



**PRÄKOM**

## Kindern in suchtbelasteten Familien Halt geben

## **Elterliche Suchtkrankheit als chronischer Stressfaktor für Kinder**

### Suchterkrankung als Familiengeheimnis: „Darüber spricht man nicht!“

Im Unterschied zu Kindern, die im Umfeld von Eltern mit chronischen körperlichen Erkrankungen leben, ist die Suchterkrankung eines Elternteils meist ein „**Tabu**“ bzw. **Geheimnis**, sowohl vor dem Kind als auch im Sinne eines Sprechverbots gegenüber der Außenwelt. Fehlende Informationen über die elterliche Erkrankung und das Tabu, darüber zu sprechen, **verhindern** dabei die **Bewältigung** der familiären Situation für das Kind. Das Kind weiß nicht, was los ist, obwohl es ganz genau spürt, dass „etwas nicht stimmt“.

### Dauer der Erkrankung

Basierend auf den diagnostischen Kriterien (ICD-10) sind **Suchterkrankungen** durch eine gewisse **Tendenz zur Chronifizierung** gekennzeichnet, z.B. müssen die Symptome über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben, damit die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gestellt werden darf. Darüber hinaus ist bekannt, dass es oftmals viele Jahre dauert, bis ein betroffener Elternteil für sich ein Problem im Umgang mit dem Suchtmittel erkennt und sein Verhalten als Krankheit begreift.

### Unberechenbarkeit und Instabilität von Beziehungen

Gute Vorhersehbarkeit von Verhalten und Situationen gibt Kindern einen Orientierungsrahmen und das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Angespanntheit und Alarmzustände sind dann meist nicht notwendig. Symptome einer Suchterkrankung der Eltern können dabei genau diese Vorhersehbarkeit gefährden. **Unberechenbare Verhaltensänderung, unvorhersehbare Ereignisse** oder **Krisensituationen** sind meist die Ursache für das Gefühl von (existenzieller) Unsicherheit.

### Schwere und Intensität der Erkrankung

**Je länger** die Abhängigkeit andauert, **je häufiger** und **je schwerwiegender** die Exposition des Kindes gegenüber dem suchtkranken Elternteil ist und je länger der kranke Elternteil **unbehandelt** bleibt, **desto höher** sind die **negativen Auswirkungen** auf das Kind.

Kinder einer **suchtkranken Mutter** sind in der Regel stärker von Folgen der Erkrankung betroffen als Kinder suchtkranker Väter, da in einer eher von Frauen dominierten Familienwelt der suchtbedingte „Ausfall“ der Mutter oftmals mit **einschneidenden Folgen für die Kinder** verbunden ist. Der Verlust bzw. das Herausgerissen-werden aus familiären Beziehungen ist weit häufiger möglich (Ehrenfried, Heinzelmann, Kähni und Mayer, 1998).

Sind beide Eltern suchtkrank, bringt dies eine besonders hohe Gefährdung des Kindes mit sich.

### Alter des Kindes

**Je jünger** das Kind ist, **desto höher** sind die **negativen Auswirkungen**. Gründe hierfür liegen darin, dass dem jungen Kind meist keine anderen (sozialen) Unterstützungssysteme zugänglich sind und die Einwirkung von **Dauerstress** das noch im Wachstum befindliche Gehirn und dessen Entwicklung negativ beeinflussen kann (Becker-Stoll & Textor, 2007).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die **Suchterkrankung** von mindestens einem Elternteil immer als ein **potentieller Belastungsfaktor** gesehen werden muss, der alle anderen Familienmitglieder, vor allem junge, beeinflusst. Aus den oben genannten Gründen sind Kinder somit verstärkt der Gefahr ausgesetzt, dass ihre Bewältigungsstrategien nicht ausreichen. Die praktische Arbeit mit Eltern zeigt, dass sowohl der betroffene als auch der nicht betroffene Elternteil nicht immer erkennen, dass die Entwicklung ihrer Kinder gefährdet sein könnte (Quinten, 2001).

Die meisten **Eltern gehen** aufgrund eigener Scham- und Schuldgefühle sowie erheblicher Verleugnungstendenzen zumeist **davon aus**, dass

- ihre **Kinder** von der **Suchtentwicklung** nichts mitbekommen und
- **Veränderungen** im familiären System **nicht wahrnehmen**.

Typisch für das Leben in einer suchtbelasteten Familie ist das massive **Verleugnen** und **Verharmlosen** der Probleme, die Schuld für Schwierigkeiten wird bei anderen gesucht. Black (1988) charakterisierte folgende **Familienregeln** (zitiert nach Bundesverbände der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, 2007):

### **Rede nicht!**

Unausgesprochen, aber durch elterliche Reaktionen, Gesten, Blicke vermittelt, lernt das Kind, dass über die Suchtkrankheit und die damit einhergehenden familiären Probleme nicht geredet wird, weder innerhalb der Familie, noch nach Außen.

### **Fühle nicht!**

Durch das permanente Leugnen der Gefühle bzw. dem Nicht-Vertrauen-Dürfen auf die eigenen Gefühle wird der Zugang zum emotionalen Erleben verlernt, wodurch auch angenehme Gefühle nicht mehr wahrzunehmen sind oder fremd werden.

Das Leugnen der Gefühle vermeidet Schmerzen und bürdet den Eltern nicht noch das eigene Leid auf.

### **Traue nicht!**

In einem Alltag, in dem es typisch ist, dass Versprechen nicht eingehalten werden, die Stimmung der Eltern als unzuverlässig und ständig schwankend erlebt wird, lernen Kinder, nur sich selbst zu vertrauen.

Diese **Familienregeln** können so **verinnerlicht** werden, dass sie als **persönliche Leitlinien** dienen, auf denen sich das eigene Verhalten aufbaut.

## **Wie reagieren Kinder auf eine elterliche Suchterkrankung?**

Symptome von Kindern im Lebenszusammenhang langfristiger psychischer Erkrankungen sind den Symptomen von Kindern in suchtblasteten Familien sehr ähnlich. Beiden gemeinsam ist, dass die kindlichen Symptome in der Regel unspezifisch sind. Diese **unspezifischen Reaktionen** sind auch ein Grund dafür, dass der Leidensdruck des Kindes oft nicht erkannt wird. Kinder können mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien reagieren – diese Reaktionen sind aber in hohem Maße vom Alter, Geschlecht und Temperament abhängig.

### **Die Rolle als Überlebensstrategie**

Jedes einzelne Familienmitglied versucht, sich auf die jeweils eigene Art und Weise an den familiären Dauerstress anzupassen. Auch Kinder nehmen häufig, **um mit** den Umständen und **Schwierigkeiten**, die im Zusammenleben mit einem suchtkranken Elternteil entstehen, **umgehen zu können**, auffällige **Verhaltensrollen** ein. Dabei sind eine starke Fixierung auf die Rolle und eine mangelnde Flexibilität auffallend, d.h. Kinder neigen dazu, die erlernten Verhaltensmuster in Beziehung zu anderen Menschen und in Beziehung zu sich selbst sehr starr zu leben.

Die am meisten verbreitete Beschreibung der **Dynamik in Suchtfamilien** in Form eines Rollenmodells stammt von Sharon Wegscheider (1988). Unter Rolle versteht Wegscheider die Gesamtheit an unbewussten elterlichen Erwartungen, Forderungen und Botschaften an das Kind, wie z.B. „Tröste mich“, „Mach du uns nicht auch noch Kummer“ und die kindlichen Reaktionen darauf. Kinder passen sich an die oftmals unausgesprochenen elterlichen Erwartungen und Wünsche an und bilden spezifische Verhaltensmuster (Rollen) aus. Obwohl sich die Rollen nachteilig auswirken können, wenn sie sehr starr gelebt werden, erwerben Kinder dadurch aber auch spezielle Fähigkeiten.

Wegscheider beschreibt **vier typische Rollen**, die jedoch in der Praxis nicht stereotyp sondern häufig als Mischform auftreten (Ehrenfried et al., 1998).

**Das Heldenkind** versucht, durch Engagement und Aktivität den suchtkranken Elternteil zu entlasten und das Bild einer intakten Familie nach außen hin aufrecht zu halten. Diese Kinder übernehmen frühzeitig elterliche Aufgaben, die diese nicht mehr (vollständig) wahrnehmen können. Sie sind übermäßig leistungsorientiert und überverantwortlich, brauchen viel Zustimmung und Anerkennung von anderen und genügen sich niemals selbst. Aspekte wie Kind-Sein, Spaß haben, unbeschwert sein und sich entspannen haben wenig Platz im kindlichen Alltag. Durch ihre Rolle bekommen sie sehr viel positive Aufmerksamkeit innerhalb und außerhalb der Familie.

**Das schwarze Schaf** neigt zu unübersehbarem, ausagierendem Verhalten und negativer Auflehnung. Das soziale Umfeld reagiert meist mit negativer Aufmerksamkeit darauf. Diese Kinder stehen mit ihrem Verhalten im Zentrum und lenken vom suchtkranken Elternteil und den Problemen in der Familie ab. Dennoch besteht hierbei im Vergleich zu den anderen Rollenmustern noch am ehesten die Möglichkeit, dass das Suchtgeheimnis durch die Probleme des Kindes und eine dadurch notwendig gewordene Behandlung des Kindes aufgedeckt wird. Nach außen wirkt das schwarze Schaf abweisend und abwehrend, die innere Gefühlswelt ist bestimmt durch große Angst, zurückgewiesen und verlassen zu werden.

**Das stille Kind** zieht sich in seine eigene Welt zurück. Es ist unauffällig und eckt nicht an. Oft werden diese Kinder vom sozialen Umfeld nicht wahrgenommen und geraten in Vergessenheit. Für die Familie bedeutet das stille Kind oft Erleichterung, sich wenigstens um dieses Kind nicht kümmern zu müssen. Die Kinder entkommen so jeglicher Aufmerksamkeit und haben ihre Ruhe. Stille Kinder sind häufig EinzelgängerInnen und TagträumerInnen, sie belohnen sich häufig allein, z.B. mit Essen. Gefühle zu empfinden oder zu zeigen erlauben sie sich nicht, in schwierigen Situationen geben sie sich von vorneherein geschlagen.

**Das Maskottchen** fällt zunächst durch extravertiertes, humorvolles, bisweilen auch charmantes Verhalten auf. Dies bringt große Aufmerksamkeit des sozialen Umfeldes mit sich, innerhalb der Familie bewirkt das scheinbar unbeschwerte Verhalten häufig einen Spannungsabbau. Dies ist aber meist nicht von Dauer, sondern schlägt in negative Aufmerksamkeit um. Die Kinder sind in vielen Situationen besonders unterhaltsam und tun alles, um Lachen oder Aufmerksamkeit hervorzurufen. Im schulischen Kontext fallen sie häufig durch eine sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne und Lernprobleme auf.

Diese **Rollenmuster** finden sich **auch** bei Kindern aus nicht suchtblasteten, aber **in** anderer Hinsicht **dysfunktionalen Familien** (Ehrenfried et al., 1998). Sie **können Hinweise** auf ein mögliches Suchtproblem in der Familie **sein**, müssen aber nicht!

Risiko oder Chance?

In der wissenschaftlichen Forschung rund um das Thema Sucht und Familie lassen sich zwei wesentliche Richtungen unterscheiden. Die **Risikoforschung** versucht herauszufinden, inwiefern sich Kinder suchtkranker Eltern von denen nicht-suchtkranker Eltern unterscheiden. Die **Resilienzforschung** hingegen betrachtet näher, warum manche Kindern suchtkranker Eltern trotz hoher Belastungen und hohem Risiko gesund bleiben oder sich relativ schnell von Krisen erholen, während andere besonders anfällig sind (zitiert nach Gruber, 2010).

### ***Wesentliche Ergebnisse aus der Risikoforschung***

Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sind in der Regel anderen familiären Bedingungen ausgesetzt als Gleichaltrige ohne trinkende Eltern. Insbesondere eine oft **aversive Familienatmosphäre** verbunden mit **mangelnder Förderung** und **Zuneigung** seitens der Eltern behindern Kinder in ihren Entwicklungsmöglichkeiten und stellen sie vor Aufgaben, mit denen sie oft überfordert sind. Dazu treten deutlich häufiger Erfahrungen von **Ehestreitigkeiten** sowie **Trennungen** der Eltern, die oft **Umzüge** und **Schulwechsel** nach sich ziehen. Die Kinder wachsen öfter in unvollständigen Familien oder zusammen mit neuen LebenspartnerInnen auf (Zobel, 2006).

Kinder alkoholkranker Eltern haben eine **erhöhtes Risiko für** die Entwicklung einer **Alkoholabhängigkeit** (Puhm, Gruber, Uhl, Grimm, Springer und Springer, 2008), beginnen mit höherer Wahrscheinlichkeit früher als andere Kinder, Alkohol zu konsumieren, machen früher erste Betrunkenheitserfahrungen und betreiben mehr „binge drinking“ (Rauschtrinken, Klein, 2009). Das erhöhte Suchtrisiko von Kindern aus alkoholbelasteten Familien wird auch durch den Umstand deutlich, dass ca. 30-40% der Alkoholkranken, die sich in Behandlung begeben, aus Familien mit einem alkoholkranken Elternteil stammen (Puhm et al., 2008).

Mehr als **ein Drittel** der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst **suchtkrank**, im Vergleich heißt dies, dass sie ein **sechsfach höheres Risiko** aufweisen als nicht betroffene Kinder, Alkohol zu missbrauchen oder abhängig zu werden. Außerdem haben sie ein höheres Risiko andere psychische Erkrankungen, vor allem **Depressionen, Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen**, sowie somatische und psychosomatische Probleme zu entwickeln (Klein, 2008). Hinzu kommen nach Zobel (2006) vor allem Auffälligkeiten im schulischen Kontext (mangelnde Leistung, unangemessenes Verhalten) sowie Störungen des Sozialverhaltens.

### ***Wesentliche Ergebnisse aus der Resilienzforschung***

Mit dem israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky, der 1970 das Konzept der Salutogenese (Gesundheitsentstehung) prägte, begann das wachsende Interesse an den **positiven Entwicklungen** von Kindern **trotz belastender Lebensumstände**. Jüngere Forschungsergebnisse zeigen, dass ca. **ein Drittel** der Kinder suchtkranker Eltern völlig oder weitgehend **psychisch gesund** bleiben (Klein, 2008). Dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird das Resilienzmodell gegenübergestellt, das Raum für positive Entwicklungen lässt. Die **stressreiche Lebenssituation** wird dabei **als** eine spezifische **Herausforderung** begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können.

Wustmann (2004) definiert Resilienz als „die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und sozialen Entwicklungsrisiken“. Resilienz bezieht sich demnach nicht nur auf die reine Abwesenheit psychischer Störungen sondern schließt den Erwerb bzw. Erhalt altersangemessener Fähigkeiten und Kompetenzen mit ein. Wolin und Wolin (1995) identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt **sieben Resilienzen**, die vor den Folgen der krank machenden Familienumwelt schützen können (zitiert nach Zobel, 2001):

- 1) **Beziehungsfähigkeit:** Die Fähigkeit zum Aufbau von stabilen Beziehungen außerhalb der Familie und die Bindung zu psychisch gesunden Menschen ist für Kinder einer der wichtigsten Grundpfeiler für eine gesunde Entwicklung.
- 2) **Einsicht:** Bestätigung des Kindes in seiner Wahrnehmung der familiären Verhältnisse verbunden mit einer altersangemessenen Aufklärung über die Suchterkrankung und deren Auswirkungen auf das Verhalten des kranken Elternteils.
- 3) **Unabhängigkeit** von den Stimmungen der Familie: Aufbau einer inneren und äußeren Distanz zur Herkunftsfamilie. Dies kann durch positive Erfahrungen außerhalb der Familie gefördert werden, wie Unternehmungen mit Freunden, Nachbarn, Wochenendausflüge, Spielnachmittage, sportliche Aktivitäten, etc.

- 4) **Eigeninitiative:** Das Kind ermutigen, ihm Zutrauen zu weiteren (sozialen, sportlichen) Aktivitäten geben, Ansporn und Lob sowie Rückmeldungen, dass seine Art zu handeln, zu denken und zu fühlen in Ordnung ist.
- 5) **Kreativität:** Durch künstlerisches Gestalten und das freie Spiel kann das Kind einen Zugang zu seiner Erfahrungswelt und Befindlichkeit bekommen. Kreatives Spielen lenkt vom Alltag ab und gibt die Möglichkeit etwas Neues zu schaffen oder auszuprobieren.
- 6) **Humor:** Die Unbeschwertheit ist etwas, das viele Kinder in suchtblasteten Familien erst wieder erlernen müssen. Aufgrund der ständig angespannten Atmosphäre ist Kindern oftmals die natürliche Fähigkeit unbeschwert zu sein, abhanden gekommen. Humor kann einen gewissen emotionalen Abstand von den Erlebnissen in der Familie fördern und hat darüber hinaus eine wichtige psychohygienische Wirkung.
- 7) **Moral:** Ein nachvollziehbarer Rahmen, klare Regeln und Rituale geben Kindern einen Maßstab für angemessenes und unangemessenes Verhalten.

Kagan (1984, zitiert nach Zobel, 2001) fasst die **Merkmale resilienter Kinder**, die sich trotz hohem Risiko-Status positiv und gesund entwickeln folgendermaßen zusammen:

- Sie nutzen ihre Talente effektiv, zeigen Kreativität und Initiative
- Sie haben ein spezielles Hobby, das sie zusammen mit FreundInnen ausüben
- Sie haben mindestens eine nahe Freundin/einen nahen Freund und können in Krisenzeiten auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen
- Sie begreifen ihre schwierigen Lebensumstände als Herausforderung
- Sie erkennen, dass sie nicht Schuld haben an den Belastungen sondern die Sucht oder andere Lebensumstände
- Sie verfügen über Humor zur Selbstdistanzierung und Erleichterung und ein eigenständiges Wertesystem
- Sie gestalten sich die Schule als einen Bereich, in dem sie sich akzeptiert und wohl fühlen

Nach dem Verständnis von Pretis können **Resilienzprozesse** innerhalb des Kindes und in der Familie auf zwei Arten **gefördert** werden:

1. durch das Stärken der allgemeinen Resilienzfaktoren im Kind, der Familie oder dem Umfeld (zum Beispiel durch das Vorhandensein einer gesunden Bezugsperson, durch die Förderung von Entwicklung, die Stärkung von Selbstwirksamkeit, sozialer Kompetenz, Kommunikation mit Gleichaltrigen etc.).
2. durch das Stärken der spezifischen Resilienzprozesse der Zielgruppe Kinder im Umfeld von psychisch verletzlichen Eltern. Dies bedeutet im Kontext von Suchterkrank-



kungen dem Kind Information über die Erkrankung des Elternteils zur Verfügung zu stellen, umfasst aber auch die Vermittlung spezieller Bewältigungsstrategien für den Krisenfall oder das Ermöglichen von Aktivitäten mit gesunden Erwachsenen etc.

**Fachkräfte** können dem Kind einerseits eine stabile Bezugsperson für den Zeitraum der Betreuung sein, andererseits können sie vor allem die Stärkung **allgemeiner Resilienzfaktoren** im Kind positiv beeinflussen!

### **Allgemeine Resilienzfaktoren**

- **Selbstwertgefühl**

Selbstwertgefühl bedeutet, a) dass wir eine positive Einstellung haben, b) dass wir uns selbst für wertvoll halten, c) dass wir überzeugt von unseren Fähigkeiten sind und d) dass wir uns selbst als kompetent, selbstbestimmt und fähig wahrnehmen das zu tun, was wir wollen.

Das Selbstwertgefühl wird gestärkt durch positives Feedback und durch Situationen, in denen das Kind imstande ist, altersentsprechende und entwicklungsadäquate Aufgaben auszuführen.

Selbstwertförderung zielt somit vor allem darauf ab, dass sich Kinder als „Handelnde“ erleben und somit in weiterer Folge immer stärker die Erwartung entwickeln können, dass ihre Handlungen zu gewünschten Effekten führen (Selbstwirksamkeit).

Die Selbstwirksamkeit kann bei Kindern im Kontext einer familiären Suchterkrankung vermindert sein, gerade dann, wenn das elterliche Verhalten aufgrund des Suchtmittelkonsums für das Kind wenig vorhersagbar und wechselhaft ist.

- **Fähigkeit zur Selbsthilfe**

Kinder, die über die Fähigkeit zur Selbsthilfe verfügen, können ihre Bedürfnisse ausdrücken, sich eigenständig Hilfe organisieren und erfolgreich Hilfe in Anspruch nehmen.

Im Besonderen im Kontext von Kindern suchtkranker Eltern muss darauf hingewiesen werden, dass der Begriff der Selbsthilfe nicht mit der Übernahme von nicht-altersgemäßer Verantwortung verwechselt werden darf. Wie bereits Wegscheider (1988) in der Beschreibung typischer Rollenmuster festhält, kann es dazu kommen, dass Kinder Aufgaben der Eltern übernehmen, zur Stütze ihrer Eltern oder jüngerer Geschwister werden oder sich für die Organisation des täglichen Lebens (z.B. Essen kochen) verantwortlich fühlen. Diese Rollenumkehr („Parentifizierung“) muss ganz klar vom Konzept der Selbsthilfe abgegrenzt werden, selbst wenn die Kinder keine Probleme zu haben scheinen, diese Aufgaben auszuführen.

Selbsthilfe bezieht sich im Kontext suchtkranker Eltern z.B. auf die Frage: „Was kann ich tun, wenn sich Mama/Papa nicht wohl fühlen, um Freude zu erfahren oder Freunde zu treffen?“

(Beispielsweise zur Nachbarin gehen) oder auch „Was kann ich im Krisenfall tun?“, „Zu wem kann ich gehen, wenn ich nicht abgeholt werde, wer kann angerufen werden?“

- Optimismus/Freude/ positive Zukunftsorientierung

Optimismus ist eine Sicht des Lebens, die beinhaltet, dass man die Welt als einen positiven Ort einschätzt. Freudige Interaktion mit anderen, Gefühle der Sicherheit, Geborgenheit und des Optimismus werden als Faktoren beschrieben, die zur psychischen Gesundheit eines Kindes beitragen.

Auch wenn pädagogische Fachkräfte möglicherweise nur einige Stunden in der Woche mit dem Kind verbringen, profitieren die Kinder von diesem Kontakt und berichten (rückblickend), dass diese „Inseln“ des fröhlichen Spielens oder der angstlosen Interaktionen als unterstützend empfunden wurden (Werner und Smith, 1982 zitiert nach Wustmann, 2004).

Daher sind Situationen, die von Freude und Optimismus geprägt sind, in denen beispielsweise zusammen mit einem Elternteil, oder anderen Kindern gelacht wird, signifikante Unterstützungsfaktoren. Im Besonderen im Hinblick auf die Deeskalation einer scheinbar ausweglosen Situation können fröhliche Spiele und Interaktionen oftmals die Basis für neue unterstützende Interaktionen und für die Bildung von Vertrauen schaffen.

- Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz

In Kombination mit Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle beschreibt Durchhaltevermögen die Fähigkeit eines Individuums, die Ziele zu erreichen, die es sich selbst gesteckt hat. Aber auch das Aufschieben von Belohnung und das Durchhalten von Spannungsbögen ist ein weiterer Aspekt des Durchhaltevermögens (Pretis und Dimova, 2010). Aufgrund der schwierigen Vorhersehbarkeit von Situationen, zu wenig altersentsprechende Anregungen und/oder Feedback über ihr Verhalten, sind diese Fähigkeiten bei Kindern suchtkranker Eltern oftmals beeinträchtigt. Meist erleben die Kinder auch bei ihren Eltern verringertes Durchhaltevermögen mit der Tendenz, schnell aufzugeben.

Um das Durchhaltevermögen zu stärken, kann man das Kind immer wieder motivieren, sich etwas mehr anzustrengen, nicht aufzugeben oder eine alternative Strategie zur Zielerreichung zu erproben. Die Stärkung des Durchhaltevermögens bedeutet allerdings nicht, dass sich das Kind mehr anstrengen soll, den suchtkranken Elternteil zu „retten“.

- Soziale Kompetenz

Sozialkompetenz umfasst Kompetenzen und Fähigkeiten betreffend menschlicher Interaktionen, z.B. Menschenkenntnis, Empathie und das gesamte Repertoire kommunikativen Verhaltens.

Soziale Kompetenz ist u.a. förderbar durch das Benennen und Ausdrücken eigener Gefühle, Austauschprozesse des Gebens und Nehmens, erhöhte Selbstwahrnehmung und Konfliktlösungs- bzw. Rollenspiele (Pretis und Dimova, 2010).

In Bezug auf Kinder im Umfeld von elterlichen Suchterkrankungen scheint jede Form von Kontakt zu einem gesunden Gegenüber wichtig zu sein – im Besonderen, um das Risiko der sozialen Isolation zu minimieren, alternative Erfahrungen zu ermöglichen und weitere Rollenmodelle kennen zu lernen.

### **Spezifische Resilienzfaktoren**

Homeier und Schrappe (2009) beleuchten in ihrem „Kinderfachbuch“ über Kinder suchtkranker Eltern den Aspekt spezifischer Resilienzfaktoren im Kontext einer elterlichen Suchterkrankung näher und greifen sieben **spezifische Resilienz Aspekte** näher heraus, die Kinder brauchen:

#### ▪ Eltern

Kinder profitieren am meisten davon, wenn sich der **Elternteil** seiner Sucht und den dahinter liegenden Problemen stellt, sein **Suchtmuster überwindet** und dauerhaft den Konsum einschränkt bzw. beendet.

So wie alle Kinder brauchen Kinder aus suchtbelasteten Familien Eltern, die sich um ihre Bedürfnisse kümmern, dazu gehören neben Wärme, Zuneigung und Familienritualen auch Grenzen, Regeln und Struktur (Gruber, 2010). Generell ist es die Aufgabe der Eltern, wieder Verantwortung für sich und ihre Familie zu übernehmen. Dann wird es auch nicht mehr notwendig sein, dass Kinder Partnerersatz sind oder sich der elterlichen Probleme annehmen, sondern sie können wieder „Kind“ sein.

#### ▪ Aufklärung

Aufklärung spielt bei der Unterstützung der betroffenen Kinder und Jugendlichen eine zentrale Rolle. Lenz (2005) betont, dass es wichtig ist, an das bereits vorhandene Wissen und die Bedürfnisse der Kinder anzuknüpfen. Dennoch gibt es einige Anhaltspunkte, die sich als **wichtige Botschaften** im Gespräch mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien erwiesen haben:

- Alkoholismus ist eine psychische Krankheit!
- Du hast sie nicht verursacht / Du bist frei von Schuld!
- Du kannst sie nicht heilen!
- Du kannst sie nicht kontrollieren!
- Du bist nicht allein!

- Du kannst etwas tun, damit es dir besser geht!
- Du darfst die Krankheit hassen!
- Du darfst deine Eltern lieb haben!
- