen Kinder und welche Wirkung erzielen sie?

Dabei wird vor allem erforscht, auf welche Art und Weise die verschiedenen Versorgungssysteme miteinander kooperieren und welche Hürden sich einer besseren Versorgung von suchtbelasteten Kindern in den Weg stellen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

2. Ursprung und Funktionen von Alkoholkonsum und -missbrauch

Der Alkohol erfüllt in der Gesellschaft verschiedene Funktionen:

Er ist Bestandteil von religiösen und weltlichen Ritualen und wird in unterschiedlichem Ausmaß als Nahrungsmittel angesehen. Die Substanz ist auch als Genussmittel anerkannt. Aufgrund der spezifischen Wirkung wird sie als Rauschmittel eingesetzt. Gleichzeitig ist sie häufig Bestandteil von Medikamenten. (vgl. Müller 1991, S. 1)

Vor 100 Jahren wurden Alkoholprobleme als Teufelswerk angesehen und moralisch verurteilt. Der erste Forscher der den Alkohol als eine Krankheit definierte hieß Benjamin Rush. Er nannte sie 1774 die „Krankheit des Willens“ und plädierte auf eine angemessene Behandlung suchtbelasteter Menschen. Seit 1968 ist Alkohol gesetzlich als Krankheit anerkannt. Dieser Fakt ändert allerdings nicht das bis heute sehr ambivalente Bild in der Gesellschaft. Einerseits ist der wissenschaftliche Kenntnisstand mittlerweile weit genug, um von einer Erkrankung sprechen zu können. Andererseits werden

Alkoholabhängige oft für ihr Verhalten verurteilt und auch auf juristischem Wege zur Rechenschaft gezogen. Die Vorurteile in der Gesellschaft sind negativ behaftet und der Erfolg einer Behandlung wird kritisch gesehen. (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 2)

Die Besonderheit der Droge begründet sich darin, dass sie kulturbedingt auch ein Genussmittel darstellt. Dabei liegt dann ein Missbrauch vor, wenn die konsumierte Alkoholmenge, die in der Kultur festgesetzten Menge überschreitet. Weiterhin ist die „soziokulturelle Norm“ nicht einheitlich und wird beispielsweise in Weinanbaugebieten anders festgelegt als in der Großstadt. Deswegen ist es problematisch eine deutliche Grenze beim Thema Abhängigkeit und Missbrauch zu ziehen. Treten bei den Konsumenten durch den Alkohol psychische oder körperliche Veränderungen auf, wird nach Ward von Missbrauch gesprochen. Der Alkoholkonsum in Situationen, wie im Straßenverkehr, wird unabhängig von der Alkoholmenge als Alkoholmissbrauch bezeichnet. Dabei kann der Übergang zwischen Alkoholmissbrauch und der -abhängigkeit fließend sein. (vgl. Ward 1994, S. 20)

3. Alkoholabhängigkeit

3.1 Definition von Alkoholabhängigkeit

Alkoholabhängig ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne dass unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten oder wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt. (Lindenmeyer 2005, S. 5)

Nach dem aktuellen Stand der ICD-10 werden folgende Kriterien als psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol bezeichnet und in neun Kategorien unterteilt:

F10.0 Akute Intoxikation

F10.1 Entzugssyndrom

F10.2 Schädlicher Gebrauch

F10.3 Entzugssyndrom mit Delirium

F10.4 Abhängigkeitssyndrom

F10.5 Psychotische Störung

F10.6 Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom

F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen

F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

(vgl. ICD-10-GM 2017)

Das Abhängigkeitssyndrom lässt sich thematisch für die Bachelorarbeit am sinnvollsten einordnen. Kriterien, die eine suchbelastete Person in einer Familie aufzeigt, um als abhängig vom Alkohol zu gelten, werden von Lindenmeyer wie folgt erläutert:

- Ein starkes Bedürfnis oder auch Zwang, Alkohol konsumieren zu müssen.
- Kontrolle über Beginn, Beendigung und die Menge des Konsums ist vermindert.
- Physische Entzugssymptome, die erst bei Konsum von Alkohol gelindert werden, treten vor allem bei Reduzierung des Alkoholkonsums ein.
- Eine erhöhte Toleranzentwicklung gegenüber Alkohol. Der Betroffene braucht größere Mengen, um den entsprechenden Pegel zu erreichen.
- Andere Interessen werden aufgrund des Alkoholes vernachlässigt. Die Prioritäten sind darauf ausgelegt, gezielt den Alkoholpegel zu halten.
- Der Konsument ändert sein Verhalten auch nicht, wenn es negative gesundheitliche Folgen für ihn haben könnte. (vgl. Lindenmeyer 2005, S. 4)

4. Alkoholabhängigkeit als familiäres Problem

Die Alkoholabhängigkeit eines Familienmitglieds ist hauptsächlich ein Symptom für gestörte Beziehungen innerhalb der Familie, sodass bereits vor der Abhängigkeit innerfamiliäre Konflikte vorhanden waren und durch die Abhängigkeit nur fortgesetzt werden. (vgl. Köppl 1987, S. 13)

Weiterhin besteht die Annahme, dass eine Suchterkrankung durchgehend als Familienkrankheit betrachtet werden sollte, da sich die einzelnen Personen innerhalb einer Familie in verschiedenen Beziehungsverhältnissen untereinander befinden, sodass die ganze Familie von der Abhängigkeit betroffen ist. (vgl. Arenz-Greiving 2007, S. 7)

4.1 Innerfamiliäre Konflikte

Kinder in suchtblasteten Familien wachsen häufig mit zahlreichen Konflikten auf. Die Atmosphäre innerhalb der Familie ist oft verbunden mit mangelnder Erziehung und undurchsichtigen Regeln. Dabei geht das Ausmaß an Konflikten von Desinteresse am Kind, bis hin zur Misshandlung und sexuellem Missbrauch. Der suchtblastete Elternteil wird als unberechenbar beschrieben. Seine Verhaltensweisen sind willkürlich und tagesabhängig. Die gefährdeten Kinder können die Handlungen des Betroffenen meistens nicht einschätzen. An einem Tag zeigt er Zuneigung und Verständnis für das Verhalten des Kindes. In einer anderen Situation folgt auf dieselbe Handlungsweise als Konsequenz Strenge und Bestrafung. Entscheidend dabei ist der individuelle Alkoholpegel des Betroffenen. Weiterhin werden die emotionalen Bedürfnisse der Kinder vernachlässigt, da das Thema Alkohol in der Familie meist vollständig tabuisiert wird. (vgl. Zobel 2017, S. 22)

Wegschneider beschreibt in diesem Kontext bestimmte Regeln in der Familie, die nicht angesprochen werden dürfen, jedoch trotzdem gelten. Im Mittelpunkt steht der Alkoholkonsum. Der abhängige Elternteil zeigt keine Verantwortung für sein Suchtverhalten und versucht häufig anderen die Schuld an seiner Misere zuzuweisen. Für die Familienmitglieder ist es von enormer Wichtigkeit, den Status Quo aufrecht zu erhalten. Dabei soll die Realität nicht nach außen getragen und möglichst verdrängt werden. Es wird zusätzlich versucht, den Alkohol nicht als Ursache der Probleme zu betiteln, sondern die Droge zu verschleiern. Der Trinkende nennt vorgeschobene Gründe wie Stress auf der Arbeit und innerfamiliäre Konflikte, die ihn zum Trinken verleiten würden.

Der nichttrinkende Elternteil ist zwar in die Alkoholproblematik eingeweiht, sieht sich aber oft aus Scham nicht in der Lage sich professionelle Hilfe zu holen. Häufig wird der Status Quo in der Familie gehalten, weil eine Veränderung zwar erwünscht wird, die Ansprache auf den Alkoholkonsum jedoch mit Angst

behaftet ist. Folglich sind Kinder meistens nicht über die Alkoholproblematik aufgeklärt und dadurch über die Thematik verunsichert. (vgl. Zobel 2017 , S. 23-24)

Demnach sind sie auch nicht in der Lage, ihre Gefühle adäquat mitzuteilen, sondern erlernen Hilflosigkeit innerhalb des oben beschriebenen Teufelskreises.

Es kommt in suchtblasteten Familien zu Disharmonie und Streitereien. Die Trennungs- und Scheidungsrate unter den Eltern ist erhöht. (vgl. Klein 2005, S. 26)

4.2 Die vier Konfliktphasen der familiären Abhängigkeit

Nach Renner bestehen für einen typischen Verlauf vier Phasen in der Entwicklung der familiären Abhängigkeit. In diesem entstehen nicht nur für den Betroffenen schädliche Konsequenzen, sondern der Prozess nimmt auch für die Familie einen ähnlichen Verlauf an. Dabei kommen je nach Entwicklungsphase spezifische Abwehrmechanismen zum Vorschein.

4.2.1 Lernphase

In der Lernphase wird von der Familie noch kein Drogenproblem wahrgenommen. Augenscheinlich sind lediglich Veränderungen im Zusammenleben. Es kommt häufiger zu Auseinandersetzung zwischen den Familienmitgliedern. Ebenfalls kann die Kommunikation untereinander abnehmen und monotoner werden. Die einzelnen Familienmitglieder streben danach, Problemen aus dem Weg zu gehen und das vorherige Gleichgewicht wiederherzustellen. Dies geschieht durch ein unbewusstes Abwehrverhalten. Dabei wird noch ausprobiert welches Verhalten sich am effizientesten eignet, um die Familienkrise zu bewältigen.

4.2.2 Suchtphase

Die Familienmitglieder verdrängen und verleugnen die Situation. Alle Anzeichen von Suchtverhalten werden ignoriert und im Notfall uminterpretiert. Unter den Mitgliedern herrscht die Grundüberzeugung, dass es in der Familie kein Drogenproblem gibt. Die Zusammenhänge zwischen der Droge und den auftretenden Konflikten wird nun immer offensichtlicher. Ab diesem Moment

wird zu den Abwehrmechanismen gegriffen, um sich vor den Störungen innerhalb der Familie und den damit verbundenen Folgen zu schützen. Die Verdrängung der Suchtproblematik führt dazu, dass das abhängige Mitglied immer weiter in die Abhängigkeit abgeleitet. Dabei reagieren die Familienmitglieder mit wütenden, emotionalen und vorwurfsvollen Abwehrreaktionen und setzen den betroffenen Elternteil unter Druck.

4.2.3 Schädliche Phase

Während der Abwehrmechanismus der Familienmitglieder in der ersten Phase eher zufällig eingesetzt wird, nehmen die Handlungen hier bereits zwanghaften Charakter an. In dieser Phase wird das Verhalten vorhersehbar und automatisiert. Jedes Familienmitglied ist auf die jeweiligen Verhaltensweisen so eingestellt, dass es feste Wesenszüge annimmt. Dadurch wird das Familienmitglied, das sich bisher der abhängigen Person zuwendet hat, zum Familienhelden. Die apathische Person nimmt die Rolle des passiven Erwachsenen oder des zurückgezogenen Kindes ein. Derjenige der auflehndes Verhalten gezeigt hat, wird zum Familienrebell. Die Familie bewältigt auch in dieser Phase nicht den Schritt, den Abhängigen mit seinem Drogenkonsum zu konfrontieren, sondern fühlt sich selber für die Sucht verantwortlich. Dabei spielen Emotionen wie Schamgefühl, Schuldgefühl und Selbstzweifel eine entscheidende Rolle. Danach entsteht ein Prozess der Isolierung vom süchtigen Betroffenen. Die Situation wird sich erst dann ändern, wenn die Familienmitglieder den Schmerz nicht mehr verdrängen können und dieser ins Bewusstsein gelangt.

4.2.4 Fluchtphase

Die letzte Phase ist durch einige schwerwiegende Probleme in verschiedenen Lebensbereichen gekennzeichnet. Es treten häufig finanzielle, soziale aber auch berufliche Schwierigkeiten unter den Angehörigen auf. Sie können Gefühle wie Wut und Scham nicht länger ertragen und suchen verschiedene Ausgänge aus der jeweiligen Situation. Zusätzlich können psychosomatische Beschwerden bis hin zu Selbstmordversuchen der Familienmitglieder auftreten. Weiterführend kommt es in dieser Phase zu Trennungen und Scheidungen. Die Familienmitglieder sind zu diesem Zeitpunkt

psychisch angeschlagen und ihnen fehlt die Energie, dieses Leben noch weiterzuführen. (vgl. Rennert 1990, S. 49-52)

5. Verhaltensauffälligkeiten der Kinder aus suchtblasteten Familien

5.1 Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen

Nach Klein werden Kinder aus suchtblasteten Familien häufig mit dem Aufmerksamkeitshyperaktivitätssyndrom in Verbindung gebracht, da sie einen erhöhten Bewegungsdrang, sowie eine verringerte Impulskontrolle aber auch kürzere Aufmerksamkeitsspannen aufzeigen. In der Schule zeigen sie Konzentrationsprobleme und haben Schwierigkeiten beim Lesen von Texten. (vgl. Klein 2005, S. 29)

Zobel warnt allerdings davor, das Thema Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit Hyperaktivität auf alkoholbelastete Kinder zu beziehen, da Studien keinen linearen Zusammenhang aufweisen. Er nennt dabei eine Studie von Hasselbrook aus dem *Journal of Studies on Alcohol* aus dem Jahre 1992, in der Jugendliche ohne das Syndrom von den gleichen Symptomen berichten wie diagnostizierte Personen. (vgl. Zobel 2017 , S. 38)

Heutzutage ist das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom vor allem auf die Diagnosekriterien bezogen ein sehr kritisches Thema. Daher wird davon abgeraten, die Alkoholproblematik mit dem Syndrom automatisch in Verbindung zu setzen.

