

Kinder von suchtkranken Eltern : Hintergründe, Verläufe, Hilfen

Autor(en): **Klein, Michael**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **37 (2011)**

Heft 4

PDF erstellt am: **25.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800290>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Kinder von suchtkranken Eltern – Hintergründe, Verläufe, Hilfen

Die elterliche Suchtmittelabhängigkeit gilt als eine der risikoreichsten und gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern. Neben genetischen Risiken sind es besonders psychologische und soziale Variablen, die die Wahrscheinlichkeit einer Weitergabe erhöhen oder absenken. Erst in der neueren Zeit wird die Aufmerksamkeit auf die salutogenetische Entwicklung der Kinder gelegt und damit auf die Frage, welche Faktoren trotz widriger Umstände eine positive Entwicklung ermöglichen. Zentral bleibt aber, dass transgenerationale Risikomuster früh erkannt und verändert werden müssen.

Michael Klein

Prof. Dr., Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen KathO NRW,
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung DISuP,
Wörthstrasse 10, D-50668 Köln, Mikle@katho-nrw.de

In jüngster Zeit werden die Lebensbedingungen und Entwicklungsrisiken von Kindern, die mit suchtkranken Elternteilen aufwachsen, verstärkt diskutiert, nachdem das Thema zuvor deutlich tabuisiert war. Forschungsstudien – insbesondere aus den USA und den skandinavischen Ländern – hatten seit den sechziger Jahren des letzten Jahrhunderts¹ wiederholt gezeigt, dass diese Kinder schon im Kindes- und Jugendalter erhöhte Anfälligkeiten für Suchtstörungen – aber auch für Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen – aufweisen.² Die Forschung hat sich anfänglich auf Familien mit einem alkoholabhängigen Elternteil konzentriert. Später erfolgte dann eine Ausdehnung auf Mütter und Väter mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen.³ In allerjüngster Zeit schliesslich zeigt sich auch ein beginnendes Interesse für Kinder, die der Verhaltenssucht (z.B. Spielsucht, Internetsucht) eines Elternteils exponiert sind. Gemeinsamer Nenner dieser Forschungsbemühungen ist die Analyse dysfunktionaler familialer Umwelten, die das Kindeswohl und die psychische Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen können. Hierzu zählen natürlich auch Gewalt und psychische Störungen in Familien, die auch oft in Kombination mit Suchtstörungen auftreten.

Wie viele Kinder sind betroffen?

Diese scheinbar einfache Frage erweist sich in der Forschung als sehr komplex. Es sind verschiedene Formen von Betroffenheit zu unterscheiden, z.B. Alkohol- vs. Drogenprobleme der Eltern, Abhängigkeit vs. Missbrauch, zeitweise vs. dauerhafte Betroffenheit. Kinder suchtkranker Eltern werden heutzutage als die grösste Risikogruppe zur Entwicklung von Suchtstörungen angesehen.⁴ Es gibt klare Evidenz dafür, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits Vater bzw. Mutter oder beide Elternteile abhängig waren.⁵ In der internati-

onalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkoholabhängigkeit, als eine der risikoreichsten und gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern.

Die Zahl der Kinder, die im Laufe ihrer Entwicklung einer elterlichen Alkoholstörung exponiert sind, ist in den modernen Gesellschaften ausserordentlich hoch. In dem National Longitudinal Alcohol Epidemiology Sample, einer amerikanischen Langzeitstudie im Bereich Public Health, in der die Daten von 42'862 repräsentativ ausgewählten Personen im Alter von mehr als 18 Jahren verarbeitet wurden,⁶ zeigte sich, dass jedes 2,3 Kind in einer Familie aufwächst, in der ein Elternteil eine Lebenszeitdiagnose für eine Alkoholstörung aufweist. Jedes 6,6 Kind wächst in einer Familie auf, in der ein Elternteil im letzten Jahr eine alkoholbezogene Diagnose aufwies. Als konservativen Schätzwert weist die Studie aus, dass etwa jedes 4. Kind (genauer 28,6% aller Kinder) in seiner Bezugsfamilie elterlichem Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit ausgesetzt ist.⁷

In der Bundesrepublik Deutschland ist nach neueren Untersuchungen von 2,65 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren auszugehen, die von elterlicher Alkoholstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit) betroffen sind.⁸ Somit sind Kinder aus jeder siebten Familie im Sinne der Lebenszeitprävalenz von der Alkoholabhängigkeit oder dem Alkoholmissbrauch wenigstens eines Elternteils betroffen. In jeder zwanzigsten Familie betreiben beide Elternteile Alkoholmissbrauch oder sind alkoholabhängig. Die Zahl der dauerhaft betroffenen Kinder und Jugendlichen ist deutlich geringer. Bislang liegen hierfür in Deutschland keine verlässlichen Zahlen vor.

Bei den Jugendlichen und Jungerwachsenen wurde in Abhängigkeit vom Suchtstatuts der Eltern nach komorbiden Störungen geforscht: Am häufigsten waren phobische Störungen, depressive Episoden, Panikattacken, Essstörungen, Drogenmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und generalisierte Angststörungen zu finden.⁹

Suchtkranke Kinder aus suchtblasteten Familien

Mehr als 30% der Kinder aus suchtblasteten Familien werden selbst suchtkrank, meistens sehr früh in ihrem Leben.¹⁰ Bei jugendlichen Abhängigen (Alkoholabhängigkeit ab dem 14. bis zum 21. Lebensjahr) und anderen besonders beeinträchtigten Personengruppen (z.B. im Jugendstrafvollzug oder in Jugendheimen) stammen mehr als 50% aus einer Familie mit alkoholkranken Vätern und/oder Müttern.

Nun ist die Anzahl der Kinder von Suchtkranken nicht automatisch identisch mit der Anzahl der Kinder, die aktuell mit einem suchtkranken Elternteil in einem Haushalt zusammenleben oder dies jemals taten. Bei älteren Alkoholkranken mögen die Kinder bis zum Ausbruch der Störung den Haushalt bereits verlassen haben. Ausserdem kann es zu einer freiwilligen oder amtlich angeordneten Fremdplatzierung kommen. Die Zahl der Fremdplatzierungen ist bei Kindern von Alkoholabhängigen mit 13,3% deutlich geringer als bei Kindern drogenabhängiger Eltern, wo ohne Substitution Quoten von über 60%, unter Substitution von um 30% erreicht werden.

Deshalb interessiert besonders die Zahl der real mit suchtkranken Eltern zusammenlebenden Kinder und Jugendlichen. Der Anteil der suchtkranken Eltern, die mit Kindern in einem Haushalt zusammenleben, beträgt nach den Ergebnissen der Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland je nach Abhängigkeitssubstanz zwischen 13% (Cannabis) und 45% (Alkohol) bei Frauen und zwischen 7% (Cannabis) und 32% (Alkohol) bei Männern.¹¹ Sehr viel höher sind die Zahlen der Abhängigen, die jemals Kinder hatten. 75% der alkoholabhängigen Frauen, 63% der alkoholabhängigen Männer, 46% der opiatabhängigen Frauen und 30% der opiatabhängigen Männer sind wenigstens in einem Fall Mutter beziehungsweise Vater eines Kindes.

Ein besonders kritischer Punkt bezüglich der Situation der von familialen Suchtstörungen betroffenen Kinder besteht darin, dass von den alkoholabhängigen Klientinnen 11% allein mit einem Kind leben.¹² Hier dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder sehr schnell erreicht sein, wobei für die Kinder ein besonderes Risiko besteht, wenn die unvollständige Familie nicht adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt. Die aus der Entwicklungspsychopathologie bekannte Kompensation der malignen Effekte eines Elternteils («buffering»-Effekt) kann durch das Fehlen eines nicht betroffenen Elternteils nicht geschehen.

Familiale Schwierigkeiten und Risiken

Ein wesentlicher Risikofaktor für eine dysfunktionale Entwicklung ist in der Familienumwelt der Kinder suchtkranker Eltern zu sehen. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation – bestehend aus einem alkoholabhängigen Vater und einer nicht suchtkranken, aber psychisch oft stark belasteten Mutter – bringt entscheidende Veränderungen und Gefahren in der Dynamik der betroffenen Familien mit sich. Die Eltern können oft ihren Pflichten als Erzieher der Kinder nicht mehr in genügendem Masse nachkommen, da der Abhängige stark auf das Suchtmittel fixiert und oft intoxikiert ist und daher die Kinder verändert oder gar nicht mehr wahrnimmt. In der Folge treten Vernachlässigung, Verleugnung und nicht selten Misshandlung und Gewalt auf. Die Mutter braucht ihre Kräfte meist für das grundlegende Funktionieren der Familie und die Wahrung einer vermeintlich intakten Fassade nach aussen hin. All diese suchtbedingten intrafamilialen Veränderungen führen zu einer negativeren Familienatmosphäre, einer deutlich schwächeren oder stärkeren, d.h. extremeren Familienkohäsion. Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung wird durch die Frustration kindlicher Bedürfnisbefriedigungen (z.B. Bedürfnis nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit) und die mangelnde Einfühlbarkeit von psychisch beeinträchtigten Müttern und Vätern deutlich verringert. Als besondere Veränderungen in der Familienatmosphäre konnten das Vorherrschen von Instabilität, Unberechenbarkeit,

Disharmonie und Anspannung festgestellt werden.¹³ Hinzu kommen häufig auch Auffälligkeiten im Bereich emotionaler, physischer oder sexueller Gewalt.

Auch die Grenzen in der Familie ändern sich oft dramatisch: Einer schärferen, oft rigiden Abgrenzung nach aussen, zur Umwelt, entsprechen diffuse, unklare Grenzen innerhalb der Familie. Kinder übernehmen bisweilen Eltern- oder Partnerrollen, das System gerät in seiner ursprünglichen Ordnung durcheinander, im Extremfall übernehmen die Kinder Elternaufgaben (Parentifizierung).

Die Familienatmosphäre bringt es meist mit sich, dass die Kinder sich oft selbst überlassen sind und Verantwortlichkeiten übernehmen müssen, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch nicht gewachsen sind. Ausserdem werden eine mangelhafte elterliche Beaufsichtigung («parental monitoring»), weniger Eltern-Kind-Interaktionen und eine chronisch stresshafte Familienatmosphäre als wichtige Risikovariablen für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen berichtet. Von Klinikern wird oft unterstrichen, dass diese Kinder frühreifes, erwachsenes und somit altersunangemessenes Verhalten zeigen,¹⁴ indem sie in ihren Familien übermässig viel Verantwortung für zahlreiche tägliche Abläufe übernehmen.

Das Rollenfixierungsmodell als praxisnahe Erfahrung

In diesem Zusammenhang haben eine Reihe von AutorInnen Konzepte entwickelt, die die Situation der Kinder anschaulich vor Augen führen sollen. Am bekanntesten sind die so genannten Rollenmodelle, z.B. nach Wegscheider¹⁵ geworden. Nach diesen Modellen sind Kinder alkoholabhängiger Eltern gefährdet, bestimmte Rollen in fixierter und rigider Form zu lernen und auszuführen, so dass sie selbst im Erwachsenenalter noch dysfunktionales Rollenverhalten zeigen können. Zentrales Merkmal ist Rollenfixierung und mangelnde Rollenflexibilität. Zu den beschriebenen Rollen, die oft in zwanghafter Form ausgeführt werden, zählen unter anderem «Held», «Friedensstifter», «Sündenbock», «unauffälliges Kind» und «Clown».

Soziale Lage der suchtblasteten Familie

Die Suchterkrankung der Eltern geht oft mit dem sozialen Abstieg und einer Stigmatisierung der Familie einher. Davon sind die Kinder in besonderer Weise betroffen. Bei elterlicher Drogenabhängigkeit sind diese Risiken aufgrund des subkulturellen Verhaltens der Eltern besonders stark. Aber auch Kinder alkoholabhängiger und spielsüchtiger Eltern sind in dieser Hinsicht gefährdet. Hinzu kommt ein erhöhtes Risiko hinsichtlich Trennung oder Scheidung der Eltern, so dass mehr Kinder mit alleinerziehenden Eltern- oder neuen Stiefelternteilen zusammenleben. Insofern besteht die Gefahr, dass sich neben sozialen Ungleichheiten auch gesundheitliche Ungleichheiten einstellen.

Haupterfahrungen und -symptome

Am häufigsten werden bei Kindern von Suchtkranken die Symptomgruppen Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen, somatische Probleme und Misshandlungen sowie Angst und depressive Symptome gefunden.¹⁶

Zu den von Kindern selbst am häufigsten genannten Erfahrungen gehört die der Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens.¹⁷ Dies bezieht sich verstärkt auf den Alkohol trinkenden, aber auch auf den jeweils anderen (meist als co-abhängig bezeichneten) Elternteil. Versprechungen, Vorsätze, Ankündigungen usw. werden oft nicht eingehalten, aber auch inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten herrscht vor. Generell werden sehr viele Ambivalenzerfahrungen und Loyalitätskonflikte berichtet (z.B. manchmal übermässig verwöhnt und manchmal hart bestraft zu werden; den alkoholabhängigen Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen; den alkoholabhängigen Elternteil auch im Erwachsenenalter noch

kontrollieren zu müssen). In manchen Fällen wurde deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuieren, z.B. wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer blossen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, z.B. dass starke Affekt- und Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung sowie Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen sind.¹⁸ Es herrschen auch oft extreme Belastungssituationen vor.

Insgesamt kann die Lebens- und Familiensituation der Kinder dadurch charakterisiert werden, dass das Elternverhalten einer starken Volatilität unterliegt. Darunter sind abrupte, schnelle Verhaltensänderungen und extreme Schwankungen vor dem Hintergrund unterschiedlich starker Intoxikation oder beginnenden Entzugs zu verstehen. Die elterliche Volatilität bezieht sich auf Affekte, Emotionen und Verhalten, wie z.B. Harmonie – Disharmonie, Aufmerksamkeit – Gleichgültigkeit, Verlässlichkeit – Unzuverlässigkeit, Zuwendung/Liebe – Distanziertheit/Vernachlässigung.

Wie lassen sich die Risiken systematisieren?

Die internationale Forschung zu den Entwicklungsrisiken der Kinder alkoholkranker Eltern lieferte im Laufe der letzten Jahre eine Reihe von Hauptrisiken,¹⁹ die in Tabelle 1 zusammengestellt sind.

Je nach Ausprägung dieser Merkmale erhöht sich das globale Risiko einer kindlichen Verhaltensstörung und einer späteren Suchtmittelabhängigkeit bzw. schwächt sich ab. Auch können komplexe Interaktionen zwischen diesen Merkmalen auftreten. Die gezielte, positive Beeinflussung der genannten Merkmale bietet die Chance der Minderung bzw. Kompensation besonders negativer Einflussfaktoren. So kann sich z.B. der Rückzug des alkoholkranken Elternteils aus dem abendlichen Familienleben²⁰ oder die Aufrechterhaltung alkoholfreier Familienrituale,²¹ etwa anlässlich von Weihnachten, Geburtstagen oder anderen Familienfeiern, positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken.

Genderspezifische Aspekte

Obwohl grundsätzlich erhöhte Entwicklungsrisiken für alle Kinder bestehen und dies auch für die verschiedenen Familienkonstellationen (suchtkranker Vater, suchtkranke Mutter, zwei suchtkranke Elternteile) gilt, sind genderspezifische Unterschiede dennoch von hohem Interesse. In der längsschnittlichen EDSP-Studie²² zeigten sich fast durchgängig stärkere Belastungen bei mütterlicher Abhängigkeit und die stärksten Belastungen bei Alkoholdiagnosen beider Elternteile.

So zeigen Söhne alkoholbelasteter Mütter ein gut dreifach erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit, während der entsprechende Wert

für Töchter fast beim Sechzehnfachen liegt. Die Entwicklungsrisiken für Drogenabhängigkeit bei elterlichen Alkoholdiagnosen sind bei den Söhnen um das Vierfache höher als bei unbelasteten Söhnen, für die Töchter aber um das Achtfache. Die höheren relativen Risiken für die Töchter resultieren zum einen aus der geringeren Zahl suchtkranker Frauen in der Gesamtpopulation, zum anderen aber auch – wie qualitative Interviewstudien zeigen – aus der genderspezifischen Erlebnisverarbeitung. Töchtern, die insbesondere von mütterlicher Alkoholabhängigkeit betroffen sind, gelingt es schwerer, sich emotional zu distanzieren und sich von der Herkunftsfamilie abzulösen.

Risiken bezüglich Erkrankungen und Traumatisierungen

Zu den besonders relevanten Risikomerkmale auf Seiten der Eltern zählen vor allem:

- eine längere Zeit andauernde Alkoholabhängigkeit eines Elternteils
- eine häufigere und schwerwiegendere Exposition gegenüber dem intoxikierten Elternteil
- ein alleinerziehendes suchtkrankes Elternteil
- die Tatsache, dass der suchtkranke Elternteil unbehandelt bleibt, er oder sie sich weigert, in Behandlung zu gehen oder dass die Behandlung erfolglos bleibt.²³

Auf Seiten der Kinder zählen zu den Risikomerkmale:

- frühe, ebenfalls unbehandelt bleibende Verhaltensauffälligkeiten, z.B. Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, Ängste, sozialer Rückzug, extreme Schüchternheit
- unsichere Bindungen
- direkte Gewalterfahrungen (Viktimisierungen) oder häufige Zeugenschaft bei Gewalthandlungen (z.B. gegen die Mutter).

Das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil wird von den meisten Kindern als chronisch stresshafter Zustand empfunden.²⁴ Für die Familie als Ganzes besteht eine stärkere Exposition gegenüber Stressoren. Dies gilt besonders für Kinder und Jugendliche. Wenn dieser Stress dauerhaft vorherrscht und als nicht veränderbar wahrgenommen wird, ist von Duldungsstress, wenn es zu krisenhaften, bisweilen traumatischen Ereignissen kommt, von Katastrophenstress auszugehen. Diese beiden Formen familialen Stresses gelten als besonders schwerwiegend und sind oft nicht erfolgreich zu bewältigen.²⁵

Sind Kinder alkoholabhängiger Eltern kränker als andere Kinder?

Woodside et al.²⁶ untersuchten, wie viele Krankenhausaufenthalte Kinder alkoholabhängiger Eltern («children of alcoholics» COAs) im Vergleich zu Non-COAs aufwiesen, wie lange diese im Durchschnitt dauerten und welche Indikationen dabei im Vordergrund standen. Während des dreijährigen Beobachtungszeitraums wurden die Gesundheitsstatistiken von insgesamt 1,6 Millionen Versicherten berücksichtigt. Diejenigen erwachsenen Personen, die während der drei Beobachtungsjahre wegen einer alkoholismusbezogenen Diagnose stationär behandelt wurden, galten für diese Studie als alkoholabhängig. Bezüglich ihrer Kinder im Alter bis zu 19 Jahren (bei Studenten und Behinderten wurde der Altersspielraum bis 23 Jahre erweitert) wurden dann die stationären Krankenbehandlungen im gleichen Beobachtungszeitraum analysiert. Es lagen dadurch Daten für 595 COAs vor, denen eine Vergleichsgruppe von 633 Non-COAs gegenübergestellt wurde. Die Zahl der Krankenhausaufenthalte für die COAs ist um 24,3% höher als für die Non-COAs. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt um 61,7% höher. Die auf diese Behandlungen bezogenen Kosten liegen für die COAs um 36,2% höher als für die Non-COAs.

Die Auswirkungen problematischen elterlichen Trinkens auf die Kinder hängen im Allgemeinen davon ab:

- wer trinkt (Mutter, Vater oder beide)
- wer im Umfeld noch trinkt (Grosseltern, Onkel usw.)
- wann die Abhängigkeit in ihrem Leben aufgetreten ist
- wie lange schon getrunken wird
- welchen Verlauf die Abhängigkeit hat
- welchen Typus die Abhängigkeit aufweist
- welchen Schweregrad die Abhängigkeit hat
- wie alt sie waren, als die Suchterkrankung des Vaters oder der Mutter chronisch wurde
- wie lange die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt haben (quantitative Exposition)
- wie die Kinder das Suchtgeschehen miterlebt haben (qualitative Exposition)
- ob es noch weitere Störungen bei den Eltern gab (Komorbidität)
- ob es noch weitere kritische Lebenslagen gab (Trennung, Scheidung, Unfälle, Todesfälle, finanzielle Probleme)
- welche Stressoren eingewirkt haben (z.B. Missbrauch, Vernachlässigung).

Tab. 1: Globale Risiken elterlicher Alkoholstörungen für die Entwicklung von Kindern.

Von besonderem psychologischem Interesse sind die Indikationen für die stationären Krankenhausaufenthalte: Für psychische Störungen (insbesondere depressive Reaktionen) liegt die Aufnahmequote der COAs 1,5 mal höher als für Non-COAs (9,5% im Vergleich zu 6,3% aller Aufnahmegründe), für Substanzmissbrauch mehr als 2 mal so hoch (3,5% im Vergleich zu 1,5%) und für Verletzungen und Vergiftungen noch um 1,25 mal höher als für Non-COAs (19,4% im Vergleich zu 15,4%).

In einer eigenen Befragung von 251 Kindern im Alter von 11 bis 15 Jahren aus alkoholbelasteten Familien und Kontrollfamilien²⁷ ergab sich, dass 35,6% der ersten Gruppe im Vergleich zu 15,9% angaben, dass sie sich oft krank fühlen. Insofern ist davon auszugehen, dass Kinder aus suchtblasteten Familien häufiger psychisch und physisch krank sind und insbesondere ein höheres Risiko zur Entwicklung chronischer Krankheiten aufweisen.

In der längsschnittlich angelegten EDSP-Studie der TU Dresden zur Entwicklung psychischer Störungen in Familien ergeben sich deutlich erhöhte Risiken zur Entwicklung psychischer Störungen der Jugendlichen in Abhängigkeit von elterlichen Suchtstörungen.²⁸ Diese betragen für Alkoholabhängigkeit durchschnittlich das Sechsfache, für Angststörungen das Dreifache und für Drogenabhängigkeit das Fünffache.

Transgenerationale Muster

Die Ursachen für die Weitergabe von psychischen Störungen von einer Generation zur nächsten sind komplex und entsprechend dem biopsychosozialen Modell multidimensional. Neben genetischen Risiken, z.B. bezüglich der Alkoholreagibilität, die besonders bei Söhnen alkoholkranker Väter gefunden wurden, sind es besonders psychologische und soziale Variablen, die die Wahrscheinlichkeit einer Weitergabe erhöhen oder absenken.

Transgenerationale Risikomuster sollten früh erkannt und verändert werden. Dazu zählen insbesondere die dauerhafte Exposition des Kindes gegenüber Verhaltensmodellen für exzessiven Alkoholmissbrauch, erfolgreiche Konfliktlösungsmuster durch Alkoholintoxikation, dysfunktionale Wirkungserwartungen an den Alkoholkonsum, Verstärkungslernen hinsichtlich positiver, kurzfristiger Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen durch Alkohol. Auch soziale Trinknormen und -rituale, die Nicht-Teilhabe am Familienleben und an Peergruppen ohne Alkoholkonsum sind relevante Risikofaktoren. Eine besondere Bedeutung zur Veränderung transgenerationaler Muster kommt einer frühen, erfolgreichen Suchttherapie des betroffenen Elternteils unter Einschluss der Familienperspektive zu. Weitere Ansätze zur Veränderung transgenerationaler Muster sind in psychoedukativen («you have to know your risk») und in risikoreduzierenden («don't drink and educate») Ansätzen zu sehen. Diese stehen jedoch noch sehr am Anfang und es mangelt an systematischen Ergebnisevaluationen.

Resilienzen

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind.²⁹ Gemäss dem lange vorherrschenden defizit- und pathologienorientierten Forschungsparadigma war bislang bei erwachsenen Kindern aus Familien mit einem Abhängigen meist die psychopathologische und weniger die salutogenetische Entwicklung untersucht worden. Dem gängigen Störungsmodell, dass Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das einen besonderen Akzent auf Ressourcenförderung, gelingende Anpassung und positive Entwicklung trotz widriger Umstände setzt. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können.

Fallbeispiel

Kevin ist ein 13 Jahre alter Junge, dessen Vater (41) seit 8 Jahren alkoholabhängig ist. Die Ehe der Eltern ist oft von heftigen Auseinandersetzungen geprägt, die auch schon mehrfach durch physische Gewalt geprägt waren. Die 38-jährige Mutter (halbtags als Arzthelferin in einer internistischen Praxis tätig) versucht zwar, den Jungen so weit wie möglich vor den Folgen des väterlichen Trinkens und der ehelichen Konflikte abzusichern, was ihr jedoch immer weniger gelingt. So hat Kevin, der das einzige Kind der Eheleute geblieben ist, wiederholt miterlebt (meist akustisch, bisweilen auch visuell), wie der im Alkoholrausch oft jähzornige und aggressive Vater die Mutter schlug. Das Verhalten des Vaters verändert sich oft, je nachdem wie viel er getrunken hat. Kevins Mutter betont immer wieder, dass ihr Mann im nüchternen Zustand der beste Partner und Vater sei, den man sich wünschen könne. Ihm tue dann auch leid, was er getan habe. Daher könne und wolle sie ihn auch nicht verlassen. Kevin hat sich in der letzten Zeit immer mehr in sich zurückgezogen, ist schweigsamer und verschlossener geworden. Seine Mutter erlebt ihn inzwischen als nicht mehr erreichbar. Er hat seinen Eltern noch nicht berichtet, dass er immer häufiger Ängste erlebt, die sich vor allem auf seine Lehrer und ältere Mitschüler beziehen. Er traut sich nicht mehr, sich im Unterricht zu Wort zu melden und fühlt sich von seinen Mitschülern gehänselt und an den Rand gedrängt. Schon seit vielen Monaten hat er keinen der Mitschüler mehr zu sich nach Hause eingeladen, geschweige denn einen besucht. Ohne dass seine Eltern etwas davon wissen, denkt Kevin immer häufiger an Suizid und malt sich aus, wie er sich am besten umbringen könnte. Er hat auch schon entsprechende Websites und Foren im Internet besucht. Am liebsten verbringt er seine Zeit auf seinem Zimmer vor dem PC im Internet mit Spielen, die oft gewalttätige und kriegerische Inhalte aufweisen. Er träumt dann davon, dass er ein starker Held ist, der im Kampf viele Feinde besiegt und von seiner Familie gefeiert wird.

Wolin und Wolin³⁰ identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Unter Resilienz wird eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität verstanden. Es handelt sich also um Kinder, die auf der einen Seite eine hohe Toleranz für stressreiche, widrige Ökologien, und auf der anderen Seite eine gute Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Lebensbedingungen aufweisen.

Die identifizierten Resilienzen sind im Einzelnen:

- Einsicht, z.B. dass mit dem alkoholabhängigen Vater etwas nicht stimmt
- Unabhängigkeit, z.B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen
- Beziehungsfähigkeit, z.B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
- Initiative, z.B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten
- Kreativität, z.B. in Form von künstlerischem Ausdruck
- Humor, z.B. in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung
- Moral, z.B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Dies steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass das Kind versteht, dass Schmerz und Leiden in der Familie ungerecht sind und dass es in keinem Falle daran schuld ist.³¹ Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfamiliäre Isolation mit sich, die am besten durch HelferInnen ausserhalb der Familie zu überwinden ist.

Prävention und Hilfen

Neben den schon erwähnten vielfältigen Möglichkeiten für Hilfen, die insbesondere eine Stärkung der protektiven Faktoren des betroffenen Kindes verfolgen sollten, ist insbesondere die Systematik und Koordination der Hilfen von entscheidender Bedeutung.³² Dafür bieten intensive Kooperationsformen mit der



Jugendhilfe, Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, Sucht- und Erziehungsberatungsstellen, Kinderschutzdiensten, Frauenhäusern und etlichen anderen Institutionen gute und wichtige Möglichkeiten. In vielen Städten und Kreisen haben sich psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet, die für den fachlichen und persönlichen Austausch sorgen.

In der ärztlichen Weiterbildung sollte dem Thema familialer Suchtbelastungen und den möglichen Interventionsformen, wie z.B. dem Motivational Interviewing, grössere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Innerhalb der medizinischen Modelle sind insbesondere familienmedizinische Ansätze zu stärken. Erste Erfahrungen in der nachgehenden Sozialarbeit haben gezeigt, dass eine enge Kooperation im Rahmen des Case-Management Erfolg versprechende Resultate erbringen kann.

Unter präventiven Aspekten ist es nötig, Kindern von AlkoholikerInnen möglichst früh Hilfen bereitzustellen, um eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen, bzw. erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegen sich Frühinterventionen für Kinder aus suchtblasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Nach neueren Modellen ist es insbesondere Selektive Prävention, d.h. die Prävention für definierte Risikogruppen, die zu stärken ist. Diese Frühinterventionen umfassen meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die bereits vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um beide Bereiche in Präventionsplanung und effektive Frühintervention einfließen zu lassen.

Auch die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen.³³ Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (in der Regel der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Massnahme – wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten.

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Massnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen. ●

Literatur

- Bennett, L.A./Wolin, S.J. (1994): Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe. S. 15-44 in: C. Appel (Hrsg.), Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung. Freiburg: Lambertus.
- Cork, M.R. (1969): The forgotten children: A study of children with alcoholic parents. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Cotton, N.S. (1979): The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 40: 89-116.
- Drake, R.E./Vaillant, G.E. (1988): Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. *British Journal of Addiction* 83: 799-807.
- Dube, S.R./Anda, R.F./Felitti, V.J./Croft, J.B./Edwards, V.J./Giles, W.H. (2001): Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect* 25: 1627-1640.
- Englert, E./Ziegler, M. (2001): Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick. *Suchttherapie* 2: 143-151.
- Grant, B.F. (2000): Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American Journal of Public Health* 90: 112-115.
- Klein, M. (2005a): Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Regensburg: Roderer. Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung Bd. 1.
- Klein, M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2: 118-124.

- Klein, M. (2005b): Hilfen für Kinder aus alkoholabhängigen Familien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 37: 713-720.
- Lachner, G./Wittchen, H. U. (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit S. 43-89 in: H. Watzl/B. Rockstroh (Hrsg.), Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen: Hogrefe.
- Nylander, I. (1960): Children of alcoholic fathers. *Acta Paediatrica Scandinavica* 49 Supplement 121.
- Robinson, B.E./Rhoden, J. L. (1998): Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook. 2nd Edition. Thousand Oaks: Sage.
- Schneewind, K.A. (1991): Familienpsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seilhammer, R.A./Jacob, T./Dunn, N.J. (1993): The impact of alcohol consumption on parent-child relationships in families of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 54: 189-198.
- Simon, R./Palazzetti, M. (1999): Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 1998. Sucht 45 Sonderheft 1.
- Velleman, R./Orford, J. (1999): Risk and resilience. Adults who were the children of problem drinkers. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1981. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Werner, E.E. (1986): Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol* 47: 34-40.
- Windle, M./Searles, J.S. (Eds.) (1990): Children of alcoholics: Critical perspectives. New York: Guilford Press.
- Woitz, J.G. (1990): Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken. München: Kösel.
- Wolin, S./Wolin, S. (1995): Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 42: 415-429.
- Woodside, M./Coughy, H./Cohen, R. (1993): Medical costs of children of alcoholics – pay now or pay later. *Journal of Substance Abuse* 5: 281-287.
- Zobel, M. (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe. Klinische Kinderpsychologie Bd. 2.

Endnoten

- 1 Vgl. Nylander 1960; Cork 1969.
- 2 Vgl. Windle et al. 1990; Velleman et al. 1999; Englert et al. 2001; Dube et al. 2001.
- 3 Vgl. Englert et al. 2001; Dube et al. 2001.
- 4 Vgl. Klein 2005a; Zobel 2000.
- 5 Vgl. Windle et al. 1990; Velleman et al. 1999; Englert et al. 2001; Dube et al. 2001.
- 6 Vgl. Grant 2000.
- 7 Ebd.
- 8 Vgl. Klein 2001.
- 9 Vgl. Lachner et al. 1997.
- 10 Vgl. Klein 2001; Cotton 1979; Drake et al. 1988.
- 11 Vgl. Simon et al. 1999.
- 12 Ebd.
- 13 Vgl. Klein 2005a.
- 14 Vgl. Woitz 1990; Wegscheider 1988.
- 15 Vgl. Wegscheider 1988.
- 16 Vgl. Cork 1969; Klein 2005a.
- 17 Vgl. Klein 2005a; Zobel 2000.
- 18 Vgl. Wegscheider 1988.
- 19 Vgl. Windle et al. 1990; Zobel 2000; Lachner et al. 1997; Cotton 1979.
- 20 Vgl. Seilhammer et al. 1993.
- 21 Vgl. Bennett et al. 1994.
- 22 Vgl. Lachner et al. 1997.
- 23 Vgl. Klein 2005a; Zobel 2000.
- 24 Vgl. Dube et al. 2001; Zobel 2000; Klein 2001.
- 25 Vgl. Schneewind 1991.
- 26 Vgl. Woodside et al. 1993.
- 27 Vgl. Klein 2005a.
- 28 Vgl. Lachner et al. 1997.
- 29 Vgl. Velleman et al. 1999; Klein 2005a; Zobel 2000; Werner 1986.
- 30 Vgl. Wolin et al. 1995.
- 31 Vgl. Robinson et al. 1998.
- 32 Vgl. Klein 2005b.
- 33 Vgl. Robinson et al. 1998; Klein 2005b.