In diesem Zusammenhang wird als Grund für die auftretende Störung auch häufig die Nervosität und innere Unruhe der Kinder genannt, die in den defizitären Erziehungsmaßnahmen der Eltern und der allgemein sehr unsicheren pädagogischen Haltung begründet liegen. (vgl. Bertling 1993, S. 126)

5.2 Störung des Sozialverhaltens

Eine Störung des Sozialverhaltens äußert sich durch ein repetitives und andauerndes Muster an dissozialen, aggressiven und trotzigem Verhaltensweisen. Dabei ist es nicht zu vergleichen mit gewöhnlichem „kindischen Unfug“ oder jugendlicher Aufsässigkeit. Das Verhaltensmuster muss sechs Monate bestehen bleiben. Dabei werden beispielsweise das Tyrannisieren und andere Grausamkeiten gegenüber Menschen oder Tieren

genannt. Auch das Zerstören von Gegenständen oder der Hang zu stehlen und zu lügen sind typische Auffälligkeiten einer Störung im Sozialverhalten.(vgl. ICD-10-GM 2017)

Studien zeigen, dass Zusammenhänge zwischen Alkoholkrankheiten und Störungen im Sozialverhalten existieren. Vor allem das männliche Geschlecht zeigt in der Kindheit und Jugend aggressives und oppositionelles Verhalten gegenüber anderen Kindern. Bedeutsam ist eine Studie aus dem Jahr 2004 von McCauley Ohannessian, in der die Kinder vor allem dann soziale Störungen aufzeigen, wenn zusätzlich zum elterlichen Alkoholkonsum noch ein weiterer beeinflussender Faktor auftritt. Dazu gehören beispielsweise ein geringerer sozioökonomischer Status sowie Bildungsstand und zusätzlich die Einnahme von weiteren Drogen des betroffenen Elternteils. Weiterhin ist bei psychischen Krankheiten die antisoziale Persönlichkeitsstörung des betroffenen Elternteils ebenfalls ein Prädiktor für eine Störung im Sozialverhalten des Kindes. Die Alkoholkrankheit ist dabei nur als sekundärer Faktor zu betrachten, da die damit einhergehenden Probleme ausschlaggebender zu sein scheinen. (vgl. Zobel 2017 , S. 33-34)

5.3 Schulverhalten

Am Anfang des 19. Jahrhunderts wurde bereits untersucht, ob sich das häusliche Umfeld negativ auf die Intelligenz sowie die sprachlichen Fähigkeiten der Kinder auswirkt. Damals wurde vermutet, dass die Mehrheit aller Schulkinder aus suchbelasteten Familien unterdurchschnittlich intelligent sei. (vgl. Zobel 2017, S. 34)

Eine Untersuchung von Carle und Chassin aus dem Jahr 2004 zeigt auf, dass Schüler alkoholbelasteter Eltern in den kognitiven Leistungen tatsächlich schlechter abgeschnitten haben als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Dies gilt vor allem für Familien, welche außer dem Alkoholkonsum noch zusätzliche psychiatrische Erkrankungen aufzeigten. Die antisoziale Persönlichkeitsstörung hat bei dem betroffenen Elternteil eine besonders hohe Auswirkung auf die unterdurchschnittlichen Leistungen der Kinder. Der Intelligenzquotient der Schüler zeigt sich vor allem bei weiteren psychischen Krankheitsdiagnosen ebenfalls verringert.

Eine weitere Studie von Guzman (2002) zeigt jedoch identische Ergebnisse zwischen den Risiko- und den Kontrollgruppen. Weder in der Schulleistung noch bei den Fehlzeiten gab es signifikante Unterschiede zu verzeichnen.

Daraus kann man schließen, dass auch Kinder aus alkoholbelasteten Familien durchaus in der Lage sind, durchschnittliche Leistungen in der Schule zu erbringen. Es gilt dabei zu berücksichtigen, dass Faktoren, wie ein geringer ökonomischer Status, Umzüge, Aufwachsen in Patchworkfamilien, sowie psychische Begleiterkrankungen eine wichtige Rolle für das Schulverhalten der Kinder spielen. Gleichzeitig ist die Schwere der Alkoholkrankung des jeweiligen Elternteils von großer Bedeutung.

Eine Studie mit Jugendlichen aus dem Jahre 1988 von Chassin belegte, dass Schüler, die schlechte Noten bekommen haben, die Tendenz zu erhöhtem Alkoholkonsum hatten. Daraus wurden die Erkenntnisse gezogen, dass Schüler mit Anpassungsproblemen in der Schule öfters und mehr Alkohol trinken, als Schüler ohne Anpassungsprobleme. (vgl. Zobel 2017, S. 33-34)

5.4 Sprachliche Fähigkeiten

Hinsichtlich der sprachlichen Fähigkeiten wurde eine Studie von Bennet (1988) mit 64 präpubertierenden Kindern aus suchtbelasteten Familien und 80 Kontrollprobanden durchgeführt. Dabei zeigten sich signifikant schlechtere Leistungen der Kinder aus suchtbelasteten Familien im Lesen und Rechnen.

Eine weitere Untersuchung von Sher (1991) zeigt auf, dass Probanden mit familiärer Suchtproblematik schlechter als die Vergleichsgruppen abschneiden. Besonders signifikante Unterschiede zeigen sprachliche Defizite bei den Kindern, dessen Eltern weitere psychische Erkrankungen aufweisen. Es wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass sich die sprachlichen Probleme durch die mangelnde Förderung seitens der Eltern manifestiert haben, und weniger die Droge selbst der Auslöser ist. (vgl. Zobel 2017, S. 36)

5.5 Komorbide Störungen bei Alkoholkrankheiten

Emotionale Störungen sind in Verbindung mit Abhängigkeit der Elternteile mit einer Prävalenzrate von 10% bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten auftretenden psychischen Erkrankungen. Dabei werden im Kindesalter verschiedene Störungen voneinander unterschieden.

5.5.1 Phobische Störung

Phobische Störungen sind alle Befürchtungen einer Person im Kindesalter, die von den normalen Ängsten in den jeweiligen psychosozialen Entwicklungsphasen abweichen. Gegenstand können dabei verschiedene Situationen aber auch Gegenstandsobjekte sein, die beim Kind Angst signalisieren.

5.5.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

Bei dieser Störung besteht ein Misstrauen des Kindes gegenüber fremden Personen. Außerdem nimmt es neue Situationen als Bedrohung wahr. Häufig wird diese Einteilung nur bei Kindern in den jüngeren Jahren verwendet. Die Symptome sind dabei ungewöhnlich stark ausgeprägt und führen zu deutlichen Problemen in der sozialen Interaktion. (vgl. ICD-10-GM 2017)

5.6 Modellerneffekte

Kinder und Jugendliche neigen grundsätzlich dazu, das Verhalten ihrer Eltern zu imitieren. Dazu gehören auch Verhaltensweisen, die den Konsum von Alkohol betreffen. Das Kind lernt durch den trinkenden Elternteil, dass Alkohol sich zur Konfliktbewältigung eignet oder kurzfristig Erleichterung schaffen kann. Andere Konfliktlösungsstrategien werden von dem Kind in diesem Zusammenhang häufig nicht erlernt. Im Besonderen erfahren sie, dass Alkohol zum Stressabbau eingesetzt wird. Ein weiterer Effekt ist die Geselligkeit und die enthemmte Atmosphäre in der Familie, da der trinkende Elternteil im Rauschzustand in bestimmten Situationen eventuell entspannter reagiert als vor dem Alkoholkonsum. Es wird ihnen von den betroffenen Elternteilen vorgelebt, wie man ohne Anstrengung einen Entspannungszustand hervorbringen kann. Zobel nennt diesen Prozess als ausschlaggebend für die Tatsache, dass die betroffenen Kinder im Erwachsenenalter selber anfangen zu trinken. Sie kennen keine anderen Wege, ihre Wut und Trauer zu verarbeiten, da es ihnen in der Familie nur durch das Konsumieren von Alkohol vorgelebt wurde. (vgl. Zobel 2017, S. 202-203)

5.7 Auswirkungen von Misshandlungen und Vernachlässigung im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit

Im Folgenden werden die Auswirkungen von körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung in suchtbelasteten Familien und die jeweiligen Konsequenzen für Kinder und Jugendliche beschrieben. Eine physische Misshandlung ist meistens augenscheinlich und kann durch körperliche Symptome belegt werden. Die emotionale Vernachlässigung von Kindern ist nur schwer auswertbar. Nach Zobel bedeutet körperliche Vernachlässigung zum einen, dass der jeweilige Elternteil die essentiellen Bedürfnisse eines Kindes nicht erfüllen kann. Zum anderen kommt er seiner Aufsichtspflicht nicht nach und zeigt kein Interesse am Kind. (vgl. Zobel 2017 , S. 42)

Untersuchungen haben ergeben, dass 66% der Kinder in alkoholabhängigen Familien Zeugen oder selbst Opfer von Gewaltanwendungen und Misshandlungen sind. Dabei fanden in über 30% dieser Familien regelmäßig körperliche Auseinandersetzungen statt. (vgl. Black 1988, S. 171)

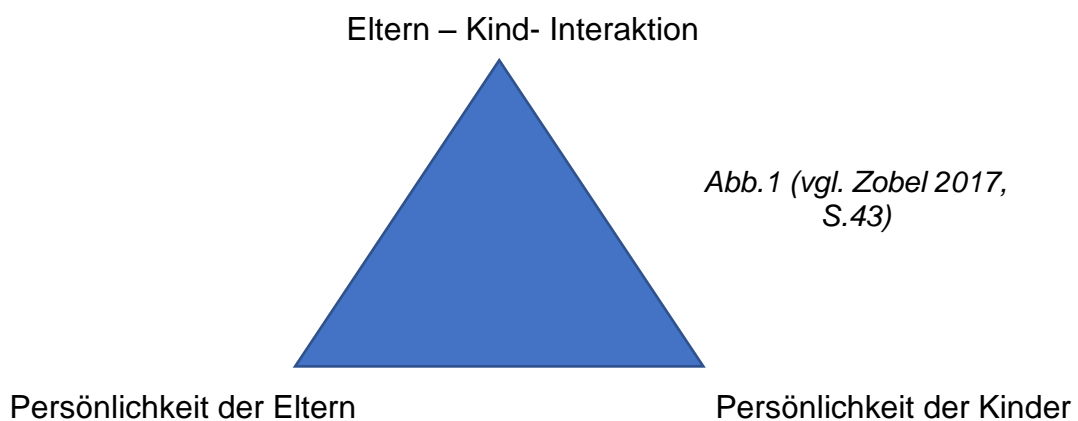
Die körperliche Gewalt stellt dabei eine Gefährdung für das Selbstwertgefühl des betroffenen Kindes dar. Psychische Gewalt wird in der Familie ebenfalls angewendet. Kinder und Jugendliche sind ohne Schutzmechanismen der Situation hilflos ausgeliefert. Dabei wird dem Grundbedürfnis nach Geborgenheit und Verständnis nicht nachgekommen. Beide Elternteile sind nicht in der Lage, eine angemessene Erziehung zu gewährleisten. Die durchlebten Gewalterfahrungen manifestieren sich dabei in der Psyche des Kindes und äußern sich im späteren Verlauf durch Stresskrankheiten (Asthma, Kopfschmerzen). (vgl. Lambrou 1994, S. 44)

Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien durchleben dabei deutlich mehr physische Gewalt als Kinder aus Regelfamilien. Sie berichten drei- bis achtmal häufiger von einem schlagenden Elternteil und wachsen zwei- bis fünfmal so oft mit kriminellen, suizidalen, drogenabhängigen sowie auch psychisch kranken Vätern und Müttern auf. Weiterhin kann belegt werden, dass das Risiko von Gewalterfahrungen im emotionalen, körperlichen und sexuellem Bereich um ein Dreifaches erhöht ist. Ähnlich verhält es sich mit Erfahrungen

elterlicher Trennung bis hin zur Scheidung. Nach Wetzels ist die körperliche Misshandlung geschlechtsspezifisch, da Jungen deutlich häufiger misshandelt werden als Mädchen. (vgl. Zobel 2017 , S. 43)

Ursachen von Misshandlung und Vernachlässigung in alkoholbelasteten Familien

Folgende Ursachen tragen zu Misshandlungen und Vernachlässigungen in alkoholbelasteten Familien bei:



Persönliche Charakteristiken der Eltern

Die Persönlichkeit der Eltern setzt sich aus eigenen Erfahrungen mit Misshandlung und Vernachlässigung zusammen. In der Forschung wird davon ausgegangen, dass betroffene Eltern ebenfalls in einer Alkoholiker Familie aufgewachsen sind. Dies kann zu emotionalen Fehlentwicklungen führen, die dann eigene Erziehungsdefizite aufzeigen, wenn der jeweilige Elternteil dabei keine soziale Unterstützung erhält. Häufig fehlt ihnen auch Empathievermögen und sie können sich dadurch nicht in die Perspektive des Kindes hineinversetzen. Gleichzeitig fehlt ihnen auch das pädagogische Hintergrundwissen, vor allem bezogen auf die emotionalen Bedürfnisse des Kindes. Ergänzend kommen noch die mit der Alkoholproblematik einhergehenden psychischen Krankheiten des Betroffenen hinzu. Werden in diesen Fällen keine adäquaten Hilfsangebote durchgeführt, kann diese Transmission von Vernachlässigung und Misshandlung über Generationen hinweg übertragen werden.

Persönliche Charakteristiken der Kinder

Eltern handeln vor allem dann vernachlässigend und mit körperlicher Gewalt wenn das jeweilige Kind aggressive oder temperamentvolle Verhaltensweisen zeigt. Es ist beispielsweise wahrscheinlich, dass ein Elternteil aufgrund von erzieherischen Insuffizienzgefühlen und Resignation gegenüber dem Kind wieder anfängt Alkohol zu trinken. Als weitere Risikofaktoren gelten: Geistige Behinderung, Frühgeburten und chronische Gesundheitsprobleme. In der Jugend zeigen die Kinder durch die erlebte Misshandlung die Tendenz zu erhöhtem Alkoholkonsum und häufig zusätzlichem Drogenkonsum auf. Vor allem eine antisoziale Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit dem Alkoholkonsum des Vaters führt zu diesen Tendenzen in der Adoleszenz, weil diese sich meistens als Ursache für Misshandlungen der Kinder begründet. In der Regel führt dies zu einem Teufelskreislauf, da Jugendliche sich einer Peergruppe außerhalb der Familie anschließen, die häufig ebenfalls Alkohol und auch andere Drogen konsumiert. (vgl. Zobel 2017, S. 44-46)

5.8 Auswirkungen sexuellen Missbrauchs in Verbindung mit Alkoholabhängigkeit

Täter von sexuellen Gewalthandlungen weisen oft gleichzeitig eine Suchtproblematik auf. Außerdem kommen diese häufig selbst aus suchtbelasteten Familien. Daraus kann man schließen, dass das Risiko für Kinder aus suchtbelasteten Familien steigt sexuellen Missbrauch zu begehen. Bei Männern ist das Risiko einer Alkoholabhängigkeit durch sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit um das Doppelte erhöht. Beim weiblichen Geschlecht ist der Risikofaktor sogar dreimal so hoch.

Weiterführend kommt es in den meisten Fällen zu sexuellen Übergriffen vom Vater oder auch Stiefvater auf die Töchter in der Suchtfamilie. Dadurch, dass der Alkohol den Alkoholabhängigen enthemmt, überschreitet dieser leichter seine Schamgrenzen, sodass Kinder aus Abhängigkeitsfamilien in Verbindung mit Alkohol leichter zum Missbrauchsoffer werden. Häufig reichen schon geringe Mengen Alkohol aus, um Ängste und Hemmungen des Täters abzubauen. Dies kann zu masochistischen, sadistischen, voyeuristischen oder exhibitionistischen Trieben führen und das sexuelle Verlangen steigern.(vgl. Bertling 1993, S. 14)

Dabei schweigen die Kinder über den Missbrauch und den Alkoholkonsum, aus Angst, am Zusammenbruch der Familie schuldig zu sein. Zusätzlich werden vom Vater Drohungen ausgesprochen oder auch Belohnungen für die Tatsache, dass sie ihr Schweigen über das Geschehene nicht brechen. Die betroffenen Kinder können die sexuellen Übergriffe soweit ins Unterbewusstsein verdrängen, dass sie sich im Erwachsenenalter nicht mehr an sie erinnern können. (vgl. Bertling 1993, S. 16)

6. Adaptive Verhaltensweisen der Kinder

6.1 Innerfamiliäre Rollenbilder suchbelasteter Kinder

Durch die ständige Belastung in der Familie müssen sich suchbelastete Kinder an die gegebene Situation anpassen. Das Anpassungsverhalten der Kinder wird im Folgenden in Form von verschiedenen Rollen beschrieben. Die erlebte Familienatmosphäre stellt für die Zielgruppe die einzige Realität dar, da sie kaum einen Vergleich zu anderen Familien ziehen können.

Fortführend gibt es insgesamt fünf typische Rollentypen, die in suchbelasteten Familien vorzufinden sind. Sharon Wegschneider und Claudia Black waren die ersten Forscherinnen, die das Verhalten der Kinder untersucht haben. Dabei ergaben sich die klassischen Rollenbilder, die bis heute hin gelten: Das Verlorene Kind, der Held, der Sündenbock und der Clown. (vgl. Zobel 2017 , S. 27)

Das Verlorene Kind

In der Regel das dritte Kind in der Familie, ist das verlorene Kind ständig auf Rückzug und Isolation bedacht. Der Rückzug dient als Schutzmechanismus vor den unvorhersehbaren Reaktionen der Eltern. Da es Probleme verdrängt und sich nicht mit Konflikten auseinandersetzt, eckt es auch mit keiner Person an. Dadurch bildet das Kind keine eigene Identität aus und fühlt sich oft bedeutungslos. Die suchbelasteten Eltern schenken dem Kind wenig Aufmerksamkeit und loben es höchstens für das brave überangepasste Verhalten. Es fühlt sich dadurch in seiner Rolle des „Verlorenen Kindes“ bestätigt. Die mangelnde Beachtung in der Familie gibt ihm das Gefühl nicht wahrgenommen oder ignoriert zu werden. Es besitzt nur einen sehr geringen Selbstwert.

Der Held

Der Held ist meistens das erstgeborene Kind. Dieser versucht die häuslichen Probleme damit zu bewältigen, ständig Anerkennung und Aufmerksamkeit zu suchen. Das Kind wird in der Regel sehr schnell selbständig und lernt früh Verantwortung für die Familie zu übernehmen. Es ist dem entsprechend sehr zielstrebig und ehrgeizig. Dabei hat der Betroffene gelernt, sich notfalls auf sich selbst zu verlassen. Durch sein aktives Handeln schützt er sich gleichzeitig vor Angst und Hilflosigkeit. Er braucht dabei die Bestätigung und Anerkennung im sozialen Umfeld, um sich wertvoll zu fühlen. Durch seinen Erfolg wertet er die Familie auf. Aufgrund des ständigen Druckes entwickeln sich bei dem Kind vehement Gefühle wie Wut und Verärgerung. Weitere psychosomatische Probleme und ein exzessiver Drang nach Perfektion und Kontrolle über das Leben bilden sich ebenfalls aus.

Der Sündenbock

Der Sündenbock neigt zu rebellischem Verhalten und Auflehnung und bekommt dadurch in der Familie oft die negative Aufmerksamkeit. Er besitzt ein sehr niedriges Selbstwertgefühl. Dieses spiegelt sich in seinem Verhalten in Form von Trotz und Wut, bis hin zu Feindseligkeiten wider. Als Jugendlicher beginnt er meistens schon früh mit dem konsumieren von Alkohol oder anderen Drogen und schlägt eine kriminelle Laufbahn ein. Den Namen Sündenbock trägt er, da sein Problemverhalten in der Familie oft thematisiert wird, um vom Alkoholproblem in der Familie abzulenken.

Der Clown

In der Regel das jüngste Kind, fällt der Clown durch sein aufgeschlossenes Verhalten auf. Wegschneider beschreibt das Kind als sehr extrovertiert. Ebenfalls besticht es durch seine humorvolle Art. Das Kind erhält von der Familie sehr viel Aufmerksamkeit. Andererseits wirkt der Clown aber auch unsicher, ängstlich und unreif. Die psychische Belastbarkeit ist ebenfalls niedrig. Damit einhergehend sind Symptome wie Hyperaktivität und Konzentrationsschwäche zu nennen. In der Regel wird die Person durch die Geschwister häufig in Schutz genommen und über den Alkoholkonsum des betroffenen Elternteils nicht in Kenntnis gesetzt. Trotzdem spürt es ein Gefühl

von ständiger Angst, dass etwas nicht stimmt und kompensiert dieses durch den Einsatz von Humor und Ironie.

Der Friedensstifter

Black ergänzt das Rollenmodell noch um den Friedensstifter. Dieser nimmt oft die Rolle des Helfers ein. Er ist meistens der aufmerksame und einfühlsame Zuhörer in der Familie. Er stellt in der Regel seine eigenen Bedürfnisse in den Hintergrund, um vordergründig für die Familie da zu sein. Das Kind bekommt ein schlechtes Gewissen, sobald die eigenen Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen.

Ackermann fügt die Rollen des Übererwachsenen, des Distanzierten und des Unverletzten hinzu.

Übererwachsene Rolle

Der Übererwachsene tritt überwiegend kontrolliert und durchdacht auf. Außerdem ist er ein sehr ernsthafter Typ. In seinem Verhalten ist er selbstkritisch und lässt wenig Spontaneität zu. Er wirkt durch sein Verhalten wesentlich reifer als andere Kinder in der gleichen Altersstufe.

Distanzierte Rolle

Der Distanzierte versucht sich nach außen hin unangreifbar darzustellen. Er versucht gegenüber anderen Menschen distanziert zu bleiben. Gefühle werden von ihm verdrängt und nicht erlebt. Gleichzeitig versucht das Kind, Konflikten aus dem Weg zu gehen und isoliert sich von anderen Personen.

Unverletzte Rolle

Ackermann beschreibt den unverletzlichen Typen als die einzige Rolle, die sich trotz der Suchtbelastung in der Familie seelisch gesund entwickeln kann. Es steht vor der Familie zu seinen erlebten Kränkungen und bewertet es nicht als Schwäche, verletzt zu werden. Diesem Kind fällt es dadurch wesentlich leichter, mit den familiären Belastungen umzugehen. (vgl. Zobel 2017 , S. 28-29)

6.2 Resilienzen der Kinder

Etwa ein Drittel der Kinder in suchtblasteten Familien entwickelt keine Störungen, sondern schafft es durch verschiedene Resilienzfaktoren seelisch gesund zu bleiben. (vgl. Klein 2014, S.26)

Die Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen weisen eine Heterogenität auf und sind damit grundverschieden. Die Suchtproblematik muss sich demnach nicht nur negativ auf ein Kind auswirken.

Von diesen Verläufen hängen nach Zobel folgende Faktoren ab:

- Die Altersstufe des Kindes, bei dem die Chronifizierung der Abhängigkeit tatsächlich eintrat.
- Ob es eine längere Phase der Abstinenz eines oder beider Elternteile gab.
- Die Möglichkeit, dass zusätzlich zur Suchterkrankung noch komorbide Störungen auftraten (Depression, Angststörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung).
- Die spezifische Wirkung der Abhängigkeit auf die intrafamiliäre Beziehung zwischen Eltern und dem Kind.
- Inwiefern und wann Hilfemaßnahmen für das Kind wirksam wurden.
- Welche relevanten kritischen Lebensereignisse eingetroffen sind.
- Die Entscheidungen, die vom Kind ausgehend getroffen worden sind. (Zum Beispiel Internalisierung eines negativen Selbstkonzeptes, Übernahme von Verantwortung für andere). (vgl. Zobel 2017 , S. 16)

Zusätzlich nennt er folgende Eigenschaften, die vorhanden sein müssen, damit sich betroffene Kinder psychische gesund entwickeln können:

Positive Grundüberzeugung

Eine positive Lebenseinstellung steht häufig im Zusammenhang mit vermindertem Alkoholkonsum. Die Kinder haben von vornherein eine erhöhte Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf das Lösen von Konflikten. Sie neigen daher weniger dazu, sich mit Suchtmitteln zu betäuben.

Angemessene Bewältigungsstrategien

Werden adäquate Bewältigungsstrategien zur Problemlösung eingeübt, kann auf Vermeidungsstrategien wie Alkoholkonsum verzichtet werden. Werden diese Strategien jedoch nicht erlernt, wird der Alkohol in schwierigen Situationen als Spannungsreduktion verwendet und kann über längere Zeit in eine Abhängigkeit des Jugendlichen münden.

Soziale Kompetenzen

Das Kind braucht ein außerfamiliäres soziales Netzwerk, auf das es in Krisenzeiten zurückgreifen kann. Dies können gleichaltrige aber auch erwachsene Bezugspersonen sein, was für ein stabiles Sicherheitsnetz und einen vertrauensvollen Beziehungsaufbau enorm wichtig ist. (vgl. Zobel 2017, S. 188)

Das Modell der emotionalen Kompetenz

Saarni erweitert mit ihrem Modell der emotionalen Kompetenz die sozial-kognitive Lerntheorie und beschreibt acht wichtige Schlüsselfähigkeiten für emotionale Kompetenz, die vor allem durch familiären Einfluss ausgebildet werden:

- Emotionen werden wahrgenommen und sich selber bewusstgemacht.
- Gefühle anderer Menschen werden wahrgenommen und verstanden.
- Die Person ist in der Lage, über ihre eigenen Gefühle zu sprechen.
- Kompetenz sich in andere Personen hineinzusetzen.
- Angepasstes Verhalten der Gefühle auf emotionale Erlebnisse.
- Person ist in der Lage, mit Stressoren und negativen Ereignissen umzugehen.
- Bewusstmachen der emotionalen Kommunikation innerhalb sozialer Beziehungen.
- In der Lage zu sein, kompetent und selbstwirksam zu handeln. (vgl. Klein 2013, S. 18)

Challenge Modell nach Wolin

Wolin beschäftigte sich in Bezug auf Resilienzfaktoren gezielt mit Kindern aus suchtbelasteten Familien. Sein „Challenge Modell“ ist eine Form von Resilienz, die im Gegensatz zu den „Damage Modellen“ steht. Dabei stellt er Resilienz und Vulnerabilität gegenüber. Er geht bei den Kindern von zwei verschiedenen Grundsätzen aus. Sehen sie die Stressoren aus der Familienumgebung, wie beispielsweise Streit, Gewalt oder Vernachlässigung als Herausforderung („Challenge“) an, können die Kinder die Situationen eventuell aktiv bewältigen und sich trotzdem positiv entwickeln. Wird die Situation allerdings überwiegend pathologisch und schädigend erlebt („Damage“), entwickelt das Kind ein erhöhtes Risiko für einen psychischen Krankheitsverlauf. Wolin geht dabei von der subjektiven Wahrnehmung und der Bewertung von den Erlebnissen des Kindes aus. Weiterführend werden sieben Resilienzen genannt, die Kinder nutzen können, um sich gegen belastende Erfahrungen aus der Familie zu schützen:

- *Kreativität:* Kreativität bedeutet in diesem Fall, ob das Kind in der Lage ist, Erfahrungen mit ästhetischen Mitteln ausdrücken zu können. Dabei gilt es vor allem innere Konflikte durch künstlerisches Schaffen emotional zu verarbeiten.
- *Einsicht:* Das Kind erkennt, dass es in der Familie andere Strukturen gibt als in den Familien von Mitschülern. Ebenfalls erkennt es, dass das Vertrauen innerhalb der eigenen Familie oft gebrochen wird und versteht Zusammenhänge und Wirkung der Alkoholeffekte auf die Familienmitglieder. Die Einsicht und Klarheit schließt dadurch eine Verdrängung des Problems weitgehend aus.
- *Unabhängigkeit:* Kinder sind in der Lage, sich von der Familie emotional abzugrenzen. Dabei wird die emotionale Distanz (innere Abgrenzung) sowie die physische Distanz genannt (Sportliche Aktivitäten, Unternehmungen mit Freunden).
- *Beziehungsfähigkeit:* Das Kind hat ein stabiles soziales Netz außerhalb der Familie. Dabei werden vor allem emotionale Beziehungen zu Bezugspersonen hervorgehoben.

- Initiative: Das Kind ergreift die Initiative, indem es seine Umgebung erkundet. Dabei sind in diesem Zusammenhang vor allem Selbstwirksamkeitserfahrungen gemeint, die das Kind während Freizeitaktivitäten durchlebt.
- *Humor*: Viele Kinder haben aufgrund der Familienverhältnisse verlernt zu lachen oder Spaß zu haben. Ironie und Sarkasmus können allerdings dabei helfen, die Situation zu verarbeiten.
- *Moral*: Durch die Entwicklung eines eigenen Norm- und Wertesystems wird den Kindern ein ethischer Rahmen zur kritischen Bewertung der Familiensituation ermöglicht. (vgl. Klein 2013, S. 15)

7. Forschungsmethoden

Nachdem verschiedene Faktoren innerhalb der Familien und ihre Wirkung auf suchtbelastete Kinder untersucht worden sind, widmet sich der zweite Teil der Bachelorarbeit dem Forschungs- und Praxisfeld.

In der Forschung wurden zur Identifizierung von Kindern aus suchtbelasteten Familien verschiedene Screening-Verfahren entwickelt. Die Frage nach der Auswahl des jeweiligen Verfahrens hängt von verschiedenen Faktoren ab. Je nach personellen und finanziellen Ressourcen, die einem Forschungsteam zur Verfügung stehen, wird das jeweilige Verfahren ausgewählt.

Elternbefragung

Diese Methode gilt als die effizienteste Screening Methode, da man anhand von standardisierten Messinstrumenten den Befund einer Abhängigkeit diagnostizieren kann. Häufig werden dadurch auch weitere komorbide psychische Störungen der Eltern erfasst, die sich erheblich auf das Wohlbefinden der Kinder auswirken. Aufgrund fehlender ökonomischer und personeller Möglichkeiten werden Eltern allerdings selten zur Diagnose von Kindern in suchtbelasteten Familien befragt. (vgl. Zobel 2017, S. 50)

Eine Variante von Interviews mit betroffenen Eltern wird als „Short Michigan Screening Test for Mother and for Father“ bezeichnet. Dieser enthält 13 Fragen,

die auf den Alkoholkonsum der letzten zwölf Monate abzielen. Die Fragen werden ausschließlich mit Ja oder Nein beantwortet und das Ergebnis in verschiedene Punktekategorien eingeteilt. Problematisch ist die Tatsache, dass häufig nur die Eltern befragt werden, die sich bereits in einer Behandlung befinden. In der Regel werden zu Studienzwecken Befragungen in Selbsthilfegruppen oder Kliniken durchgeführt. Damit erfasst die Forschung allerdings nicht die Gesamtpopulation an Kindern aus suchtbelasteten Familien und die Befragung erweist sich somit als problematisch für Frühinterventionen. (vgl. Klein 2005, S. 54)

Children of Alcoholics Screening Test (Cast)

Die am häufigsten verwendete Methode bei der Diagnose von Kindern in suchtbelasteten Familien nennt sich „Children of Alcoholics Screening Test“. Er wurde ursprünglich 1983 von Jones entwickelt, enthält dreißig Fragen und gilt vor allem als Gruppendiagnose für Kinder und Jugendliche.

Die insgesamt 30 Fragen behandeln negativ erlebte Situationen der Kinder und umfassen folgende fünf Bereiche:

- 1) Der Versuch, das Trinken der Eltern zu kontrollieren.
- 2) Das Erleben der Disharmonie in der Familie und der emotionale Stress durch den Alkoholkonsum der Sorgeberechtigten.
- 3) Eventuell erlebte Gewalterfahrungen, die im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum des Elternteils stehen.
- 4) Bemühungen der Alkoholproblematik zu entfliehen.
- 5) Versuche das Alkoholproblem der Eltern zu akzeptieren, sowie den generellen Wunsch nach Unterstützung.

Zwischen den 30 Fragen darf jeweils nur zwischen ja und nein geantwortet werden. Dabei ergibt sich folgendes Punktesystem:

Punktezahl (Anzahl positiv beantworteter Fragen)	Diagnosekriterium
1	Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit gering.
2-5	Hinweise auf problematisches Trinkverhalten sind gegeben
6 und aufsteigend	Deutlicher Hinweis auf Alkoholmissbrauch innerhalb der Familie

Abb.2 (vgl. Klein 2005, S. 55-57)

Ab sechs Fragen sind die Eltern dabei eindeutig als alkoholabhängig einzustufen. Wird nur eine mit „ja“ beantwortet, besteht noch kein Grund, von einer Suchtproblematik auszugehen. Werden 25% der Fragen positiv beantwortet, ist dies zwar noch kein deutlicher Hinweis auf eine Abhängigkeit der Eltern, die Wahrscheinlichkeit von zukünftigen Suchttendenzen ist allerdings gegeben.

Single-Item-Fragen

Die Single-Item-Fragen sind die finanziell effizientesten Vorgehensweisen und verlangen nur einen ökonomischen Minimalaufwand. Diese Methode verwendet besonders valide Einzelfragen. Eine einzige Screening-Frage soll vergleichbare Ergebnisse zu anderen aufwendigeren Forschungsinstrumenten liefern. Einzig und alleine die Frage, ob das Trinken in der Familie für den Jugendlichen ein Problem darstelle, konnte zwei Drittel der Befragten als Kinder aus suchtblasteten Familien identifizieren. Bei den meisten Untersuchungen wird eine sehr global formulierte Single-Item Frage gestellt und anschließend die Erhebung in Form eines CAST-Testes durchgeführt. Die Kombination von mehreren Screening-Verfahren hat sich für die Identifizierung als hilfreich erwiesen. (vgl. Klein 2005, S. 55-57)

8. Therapeutische und präventive Interventionsansätze

Wird ein Kind als suchtblastet identifiziert, gibt es in der Forschung mehrere Möglichkeiten es adäquat zu fördern.

Dabei sollte es ein notwendiges Ziel der Suchthilfe sein, Projekte zu festen Bestandteilen im Therapieverbund der Suchtkrankenhilfe zu machen und diese in allen Bereichen aufzubauen und dementsprechend zu unterstützen. (vgl. Kober 2007, S. 28) Um eine therapeutische Intervention bei Kindern aus suchtblasteten Familien überhaupt durchführen zu können, gelten folgende Faktoren als entscheidend:

In Bezug auf die therapeutischen Behandlungsmethoden soll die Gruppentherapie einer individuellen Verhaltenstherapie vorgezogen werden, da die Verhaltensauffälligkeiten vor allem in der Interaktion mit anderen Kindern deutlich werden und in der Gruppe effizient zum Erfolg führen. Dabei wird angemerkt, dass für Kinder mit sozialen Ängsten eine Gruppe von höchstens vier Kindern angemessen erscheint. (vgl. Köppl 1987, S. 47)

8.1 Gruppenspieltherapie

"Im Spiel soll das Kind seine Konflikte ausdrücken, seine Ängste und Zwänge, Rivalitäten, Unzulänglichkeiten, Abneigungen und Aggressionen." (Köppl 1987, S. 41)

Durch die Gruppenspieltherapie soll bei den Kindern eine Veränderung im seelischen Gleichgewicht sowie ein verbessertes Selbstbild angestrebt werden. Dabei steht im Vordergrund die Förderung der Ich-Kompetenz des einzelnen Jugendlichen durch die Kontaktaufnahme sowie die Einsicht und Erprobung in der Realität.

Die Familie isoliert sich immer weiter von der Außenwelt, um das Geheimnis der Suchtproblematik untereinander zu wahren. In der Regel wird dem Kind nicht beigebracht, was zwischenmenschliche Beziehungen bedeuten und wie man diese aufbaut. Außerdem hat das betroffene Kind kein Urvertrauen gegenüber Mitmenschen und hat dabei Probleme bei der Kontaktaufnahme. Zusätzlich ist das Kind mit Schamgefühlen besetzt und hält sich gegenüber

anderen Kindern sehr verdeckt. Dadurch scheut es gleichzeitig jede engere Beziehung. Die Gruppenspieltherapie hilft dem Kind beim Aufbau der Beziehungsfähigkeit. Durch das gemeinsame Spielen werden gleichzeitig Kontakte geknüpft. Die Erfahrung, selbst aktiv zu werden, und im Spiel initiativ zu handeln, aber auch die gegenseitige Hilfe ermutigt vor allem suchbelastete Kinder dazu, mit anderen Gleichaltrigen in Beziehung zu treten. (vgl. Köppl 1987, S. 52)

Durch die Rollenverschiebung in der Familie wird dem Kind eine realitätsgerechte Identifikation erhalten. Im Gruppenspiel kann das Kind neue Verhaltensweisen erlernen und sie in ihr Verhaltensrepertoire aufnehmen. Dies kann zu einer realitätsgerechteren Identität beitragen. Weiterhin ist das Kind in der Lage, Ängste aus der Familiensituation abzubauen. Es muss in der Gruppensituation keine Strafe bei einer Grenzüberschreitung befürchten. Dadurch entwickelt es keine Schuldgefühle wie in der Familie. Für den Betroffenen ist es anfangs ungewohnt, Dinge zu tun, die ihm sonst nicht erlaubt werden. Mit der Zeit verliert es seine Angst und kann Probleme besser bewältigen. Köppl und Reiners empfehlen, vor allem bei sehr ängstlichen Kindern nur eine geringe Auswahl an Spielmaterialien zur Verfügung zu stellen. Dabei eignen sich vor allem Materialien wie Wasser, Ton und Sand. (vgl. Köppl 1987, S. 48-50)

Eine weitere Eigenschaft, die die Gruppenspieltherapie fördert, ist die Gemeinschaftsfähigkeit. Die Teilnahme an der Gruppenspieltherapie ermöglicht einigen Kindern erst das Zusammenleben in einer Gemeinschaft kennenzulernen. Dadurch lernen sie ihr Verhalten auf andere abzustimmen. Die Kinder helfen sich untereinander und lernen die anderen zu akzeptieren und zu verstehen. Zusätzlich wird eingeübt, gegenseitig aufeinander Rücksicht zu nehmen. Weiterführend kann das Kind seine Wünsche und Bedürfnisse äußern, ohne abgelehnt zu werden. Vielen Kindern wird erst in der Spielsituation bewusst, dass sie Bedürfnisse haben und diese auch äußern können. In der Familie konnten sie ihre Autonomie nicht entfalten. Die Gruppenspieltherapie zielt weiterhin auf die Schulung von Selbstbestimmung und Unabhängigkeit ab. Dadurch ermöglicht sie Entscheidung und - Handlungsfreiheit im Gruppenkontext. (vgl. Köppl 1987, S. 59-61) Nach Ehrenfried soll es Ziel von Gruppenarbeit sein, den Kindern

und Jugendlichen altersangemessene Erfahrungsräume zu bieten, die ihre Persönlichkeits- und Sozialentwicklung positiv anregen können. (vgl. Kober 2007, S.28) Ein gemeinsamer Maßstab für eine Gruppentherapie wird allerdings in der Praxis weitestgehend abgelehnt, da in einer individuellen Gruppe Platz für eine autonome Gestaltung vorhanden sein sollte. (vgl. Kober 2007, S.26)

8.2 Rollenspiel

Das sozialtherapeutische Rollenspiel ist ebenfalls für Kinder aus suchtbelasteten Familien besonders geeignet.

Das Kind erlebt sich in einer agierenden Rolle und ist der Situationen nicht ausgeliefert. Ebenfalls lernt das Kind, andere Kinder in ihren Rollen zu beeinflussen und das eigene Verhalten zu ändern. Gefühle können auch bildhaft dargestellt werden und müssen nicht verbalisiert werden. Dabei wird zwischen zwei Arten von therapeutischen Rollenspielen unterschieden:

Das spontane un gelenkte Rollenspiel

Bei dem spontanen un gelenkten Rollenspiel wird der interaktionale Charakter betont. Dadurch wird das kommunikative Handeln sowie das kooperative Handeln eingeübt. Es gibt unterschiedliche Sichtweisen zwischen den verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen. In der Tiefenpsychologie wird es als Triebabfuhr angesehen, während in der Lernpsychologie die hohe Bedeutung verschiedener Lernprozesse betont wird.

Das gelenkte Rollenspiel:

Das gelenkte Rollenspiel fokussiert drei Bereiche des sozialen Lernens:

- Das Kind hat die Möglichkeit, sich in die Rolle von Erwachsenen hineinzusetzen, die von der Gesellschaft erwartet werden.
- Dadurch gewinnt das Kind Abstand zu seinen eigenen Rollenerwartungen, indem es die starren Rollenvorgaben kritisch hinterfragt.
- Die zwischenmenschliche Kommunikation wird durch verbale sowie nonverbale Übungen einstudiert.

Beide Formen des Rollenspiels werden von Therapeuten vorbereitet und angeleitet.

In suchtbelasteten Familien haben Kinder gelernt, Konfliktsituationen zu meiden. Sie reagieren allerdings auch mit Überanpassung auf bestimmte Situationen. Dabei sind die Handlungsmöglichkeiten sehr begrenzt. Zusätzlich haben die Kinder ebenfalls nie gelernt, auf bestimmte Situationen angemessen zu reagieren. Die Familie stellt dafür keinen geeigneten Rahmen, da eigene Erfahrungen durch die beschränkten Handlungsmöglichkeiten nicht durchlebt werden können. (vgl. Köppl 1987, S. 41-42)

Das Rollenspiel vermittelt dem betroffenen Kind ein erweitertes Repertoire an Handlungsspielräumen. Fortführend wird das Kind in der Gruppe mit einer unangenehmen Situation konfrontiert, auf die es wie in der Familie erlernt mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Meidungsverhalten reagieren würde. In der Gruppe wird es ihm allerdings erschwert, der Situation auszuweichen. Dies ermöglicht ihm, sich mit dem unangenehmen Gefühl auseinander zu setzen und andere Lösungsmöglichkeiten zu finden. Dabei kann das Kind ebenfalls die Handlungsstrategien und Problemlösungsmuster der anderen Kinder beobachten und diese selbst erproben. Die Kommunikationsfähigkeit eines Kindes in der alkoholbelasteten Familie ist meistens eingeschränkt. Es findet in der Familie generell weniger verbaler Austausch statt. Die eingeschränkte Sprachfähigkeit hemmt weiterhin die Kommunikationsbereitschaft der Kinder. In diesem Punkt setzt das Rollenspiel an. Es dient dem Aufbau der Sprachfähigkeit, da der Fokus bei den Übungen auf der verbalen Interaktion liegt. Durch die Tatsache, dass das Individuum verschiedene Rollen spielt, lernt es gleichzeitig unterschiedliche Sprachstile kennen. Hinzukommend vergrößert sich der Wortschatz und die Kinder lernen, fließender zu sprechen. (vgl. Köppl 1987, S. 53-55)

Durch das Rollenspiel kann sich das Kind ähnlich wie in der Gruppenspieltherapie in die Rollen hineinversetzen, denen es in der Realität ausgeliefert ist. Dabei übernimmt es beispielsweise die Rolle des abhängigen Elternteils und setzt sich gleichzeitig mit dieser auseinander. Es soll dadurch mehr Verständnis und Einsicht in spezifische Verhaltensweisen des betroffenen Erwachsenen bekommen. (vgl. Köppl 1987, S. 49)

8.3 Kunsttherapeutischer Ansatz

Durch das Ausführen einer künstlerischen Tätigkeit wird Erlebtes verarbeitet. Die Kunsttherapie stellt eine weitere Intervention von Kindern suchtkranker Eltern da. Bei dieser Therapieform kommen verschiedene Techniken zur Anwendung, die von den Kindern angewendet werden können. Dabei können sie mit unterschiedlichen Materialien, wie Buntstifte, Bleistifte, Wachskreide, Ölwachskreide, Wasserfarben, Fingerfarben ihrer Kreativität freien Lauf lassen. Während den Übungen liest der jeweilige Therapeut ihnen altersgerechte Geschichten vor, die sich an ihren Problemlagen orientieren. Diese werden dann malerisch dargestellt. Für die Anfangsphase dient vor allem die Aquarellmalerei als besonders effektives Instrument, da sie eine besonders entspannende Wirkung besitzt. Dies hilft vor allem bei dem Abbau von anfänglichen Unsicherheiten. (vgl. Sperlich 1996, S. 8-13)

8.4 Musiktherapeutischer Ansatz

Die Musiktherapie aktiviert den menschlichen Körper und die Kinder führen zu verschiedenen Rhythmen entsprechende Körperbewegungen aus. Dabei spielt die körperliche Wahrnehmung im Hinblick auf eine ganzheitliche Entwicklung des Kindes eine entscheidende Rolle. Weiterführend stellt die Musik einen Teil der Realität dar, der dem Kind als nicht bedrohlich erscheint und einen Kontaktaufbau zu den anderen Kindern erleichtert. Daher ist die Musiktherapie für das Selbstwertgefühl von großer Bedeutung. (vgl. Köppl 1987, S. 43-44)

Kinder in Suchtfamilien können meistens ihre Kreativität nicht ausleben und bleiben hinter ihrem schöpferischen Potenzialen zurück. Sie wachsen häufig isoliert von ihrer Umwelt auf und bekommen dadurch selten Anregung, um kreativ zu sein. Die Verhaltensweisen innerhalb der Familie sind entsprechend ihren Rollen festgefahren. Ziel der Musiktherapie ist es, diese wieder zu lockern und weitestgehend aufzulösen. Alle Kinder werden aktiv und das Kontingent an Ausdrucksmöglichkeiten, über die das Individuum verfügt, kann einstudiert und musikalisch dargestellt werden. Zu den verwendeten Mitteln zählen Übungen aus dem tänzerischen Bereich, Spielhandlungen, Rollenspiele, Fantasieübungen, Lieder aber auch pantomimisch dargestellte Märchen. (vgl. Köppl 1987, S. 64)

Ein weiterer Bereich, der vor allem bei Kindern in suchtblasteten Familien eine wichtige Rolle spielt, ist das Aggressionsverhalten. Auch hierfür eignet sich die Musiktherapie, um dem Kind eine alternative Möglichkeit zu verschaffen seine aggressiven Impulse auf konstruktivem Weg auszuagieren. In der Gruppe soll ein Gefühl von Akzeptanz, Anerkennung und Selbstwert vermittelt werden, so dass das Kind nicht permanent das Gefühl haben sollte, seine Stärke beweisen zu müssen und Frustrationserlebnisse auch ohne Aggression ertragen zu können. (vgl. Köppl 1987, S. 73)

8.5 Bewegungstherapie

„Jeder Gewinn an körperlichem Bewegungsvermögen

ist wiederum ein Gewinn an Selbstvertrauen.“ (Köppl 1987, S. 69)

In der Suchtfamilie wird aufgrund der gestörten Interaktion und ihre eingeschränkte Kommunikation untereinander ein Leistungsaufbau verhindert, da die Eltern nicht in der Lage sind, ihre Kinder durch positive Anerkennung zu verstärken. Ganz im Gegenteil wirken sie oft desinteressiert und ermutigen das Kind nicht, an einer Aufgabe zu bleiben. Dies schränkt den Leistungswillen des Kindes bedeutend ein. Sie werten den daraus resultierenden Leistungsabfall als Dummheit und Unvermögen ab. Dadurch resignieren die Kinder und sind letztendlich oft in der Schule unkonzentriert. Um die Konzentrationsfähigkeit aufzubauen, verzichtet man bei der Bewegungstherapie auf einen Leistungsanspruch. Das Kind sollte nicht überfordert werden, sondern nur die Leistung erbringen, zu der es auch tatsächlich in der Lage ist. Dadurch wird das Prinzip der kleinen Schritte angewendet. In Form von kleinen Erfolgserlebnissen kann sich langsam Selbstvertrauen aufbauen. Wenn das Kind spürt, dass es leistungsfähig sein kann, wirkt sich dies auch positiv auf seine Motivation aus, Leistungen in der Schule zu erbringen. Als Übungsformen werden vor allem Wettkampf und Mannschaftsspiele vorgeschlagen. (vgl. Köppl 1987, S. 63)

8.6 Eltern- Kind – Therapie

„Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Suchtkranke Eltern brauchen Ermutigung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung.“ (Bundesministerium, Gesundheit und Soziale Sicherheit 2003, S. 121)

Nach Köpers ist die Grundvoraussetzung für eine gelungene Eltern-Kind-Arbeit, dass der Alkoholabhängige entweder grundsätzlich zu einer Therapie bereit ist oder sie bereits erfolgreich begonnen hat. Dazu sollte ebenfalls eine physische sowie seelische Gesundung des Klienten erfolgt sein. Kindliche Fehlentwicklungen müssen ebenfalls zunächst in einer Individualtherapie behandelt werden, damit das Kind in dieselbe therapeutische Einrichtung wie der betroffene Elternteil eingegliedert werden kann. Ist es nicht möglich, die Eltern erfolgreich zu therapieren, muss man sie dazu motivieren, Hilfe für ihre Kinder zuzulassen. Weiterhin sollten die Eltern dabei transparent in den Therapieprozess für das Kind mit einbezogen werden. Gleichzeitig sollen Ängste, dass das Kind intime Aussagen über die Familie machen könnte, im Vorfeld angesprochen werden. Die Eltern sollten dabei ebenfalls genug Gelegenheit dazu haben, zu dem jeweiligen Therapeuten und der Einrichtung Vertrauen zu fassen. (vgl. Köppl 1987, S. 45-47)

9. Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien

Während die Therapieansätze das Kind aus einer suchtblasteten Familie ganzheitlich fördern sollen, wird versucht präventiv zu verhindern, dass Defizite und psychiatrische Erkrankungen aufgrund des Alkoholkonsums überhaupt erst entstehen.

Zobel definiert Prävention unter Bezugnahme der Alkoholabhängigkeit folgendermaßen:

9.1 Selektive Prävention

Bei der selektiven Prävention wird die erhöhte Abhängigkeitsgefährdung thematisiert. Sie zielt gleichzeitig auf die Schulung und Förderung der

Jugendlichen im Bereich der Suchtentwicklung ab. Es besteht die Möglichkeit, sich mit gleichaltrigen Personen, die ebenfalls betroffen sind, auszutauschen und sich kritisch mit dem Alkoholkonsum auseinanderzusetzen. Dabei bekommen sie auch Kenntnisse von dem erhöhten Abhängigkeitsrisiko vermittelt, dem sie aufgrund der Familiensituation ausgesetzt sind. Es werden Erwartungen über die Wirkung des Alkohols thematisiert und über alternative Handlungsstrategien bezüglich des Konsumierens von alkoholischen Substanzen diskutiert und anschließend eingeübt. Zusätzlich soll die individuelle Lebenseinstellung der Jugendlichen kritisch beleuchtet werden, um konkrete Ziele für ein erfüllendes Leben zu erarbeiten. Gleichzeitig bedeutet dies die Erprobung von konkreten Maßnahmen zur Bewältigung von problematischen Lebenssituationen. Weiterführend erfahren sie, dass sie mit ihrer schwierigen Familiensituation nicht alleine sind und in der Gruppe bekommen sie Anerkennung und Wertschätzung, die ihnen zu Hause oft versagt bleibt.

Zobel stellt in Bezug auf die selektive Prävention die Frage, ob Informationen und Verantwortungsübernahme ausreichen, um einer Abhängigkeitsentwicklung vorzubeugen, da schon eine verminderte körperliche Reaktion auf Alkohol eine Veranlagung darstellen kann, die bei einer stressdämpfenden Erfahrung den Gebrauch von Alkohol in angespannten Situationen wahrscheinlich macht. (vgl. Zobel 2017, S. 226)

9.2 Indikative Prävention

Bei der indikativen Prävention erfolgt die Betreuung der Jugendlichen nach ihrer jeweiligen Disposition. Gezielt soll mithilfe von Messinstrumenten die subjektiven und physiologischen Reaktionen sowie die Stressresistenz auf den Alkoholkonsum der Teilnehmenden gemessen werden. Anschließend wird diskutiert, ob die Jugendlichen in dem Bereich der Risikogruppe mit geringerer Reaktion auf Alkohol eingestuft werden sollten.

Weiterführend sind Modelle des kontrollierten Trinkens mit einzubeziehen. Dadurch soll ein bewusster Umgang mit dem Alkohol erlernt werden. (vgl. Zobel 2017, S. 226 -227)

9.3 Präventionsansätze nach Bühler

Bühler nennt folgende selektive Präventionsziele in suchtblasteten Familien:

- Maßnahmen zur Förderung der Punktnüchternheit in der Schwangerschaft.
- Therapie mit suchtkranken Eltern zur allgemeineren Verbesserung der Entwicklungsverhältnisse der Kinder.
- Elterntaining mit dem Ziel, ein konstruktives, diszipliniertes Elternverhalten herzustellen.
- Paarberatung, um in der Familie elterliche Konflikte zu reduzieren.
- Ein spezielles Familientraining, um die Kommunikation und Harmonie zu fördern.
- Die Einführung eines Mentorenprogrammes, um einen Bindungsaufbau an eine außerfamiliäre Bezugsperson zu gewährleisten.
- Kindergruppen mit anderen Betroffenen, um das Gefühl zu vermitteln, nicht als Einziger in einer suchtblasteten Familie aufzuwachsen. Gleichzeitig die Förderung von Wissen über Sucht und die Problematik der Eltern, zur Krisenintervention, zur Einübung von Konfliktbewältigung und Kontaktaufnahme mit möglichen Freunden und Bezugspersonen außerhalb der Familie.
- Individuelle therapeutische Interventionen bei Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten. (vgl. Bühler 2007, S. 13)

10. Aktuelle Situation in Deutschland

In einer Bestandsaufnahme von vorhandenen Präventionsangeboten in Deutschland wurden Strukturen und Arbeitsansätze in 48 Einrichtungen mit ambulanten Angeboten für Kinder aus suchtblasteten Familien erhoben. (Stand: 2008) Es wurde deutlich, dass die Gruppentherapie sehr stark verbreitet war. Zusätzlich wurden ebenfalls Einzelgespräche mit Kindern und Jugendlichen angeboten. Weiterführend wurden begleitende Elternarbeit sowie Familiengespräche und Bildungsarbeit durchgeführt. In den Kindergruppen sind Gespräche, aber auch kreative und freizeitpädagogische Maßnahmen integriert

worden. Dazu zählten vor allem Rollenspiele und Übungen im Bereich der Körperwahrnehmung. Diese Programme sind allerdings in Deutschland weiterhin kritisch zu betrachten, da sie bisher noch keine evidenzbasierten Ergebnisse aus der Forschung über die Effektivität und die Nachhaltigkeit aufweisen. (vgl. Klein 2013, S. 24)

10.1 Präventions- und Therapieformen in der Praxis

Seit den achtziger Jahren entwickeln sich an unterschiedlichen Orten in Deutschland spezielle Gruppenangebote für Kinder aus suchtblasteten Familien. Momentan besteht das Hilfesystem aus schätzungsweise 200 Angeboten.

Dabei besteht die mit 134 Angeboten größte Gruppe aus Trägern, die ein eigenes Konzept entwickelt haben. Sie werden auch „freie Angebote“ genannt. Die Träger dieser Angebote sind meistens in folgenden Bereichen zu finden: Suchthilfe, Jugendhilfe, Suchtprävention, Gesundheitswesen und Erziehungsberatung. (vgl. Mielke 2016, S. 1-2)

Die mit 80 Standorten zweitgrößte Gruppe sind Träger, die mit dem Präventionsprogramm „Trampolin“ von Michael Klein arbeiten, das seit 2016 von der Prüfstelle für Prävention zertifiziert worden ist. (vgl. Klein 2016)

Das Programm „Fitkids“ bildet mit 29 Standorten die drittgrößte Gruppe. Dieses wird fast ausschließlich von den Suchthilfeträgern angeboten. Vergleicht man die Verteilung innerhalb Deutschlands fallen signifikante Unterschiede auf:

	Freie Angebote	Projekt Trampolin	Projekt Fit Kids
Baden-Württemberg	27	2	4
Bayern	5	20	2
Berlin	16	2	
Brandenburg	3	1	
Bremen			
Hamburg	7	1	
Hessen	7	4	2
Mecklenburg-	1	1	

Vorpommern			
Niedersachsen	2	23	
Nordrhein-Westfalen	35	6	21
Rheinland-Pfalz	10	1	
Saarland	2	1	
Sachsen	4	14	
Sachsen-Anhalt	1	2	
Schleswig-Holstein	10	1	
Thüringen	4		
Gesamt	139	79	29

Abb.3 (vgl. Mielke 2016, S. 1-3)

Auffällig an der Tabelle ist, dass einige wenige Bundesländer eine besonders hohe Angebotsdichte aufweisen, während man bei anderen Bundesländern nur wenig bis gar keine Programme finden kann. Dabei nimmt Nordrheinwestfalen mit insgesamt 62 Angeboten aus allen Gruppen eindeutig die Vorreiterrolle ein. Baden-Württemberg und Bayern sind ebenfalls mit einer hohen Anzahl an Angeboten vertreten, während Bremen mit keinem einzigen Programm das Schlusslicht bildet. Aber auch in Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern sind kaum Hilfsangebote vorhanden. Auffällig ist ebenfalls, dass das Projekt „Fitkids“ fast ausschließlich in den Bundesländern vertreten ist, die am meisten Angebote für suchtbelastete Kinder aufweisen können. Die Ausnahme bildet dabei Hessen, welches sich im Mittelfeld befindet. (vgl. Mielke 2016, S. 1-3)

Im Folgenden sollen alle drei spezifischen Angebotsgruppen anhand von Studien auf ihre Wirkung überprüft werden.

Nennenswert ist eine Untersuchung von Dr. Anneke Bühler aus dem Jahre 2007 in Deutschland. Daran nahmen 16 Anbieter von Präventionsprojekten (in Kindergruppen) aus freien Trägern mit Kindern zwischen 8 – 14 Jahren von suchtkranken Eltern teil. Die Daten über teilnehmende Kinder wurden durch Gruppenleiter und Eltern zu zwei Messzeitpunkten (Vortest und Nachtest) ausgewertet. Dabei erfolgte die Vortesterhebung in Absprache mit den Gruppenleitern der einzelnen Projekte zwischen September 2004 und

Dezember 2004. Die Ausführung der Nachtesterhebung erfolgte zwischen März und Juli 2005. (vgl. Bühler 2007, S. 16)

Vortesterhebung

Bei der Vortesterhebung ist aufgefallen, dass nur die Hälfte aller Kinder an Vereine und Organisationen angebunden waren. Bühler schlägt in diesem Zusammenhang vor, dass die Präventionsmaßnahmen auch darauf hinarbeiten sollten, die Kinder näher mit diesen Institutionen in Kontakt zu bringen. Zu berücksichtigen ist, dass Eltern vor Beginn der Beobachtungsphase die Schulleistungen der Kinder überwiegend positiv bewerteten. Gerade einmal 15% sahen ihren Nachwuchs als unterdurchschnittlich an. Die Tatsache, dass 80% der Kinder aussagten, dass sie gerne zur Schule gehen, bekräftigt diese Argumentation. Nach Aussagen der Eltern wurde das Thema Alkohol Zuhause mindestens zwei – bis dreimal im Monat in der Familie angesprochen. Lediglich 20% tabuisierten den Alkoholkonsum. Unter den Kindern sind 7% - 9% im Bereich der Aggression und Delinquenz, sowie im Bereich sonstiger sozialer Probleme auffällig geworden. Im Vergleich waren auffälliges Rückzugverhalten (17%) sowie die Angst- und Depressionswerte (28,9%) wesentlich höher. (vgl. Bühler 2007, S. 55-56)

„Präventionsanbieter sollten in ihren Maßnahmen demnach darauf eingestellt sein, mit verhältnismäßig vielen Kindern, die auffallend ängstlich und depressiv sind oder sich auffallend stark sozial zurückziehen, zu arbeiten.“ (Bühler 2007, S. 55-56)

Nach dem Untersuchungszeitraum:

Nach den Aussagen der Eltern kann man eine leichte Zunahme an Problembewältigungsstrategien bei den Kindern feststellen. Die Kompetenzen in verschiedenen Bereichen des Lebens haben sich ebenfalls deutlich erhöht. Nicht statistisch relevante Veränderungen gab es in den Sozialkontakten, Schulleistungen sowie den Verhaltensauffälligkeiten. Auffällig sind allerdings die Aussagen der Gruppenleiter. Konträr zu den Eltern ist ihrer Ansicht nach ein signifikanter Unterschied in Bezug auf die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder festzustellen. Die Kinder zeigten sich laut Fachpersonal nach den Angeboten weniger ängstlich und depressiv, außerdem weniger verhaltensauffällig und

wirkten insgesamt aufmerksamer. Lediglich im Punkt Aggression und Delinquenz gab es keine bemerkenswerten Unterschiede. Abschließend ist noch zu erwähnen, dass bei einer heterogenen Gruppe zwischen Mädchen und Jungen kaum Unterschiede zu verzeichnen waren. (vgl. Bühler 2007, S. 57-58)

Bühler spricht allerdings auch davon, dass aufgrund der unterschiedlichen Bandbreite der Präventionsansätze und therapeutischen Interventionen die Ergebnisqualität deutlich eingeschränkt ist.

Daraufhin fordert sie folgende Veränderungen im präventiven Hilfesystem:

- Zur genaueren Bestimmung der Bedürfnisse der Gesamtgruppe von Kindern aus suchtbelasteten Familien sollte eine repräsentative Studie durchgeführt werden.
- Die heterogenen Konzepte der Präventionsmaßnahmen sollen stärker zusammengeführt werden und deutlich auf suchtspezifische Schutz- und Risikofaktoren von Kindern aus suchtbelasteten Familien ausgerichtet werden. Die Ansätze stärker zu vereinheitlichen, würde eine gezielte Weiterentwicklung der Maßnahmen im Suchthilfesystem vereinfachen.
- Weiterhin muss es Ziel sein, denjenigen Kindern, die bei der Untersuchung aus den präventiven Maßnahmen ausgeschieden sind und damit auffälliger zu sein scheinen, eine intensivere Hilfe, beispielsweise in Form einer Verhaltenstherapie, anzubieten.
- Eine einheitlichere Verzahnung der Prävention mit Kindern aus suchtbelasteten Familien, um die Wirksamkeit anhand von Studienergebnissen deutlicher überprüfen zu können, wird ebenfalls gefordert. (vgl. Bühler 2007, S. 57-58)

Das Trampolinprogramm

Nach Klein haben präventive Maßnahmen signifikante Wirkungen auf die Entwicklung von Kindern. Er ist ebenfalls der Auffassung, dass vor allem selektive Präventionsangebote sich als besonders effektiv eignen. Im Folgenden wird sein Präventionsprogramm „Trampolin“ vorgestellt, welches sich speziell an suchtbelastete Familien richtet. Als Hauptziel will er mit dem Projekt Kinder von 8 - 13 Jahren dabei unterstützen, die Suchtproblematik

durch präventive Angebote verstehen zu lernen. Gleichzeitig versucht er zu verhindern, dass die Kinder selbst eine substanzbezogene Abhängigkeit entwickeln.

Das Programm findet seine Anwendung vor allem in ambulanten Suchtkliniken.

Ziele des Trampolin Programmes

Die Ziele haben ihre theoretische Fundierung aus der Resilienz Forschung:

- Aufklärung der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen, sowie über das Krankheitsbild „Sucht“.
- Ebenfalls wird über die Auswirkungen im Familiensystem informiert.
- Die psychische Belastung, die durch den suchtbelasteten Elternteil entsteht, soll reduziert werden.
- Dabei soll das Thema Sucht für das Kind enttabuisiert werden.

Weiterhin sollen folgende Stressbewältigungsstrategien durch die Kinder erlernt werden:

- Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern.
- Gezielte Problemlösestrategien in suchtbelasteten Familien einstudieren.
- Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens. (vgl. Klein 2013, S. 10)

Untersuchung

Eine Studie zur Evaluation von Projekt Trampolin wurde vom Februar 2010 bis September 2011 bundesweit in 27 Einrichtungen durchgeführt.

Um die Untersuchung möglichst genau durchführen zu können, wurden bei dieser Analyse ebenfalls verschiedene Messungszeiträume eingeteilt. Eine Eingangserhebung vor der eigentlichen Untersuchung wurde durchgeführt. Am Ende des Untersuchungszeitraumes gab es eine Abschlusserhebung. Zusätzlich hat Klein noch eine Katamneseerhebung 6 Monate nach Beendigung der Studie vorgesehen. Zur weiteren Überprüfung hat er im selben Zeitraum eine weitere Kontrollgruppe teilnehmen lassen, die im gleichen zeitlichen

Umfang an suchtunspezifischen, spielpädagogischen Aktivitäten teilgenommen hat. Die Auswahl der Kinder aus suchtbelasteten Familien für die Gruppen wurde dem Zufall überlassen. Als Messinstrumente wurden auch bei Klein verschiedene standardisierte Erhebungsinstrumente verwendet. Darunter wurde beispielsweise auch der Cast (Children of Alcoholics Screening Test) genutzt. Zusätzlich wurden noch Fragebögen aus der Psychologie (Stressbewältigung, Selbstwert und Selbstwirksamkeitserfahrung) verwendet. Auch die Eltern sollten anhand von Fragebögen ihren eigenen Befund beurteilen, sowie während des Prozesses die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder beschreiben.

Auswertung

Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Kinder beider Untersuchungsgruppen von den Förderprogrammen profitierten. Die Teilnehmer der suchtspezifischen Intervention zeigten einen besseren seelischen Gesundheitszustand, der sich auch sechs Monate nach der Untersuchung nicht verändert hat. Zusätzlich wiesen sie einen besseren Kenntnisstand zum elterlichen Suchtverhalten auf. Die Kontrollgruppe zeigte eine deutlich geringere Verbesserung in der psychischen Verfassung der suchtbelasteten Kinder auf, die auch nach sechs Monaten nur einen minimalen Anstieg verzeichnen konnte. Interessanterweise fiel der Wert bei der Stressregulation der suchtspezifischen Gruppe am Erhebungsende signifikant. Dieser stieg auch nach einem halben Jahr nur gering wieder an. Die Kontrollgruppe wies dagegen bei der Stressbewältigung einen leichten Anstiegswert auf, der allerdings bei der Katamneseerhebung leicht gesunken ist. Aufgrund dieses Ergebnisses kam die Sorge auf, dass durch die Erkenntnisse über die Suchtkrankheit und die damit verbundene Konfrontation mit der Realität, nach der Studie vermehrt familiäre Streitigkeiten und Diskussionen bei der suchtspezifischen Angebotsform auftreten könnten. Die suchtunspezifischen Kontrollgruppen schnitten deutlich positiver ab. Klein begründete dies mit dem Fokus der Angebotsformen auf Bewegung und Stressabbau ohne einen Einblick in die Suchtproblematik zu gewähren.

Nach ihm ist es möglicherweise tatsächlich so, dass „Trampolin“- Kinder ihre negativen Emotionen offensiver und aggressiver ausleben als die

Kontrollgruppe. Gleichzeitig bekräftigt er allerdings die Notwendigkeit der Konfrontation mit der realen Situation und verweist dabei auf die Erkenntnisse aus der Resilienz-Forschung, die belegen, dass die oft schmerzhaft Konfrontation mit der Realität die Kinder längerfristig zu einem positiveren Selbstwertgefühl gelangen lässt. (vgl. Klein 2013, S. 38-39)

Fitkids

Das Programm „Fitkids“ ist ein Organisationsentwicklungsprogramm, das von der Drogenberatungsstelle Wesel 1996 entwickelt wurde. Das Pilotprojekt startete 2011 und ist seitdem an 29 Standorten bundesweit vertreten. Es zielt darauf ab, Drogenberatungsstellen durch Fortbildungen dazu zu befähigen, auch die Kinder der suchtbelasteten Elternteile wahrzunehmen und sie in ihrer Entwicklung zu fördern. Dabei werden den Klienten gezielt Angebote vermittelt, die auch deren Kinder mit einbeziehen. Diese werden dann mehrere Jahre mit den Eltern betreut. Dabei steht auch bei diesem Projekt vor allem eine Enttabuisierung des Suchtproblems im Vordergrund. Gleichzeitig werden an einigen „Fitkids“ Standorten zusätzlich Gruppenangebote für suchtbelastete Kinder durchgeführt.

Eine Studie zur Evaluation des Fit-Kids Programmes wird aktuell im Zeitraum von Juni 2015 bis Dezember 2017 unter der Projektleitung von Prof. Dr. Lena Ansmann und Prof. Dr. Holger Pfaff durchgeführt. Im Vordergrund stehen dabei die Evaluation in folgenden Bereichen:

- Kinderorientierung
- Netzwerkorientierung Zufriedenheit/Akzeptanz der Mitarbeiter und Eltern
- Image der Beratungsstelle
- Handlungssicherheit der Mitarbeiter

Die Befragung wird durch standardisierte Fragebögen durchgeführt und soll Mitarbeiter, Leitung sowie die Klienten miteinbeziehen. (vgl. Meyer 2017)

10.2 Erreichbarkeit und rechtliche Konsequenzen

Während die Angebote der vielfältigen Träger sich als effektiv erweisen, wird nur ein geringer Teil der Gesamtbevölkerung an suchtbelasteten Kindern überhaupt gezielt gefördert.

Nach Klein müssen folgende Kriterien gegeben sein, um Kinder aus Abhängigkeitsfamilien erreichen zu können:

- 1) Das Kind muss grundsätzlich an einer Befragung interessiert sein.
- 2) Die Eltern müssen sich als Zielgruppe zu erkennen geben. Aufgrund der Vorurteile und Stigmatisierungen ist dies ein häufiges Hindernis.
- 3) Oft wird die Teilnahme der Kinder an Screening-Interviews als bedrohlich erlebt und deswegen von den Eltern von vornherein unterbunden. Einhergehend mit diesem Hindernis brauchen Kinder eine Einverständniserklärung, die in schätzungsweise 25% der Fälle nicht unterzeichnet wird.

Aufgrund dieser Hindernisse nimmt nur ein geringer Teil der alkoholabhängigen Familien gezielte Hilfe in Suchteinrichtungen in Anspruch. Diese behandelte Gruppe an Elternteilen sind oft ohne großen Aufwand für eine Beteiligung an einer Befragung zu überzeugen, da sie sich bereits in einer Klinik befinden. Sie haben auch meistens den Willen, die Familiensituation für die Kinder zu verbessern. Die Mehrheit der Population an Alkoholabhängigen ist allerdings unbehandelt und somit werden auch die Kinder nicht für Hilfemaßnahmen identifiziert. Schätzungen zufolge liegt die Zahl der Kinder unbehandelter Eltern bei über 1,3 Millionen. (vgl. Klein 2005, S. 57-59)

Dabei steht auch diesen Kindern gesetzlich ein Anspruch auf Förderung in ihrer Entwicklung zu.

Nach § 1626 ff. BGB haben die Eltern das Recht und die Pflicht, sich um das Kind zu sorgen. (vgl. NomosGesetze 2014, S. 621) Besteht Anlass zur Annahme, dass aufgrund des Verhaltens der Eltern das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes gefährdet ist, greift der staatliche Schutzauftrag bei einer Kindeswohlgefährdung ein. Ergeben sich für Fachkräfte der Jugendhilfe Anhaltspunkte für eine Gefährdung, haben diese gemäß § 8a

SGB VIII unter Hinzuziehung einer insoweit erfahrenen Fachkraft auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinzuwirken. Erscheinen diese Hilfen als nicht ausreichend, ist das Jugendamt zu informieren. Dabei sind grundsätzlich die Personensorgeberechtigten sowie das betroffene Kind einzubeziehen, soweit hierdurch dessen wirksamer Schutz nicht in Frage gestellt wird. (vgl. NomosGesetze 2014, S. 1730)

Dabei wird vom Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KGG) sichergestellt, dass im Sinne einer Kindeswohlgefährdung auch Berufsgruppen, wie Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrer und weiteres Fachpersonal bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung die Befugnis haben, das Jugendamt zu kontaktieren und in Notfällen die Daten der Familie herauszugeben. (vgl. NomosGesetze 2014, S. 1105)

Fachkräfte, die mit suchtkranken Eltern arbeiten, haben oft Schwierigkeiten eine Kindeswohlgefährdung zu erkennen, da der Kontakt mit den Kindern meistens gar nicht oder nur rege vorhanden ist. Dabei haben die Suchthilfe sowie die Jugendhilfe unterschiedliche Zugänge zum suchtkranken Klientel. Sinnvoll ist es, eine Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe zu vertiefen. (vgl. Gutknecht, S. 3)

Das Projekt Schulterchluss wurde in den Jahren 2013 und 2014 als gemeinsames Projekt der Landesstelle für Suchtfragen, des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) und der Verbände der Liga der freien Wohlfahrtspflege entwickelt und durchgeführt. Über den Zeitraum von 20 Monaten arbeiteten 500 Fachkräfte aus der Sucht und Jugendhilfe an 28 Niederlassungen auf regionaler Ebene für Kinder aus suchtbelasteten Familien gezielte Hilfestrategien heraus. Finanziell unterstützt wurde das Projekt vom Bundesministerium für Gesundheit. (vgl. Niemeier 2015, S. 2-3)

Das Hauptanliegen des Projektes war es, ein flächendeckendes Bildungsprojekt zur Verbesserung des Wissensstandes und der Handlungsvoraussetzungen im Themenbereich Kinder in suchtbelasteten Familien in Baden-Württemberg umzusetzen. Dabei wurde vor allem diskutiert mit welchen Maßnahmen man die unbehandelten suchtbelasteten Familien effizienter mit Hilfsangeboten

versorgen kann. Vor diesem Hintergrund wurden spezifische Projektziele formuliert:

Einrichtungen und Mitarbeiter aus der Jugend- und Suchthilfe sollen befähigt werden, in einem gemeinsam erarbeiteten Arbeitsprozess Kinder aus und Eltern aus suchtblasteten Familien mit Angeboten zu erreichen. Primär soll ein kollektives Verständnis über die Konfliktsituation der jeweiligen Mitglieder in den Familien hergestellt werden. Dabei handelt es sich vor allem um den Wissensaustausch zwischen beiden Hilfesystemen (Sucht- und Jugendhilfe) und einer gegenseitigen Unterstützung bei der Hilfeplanung, Koordinierung und Durchführung von Handlungsprozessen. Eine Netzwerkstruktur soll dabei je nach vorhandenen lokalen Institutionen aufgebaut oder erweitert werden. Als oberstes Ziel wurde formuliert, eine Kindeswohlgefährdung zu verhindern, gekoppelt mit dem Anspruch einer Frühintervention zur Unterstützung der betroffenen Kinder. (vgl. Niemeier 2015, S. 4)

Ergebnisse:

Die Landesstelle für Suchtgruppen hat fortlaufend das Projektgeschehen fachlich begleitet. Darüber hinaus wurde ein Projektbeirat eingesetzt, der sich vorrangig an der Evaluation beteiligt hat. Am Ende hat die Forschungsgruppe Bilanz gezogen und bewertet das Projekt als eine erfolgreiche Maßnahme. Bei einer Podiumsrunde zum Abschluss wurde deutlich, wie wichtig ein außenstehender Impuls zur Durchführung gewesen ist, die Suchthilfe und die Jugendhilfe auf einen kooperativen Handlungsweg zu bringen, um die Situation der Kinder in Suchtfamilien zu verbessern. Die verschiedenen Projektstandorte haben folgende Überlegungen für eine zukünftige Zusammenarbeit von Sucht- und Jugendhilfe aufgeführt:

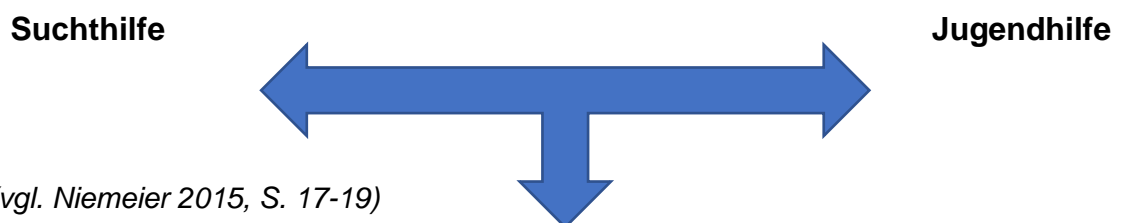


Abb.4 (vgl. Niemeier 2015, S. 17-19)

- Strukturen für einen Systematischen Austausch

- Verfahrensabläufe standardisieren
- Konzipierung eines Gruppenangebotes für Kinder und Jugendliche und sucht- und/oder psychisch kranke Eltern.
- Teilnahme der Suchthilfe an den Dienstbesprechungen des allgemeinen Sozialen Dienstes im Jugendamt mit der Ausrichtung einer zukünftigen Kooperation und einem fachlichen Austausch.
- Qualitätszirkel für „Sucht und Jugendhilfe“ mit dem Ziel der Erarbeitung von gemeinsamen Standards einzurichten.

(vgl. Niemeier 2015, S. 17-19)

Laut Klein braucht eine dauerhafte Implementierung einer verbindlichen Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe sowohl auf regionaler als auch auf bundesweiter Ebene einen „Motor“.

Er meint damit konkret, dass vor Ort verantwortliche Schlüsselpersonen identifiziert werden müssen, die für die Umsetzung von Kooperationsbeziehungen Verantwortung tragen. Dabei soll gleichzeitig ein kommunales Suchhilfenetzwerk für Kinder aus suchtbelasteten Familien geschaffen werden. Weiterhin sind diese im Suchthilfesystem besonders schwierig zu erreichen und zeigen gleichzeitig ein erhöhtes Auftreten in der Gesellschaft. Dieser Fakt sollte die Einführung eines eigenen regionalen Versorgungsnetzes für die Zielgruppe rechtfertigen. (vgl. Niemeier 2015, S.20)

Das Projekt „Schulterschluss“ hat den Unterstützungsbedarf von Kindern aus suchtbelasteten Familien damit öffentlich gemacht und an den Projektstandorten dem Thema zu fachlicher Relevanz verholfen. Das Bundesland Bayern hat sich das Projekt als Vorbild genommen und ist momentan dabei, eine ähnliche Untersuchung durchzuführen. Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat die Durchführung übernommen, die ebenfalls die Vernetzung von Jugendhilfe und Suchthilfe zum Ziel hat. (vgl. Schulterschluss 2016, S.6)

11. Fazit

Die wissenschaftliche Arbeit konnte anhand von Studien belegen, dass Alkoholkonsum betroffener Eltern für Kinder und Jugendliche in der Familie schädigende Effekte auslösen kann. Dabei sind alle Beteiligten in der Familie von der Suchtproblematik betroffen und nicht nur der abhängige Elternteil. Während der Alkoholkonsum des Betroffenen im Vordergrund steht, wird davon ausgegangen, dass schon im Vorfeld innerfamiliäre Konflikte zu einem gezielten Suchtverhalten geführt haben. Als Verdrängungsmechanismus wird der Alkohol so lange tabuisiert, bis die psychischen Ressourcen der Familienmitglieder aufgebraucht sind. Danach kommt es dann häufig zur Trennung und Scheidung in der Familie. Dabei können Kinder und Jugendliche ohne gezielte Hilfemaßnahmen einen krankhaften Entwicklungsverlauf nehmen. Psychische Krankheitsbilder, die sich entwickeln können sind allen voran Störungen aus dem emotionalen Bereich und antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Auslöser können dabei emotionale Vernachlässigungen, Misshandlungen bis hin zu sexuellen Übergriffen der Eltern auf ihre Kinder sein.

Diese sind für die Entwicklung des Kindes besonders schädigend und werden durch den erhöhten Alkoholkonsum der Eltern verstärkt. Der Umgang mit Konflikten wird oft nur durch das Trinkverhalten des betroffenen Elternteils vorgelebt. Das Kind eignet sich den Alkoholkonsum anhand des Modelllernens als einzige Problemlösestrategie an und ist damit einem hohen Transmissionsrisiko ausgesetzt. Festzustellen ist ebenfalls, dass der Alkoholkonsum die Ursache weiterer komorbider Erkrankungen der Eltern sein kann. Weiterhin haben diese einen bedeutsameren Einfluss auf das Erziehungsverhalten als die Suchtproblematik. Im Schul- und Sozialverhalten sind schlechte Leistungen oft Ursachen einer defizitären Erziehungshaltung. Dabei wird vor allem die Kommunikation innerhalb der Familie vernachlässigt, was zur Folge hat, dass die Zielgruppe erhebliche sprachliche Defizite aufweist.

Die Entwicklungsprognose des Kindes hängt ebenfalls davon ab, mit welchen Schutzmechanismen es auf die Stressfaktoren innerhalb der Familie reagiert. Aufgrund der Anpassung mittels der Übernahme verschiedener Rollen versuchen sie die Familiensituation zu bewältigen. Diese dienen allerdings dem Zweck, die Probleme zu verdrängen und manifestieren sich über längere Zeit in der Persönlichkeit bis hin zum Erwachsenenalter. Bei Aufrechterhaltung der

Rollen entwickeln sich psychische Krankheitsbilder, da sie sich schädigend auf ihr Selbstbild auswirken.

Dagegen können außerfamiliäre Schutzfaktoren den Kindern als Sicherheitsnetz dienen. Häufig reicht schon eine neutrale Bezugsperson, um dem Kind das Gefühl zu geben, seine Rolle ablegen zu können und damit die Situation besser zu verarbeiten. Außerdem gibt es Kinder, welche dazu in der Lage sind, die Suchtproblematik mithilfe von Resilienzen verarbeiten zu können, ohne sie verdrängen zu müssen. Werden vom Kind andere Problemlösestrategien erlernt, besitzt es die Möglichkeit, sich trotz der hohen Risikofaktoren innerhalb der Familie seelisch gesund zu entwickeln. Um diese inneren Widerstandskräfte zu entwickeln, werden in der Forschung verschiedene Modelle für therapeutische Interventionen angeboten. Sie werden in Form der Gruppentherapie angewendet und streben eine ganzheitliche Förderung des Kindes an. Ähnlich ist es bei aktuellen Präventionsprojekten, die darauf abzielen, die Ressourcen der Kinder zu stärken. Eine defizitorientierte Haltung wird durch einen Fokus auf positive Fertigkeiten des Kindes abgelöst und in der Forschung besteht mittlerweile der Konsens, eine Pathologisierung von Kindern aus suchtbelasteten Familien nicht zu vermeiden. Studien zeigen vor allem im Schulverhalten, dass Kinder durchaus kognitiv in der Lage sind, sich positiv zu entwickeln und die Hypothese, dass alle Kinder aus suchtbelasteten Familien unterdurchschnittlich intelligent seien, konnte ebenfalls durch Untersuchungen widerlegt werden.

In der Forschung gibt es mittlerweile anerkannte Screening-Verfahren, um Kinder aus suchtbelasteten Familien erfolgreich zu identifizieren. Diese sind sehr schlicht gehalten und werden anhand von Interviews durchgeführt. Sie haben sich als effektiv und kostengünstig erwiesen. Die meisten Befragungen werden in den Kliniken durchgeführt. Dadurch, dass die Eltern sich bereits in Behandlung befinden, ist der Zugang zu ihnen erleichtert und sie zeigen eine offenerere und vertrauensvollere Haltung gegenüber den Therapeuten in der Klinik. Die betroffene Zielgruppe unbehandelter Eltern wird allerdings nicht erreicht. Dabei sind sie eindeutig die Mehrheit in der Gesamtpopulation in Deutschland. Weiterhin werden auch die unbehandelten Kinder nicht berücksichtigt.

Während es in der Literatur viele theoretische Modelle über verschiedene Interventionen aus Therapie- und Präventionsbereichen gibt, die sich hauptsächlich auf die Resilienz Forschung stützen, ist die Umsetzung in der Praxis mit Hindernissen verbunden. Fachkräfte aus dem Suchthilfebereich sind zwar Dank dem Kinderschutzgesetz dazu in der Lage, bei einer Kindeswohlgefährdung, das Jugendamt einzuschalten und notfalls Daten herauszugeben. Der Kontakt mit den Kindern der suchtbelasteten Eltern entsteht allerdings häufig nicht und das Fachpersonal bekommt keinen Einblick in die Familienverhältnisse. Da das Suchtproblem innerhalb der Familie verschwiegen wird, bemerkt auch das Jugendamt häufig erst zu spät Missbrauchsvorgänge. Gleichzeitig weist das Versorgungssystem in Deutschland mit 200 Angeboten im Hilfesystem, im Vergleich zu den 2,65 Millionen betroffenen Kindern, eine viel zu geringe Behandlungsdichte auf. Gelingt es Therapeuten mithilfe von Befragungen, Kinder als suchtbelastet zu identifizieren, heißt dies noch nicht, dass sie zu adäquater Hilfe im Versorgungssystem gelangen. Erst wenn sich Eltern dazu bereit erklären, eine Eltern-Kind Therapie anzunehmen, kann dieser Prozess eingeleitet werden. Durch Stigmatisierungen in der Gesellschaft und die festgefahrenen Rollen innerhalb der Familie ergreifen diese allerdings selten die Initiative, sich Hilfe zu holen. Aber selbst wenn diese Familien die Motivation besäßen, ihre Kinder über Angebote fördern zu wollen, sind gezielte Hilfemaßnahmen kaum vorhanden. Besonders auffällig ist dieser Mangel an Angeboten, wenn man die Verteilung in ganz Deutschland betrachtet. Baden-Württemberg und Bayern nehmen eindeutig eine Voreiterrolle ein, da sie nicht nur die meisten Hilfsangebote aus allen drei zur Verfügung stehenden Bereichen aufweisen können, sondern sich ebenfalls als einzige Bundesländer an dem Projekt „Schulterschluss“ beteiligen, das sich eine vertiefende Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe als Ziel gesetzt hat und dessen praktische Durchführung momentan in Planung ist. Eine Unterversorgung für Kinder aus suchtbelasteten Familien zeigt sich aber in fast allen anderen Bundesländern. Dabei kann man anhand von Studien belegen, dass die Effekte der unterschiedlichen Interventionen auf suchtbelastete Kinder über einen längeren Zeitraum als durchweg positiv zu verzeichnen sind. Während allerdings die freien Träger keine einheitlichen Angebote aufweisen, ist die Evaluation dieser schwierig. Die Programme „Fitkids“ und „Trampolin“ sind noch in ihrer Anfangsphase und Untersuchungen noch nicht stichhaltig

genug, um die Wirksamkeit belegen zu können. Die bundesweite Etablierung dieser sollte allerdings gefördert werden, da sie ein Konzept aufweisen, dass sich einheitlich auf alle Standorte übertragen lässt. Dieser Orientierungsrahmen ist im Suchthilfesystem für die Zielgruppe noch nicht vorhanden, wäre aber in der Zukunft mit finanziellem Zuschuss und spezifischen Ausbildungsprogrammen für ein qualifiziertes Fachpersonal durchaus denkbar.

Selbst wenn sich diese allerdings deutschlandweit etablieren sollten, bleibt weiterhin das Problem der Erreichbarkeit. Das Projekt Schulterschluss hat gezeigt, dass das Fachpersonal sich eine engere Vernetzung von Suchthilfe und Jugendhilfe vorstellen kann. Es bleibt abzuwarten, ob dieser Zusammenschluss zu dem Ergebnis führen kann, suchbelastete Kinder besser mit Hilfemaßnahmen zu erreichen. Die Teilnahme von Fachpersonal aus der Suchthilfe an Hilfeplankonferenzen im Jugendamt kann aus eigener Erfahrung bereits bestätigt werden. Ein weiterer Weg zur Kontaktaufnahme zum Klientel sind auch die Hausbesuche, die sich mittlerweile in vielen suchspezifischen Beratungsstellen als Aufgabe etabliert haben. Gemeinsame Standards für gezielte Maßnahmen mit der Jugendhilfe sind allerdings nicht die Regel. Letztlich bleibt momentan als einzige sichere Instanz für suchbelastete Kinder die Schule. Lehrer werden allerdings nicht für das Thema suchbelastete Familien qualifiziert und sind damit trotz Kontakt zu den Eltern nicht in der Lage, diesen Kindern Unterstützung anzubieten. Ebenfalls verfügen diese nicht über das benötigte Fachwissen und eine Identifikation als Kind einer Abhängigkeitsfamilie ist oft nicht möglich. Hilfe kommt meistens erst dann, wenn der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung besteht. Es sollten keine Kosten gespart werden, vor allem Lehrer aber auch Sozialarbeiter in den Suchtberatungsstellen für das Thema Kinder aus suchbelasteten Familien zu sensibilisieren. Durch Fortbildungen würde man damit auch die breite Masse über das Problem aufmerksam machen. Selbst an den Fachhochschulen im Studiengang Soziale Arbeit wird das Thema suchbelastete Kinder in Abhängigkeitsfamilien nicht ausführlich bearbeitet. Die Lehrpläne fokussieren sich dabei auf den von der Suchtproblematik betroffenen Klienten. Wünschenswert wäre auch eine Kooperation von qualifiziertem Personal mit der Schule. Da Schulsozialarbeiter, in vielen Schulen bereits installiert sind gilt es vor allem diese auf die Thematik zu sensibilisieren, um den Lehrern mit fachlichem Wissen über die Suchtproblematik zur Seite zu stehen.

In der Gesellschaft müssten zusätzlich durch die Investition in Öffentlichkeitsarbeit aufklärerische Maßnahmen stattfinden. Alkoholabhängigkeit ist auch im familiären Kontext eine psychische Erkrankung, von der alle Familienmitglieder betroffen sind. Durch die negative Darstellung in den Medien und die Angst vor Stigmatisierungen ist die Familie aber weiterhin gezwungen, das Suchtproblem zu verschweigen. Dadurch, dass die Kinder öffentlich kaum im Fokus sind, sind Angehörige oft mit ihrer Aufmerksamkeit beim Klienten.

Ob das Versorgungssystem einen Weg finden kann, diese suchtblasteten Familien besser zu erreichen und zu versorgen, bleibt abzuwarten. Schließlich wird erst seit ein paar Jahren versucht, auch in der Praxis öffentlich den Fokus auf die Kinder der suchtblasteten Familien zu legen und nicht nur die betroffenen Elternteile zu behandeln. Dabei gibt es schon seit Jahrzehnten stichhaltige Studien, die belegen, dass diese Zielgruppe bei der therapeutischen Versorgung berücksichtigt werden sollte. Vor allem in Betracht dessen, dass die betroffenen Klienten erst aufgrund von innerfamiliären Konflikten alkoholabhängig geworden sind. Der Grundstein wurde in den letzten Jahren gelegt. Ein positiver Ausblick wäre allerdings eine bundesweite Versorgung der Zielgruppe zu schaffen, die gleichzeitig genug Förderprogramme für eine angemessene Versorgung von Kindern aus suchtblasteten Familien bereitstellen kann.

Literaturverzeichnis

- Arenz-Greiving, I. (2007). *Die vergessenen Kinder - Kinder von Suchtkranken*. Hamm: Blaukreuz-Verlag.
- Bertling, A. (1993). *Wenn die Eltern trinken: Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder*. Berlin: Bögner-Kaufmann.
- Black, C. (1988). *Mir kann das nicht passieren. Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche*. Wildberg.
- Bühler, A. (2007). *Suchtfrei ins Leben-Dokumentation der Förderprogramme zur Suchtprävention für vorbelastete Kinder und Jugendliche*. Von https://www.bwstiftung.de/uploads/tx_news/Suchtfrei_ins_Leben.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- Bundesministerium, Gesundheit und Soziale Sicherheit. (2004). *Familiengeheimnisse- Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden*. Von http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Familiengeheimnisse_031204_Drogenbeauftragte.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- Deutscher Ärzteverlag GmbH. (2017). *Kinder aus suchtblasteten Familien benötigen besondere Unterstützung*. Von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/73125/Kinder-aus-suchtblasteten-Familien-benoetigen-besondere-Unterstuetzung> (abgerufen am 01.05.2017)
- Gutknecht, S.; Mielke H. (2012). *Kinder suchtkranker Eltern* Von <http://www.bag-jugendschutz.de/PDF/Dossier-Kinder-Suchtkranker-Eltern-web.pdf> (abgerufen am 01.05.2017)
- ICD-10-GM. (2017). *ICD-10-GM*. Von <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F93.-.html?sp=SEmotionale%20St%F6rung%20mit%20Trennungsangst%20des%20Kindesalters> (abgerufen am 01.05.2017)
- ICD-10-GM. (2017). *ICD-10-GM*. Von <http://www.icd-code.de/icd/code/F10.-.html> (abgerufen am 01.05.2017)
- ICD-10-GM. (2017). *ICD-10-GM*. Von <http://www.icd-code.de/icd/code/F91.-.html> (abgerufen am 01.05.2017)
- Klein, M. (2005). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien*. Regensburg: Roderer Verlag.
- Klein, M. (2013). *Kinder aus suchtblasteten Familien stärken- Das Trampolinprogramm*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Klein, M. (2016). *Zertifizierung von durch die Prüfstelle Prävention* Von <http://www.projekt-trampolin.de/#/k-j> (abgerufen am 01.05.2017)

- Klein, M. (2014). *Kinder in suchtbelasteten Familien – Entwicklungsverläufe, Resilienzen, Hilfen*. Von http://www.addiction.de/wp-content/uploads/2014/06/Kinder-in-suchtbelasteten-Familien-%E2%80%93-Entwicklungsverl%C3%A4ufe-Resilienzen-Hilfen_M.Klein_.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- Kober, M.; Arenz-Greiving, I. *Metastudie, Arbeit mit Kindern und deren suchtsuchtkranken Eltern*. Von http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Familiengeheimnisse_031204_Drogenbeauftragte.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- Köppl, B. W. (1987). *Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern*. Freiburg.
- Lambrou, U. (1994). *Familienkrankheit: Alkoholismus*. Reinbek.
- Lindemeyer, J. (2005). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Meyer, H. (2017). *Studie zur Evaluation des Fitkids-Programms zur Kinderorientierung in Drogenberatungsstellen*. Von <http://www.imvr.de/index.php?page=fitkids> (abgerufen am 01.05.2017)
- Mielke, H. (2016). Netz mit weiten Maschen Von <http://www.nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/ein%20netz%20mit%20weiten%20maschen.pdf>
- Mortler, M. (2016). *Drogen- und Suchtbericht 2016*. Von http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/4_Presse/1_Pressemitteilungen/2016/2016_2/160928_Drogenbericht-2016_NEU_Sept.2016.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- Müller, N.-W. (1991). *Ein alkoholkranker Patient in der Familie*. Erlangen-Nürnberg.
- Niemeier, C. (2015). *Projekt Schulterchluss- Abschlussbericht der Evaluation*. Von http://www.suchtfragen.de/uploads/media/2015_Abschlussbericht_SCHULTERSCHLUS S.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- NomosGesetze. (2014). *Gesetze für die Soziale Arbeit*. Baden-Baden: Nomos
- Rennert, M. (1990). *Co-Abhängigkeit*. Freiburg: Lambertus.
- Sperlich, K. (1996). *Für mich eine große Freude*. Suchtreport- Europäische Fachzeitschrift für Suchtprobleme.
- Schulterchluss. (2016). Von http://www.schulterchluss-bayern.de/fileadmin/user_upload/SCHULTERSCHLUSS_Broschuere_PDF.pdf (abgerufen am 01.05.2017)
- Ward, Y. (1994). *Ein Fläschchen in Ehren*. Hamburg: Rasch und Röhrling.
- Zobel, M. (2017). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Abbildungsverzeichnis

Abb.1 (vgl. Zobel 2017, S.43)	14
Abb.2 (vgl. Klein 2005, S.55-57)	24
Abb.3 (vgl. Mielke 2016 S.1-3)	34-35
Abb.4 (vgl. Niemeier 2015 S. 17-19).	43

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig erstellt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Soweit ich auf fremde Materialien, Texte oder Gedankengänge zurückgegriffen habe, enthalten meine Ausführungen vollständige und eindeutige Verweise auf die Urheber und Quellen.

Alle weiteren Inhalte der vorgelegten Arbeit stammen von mir im urheberrechtlichen Sinn, soweit keine Verweise und Zitate erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ein Täuschungsversuch vorliegt, wenn die vorstehende Erklärung sich als unrichtig erweist.

Ort, Datum

Unterschrift

StudentIn

HauptreferentIn

Ich stimme der Aufnahme dieser Bachelorarbeit in die Bibliothek des Fachbereichs Gesellschaftswissenschaften und Soziale Arbeit zu.

zu
 nicht zu
(bitte ankreuzen)

zu
 nicht zu
(bitte ankreuzen)

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist
(3 Jahre) soll diese Bachelorarbeit ausleih-
bar in die Bibliothek eingestellt
werden.

Ja
 Nein
(bitte ankreuzen)

Unterschrift StudentIn

Unterschrift HauptreferentIn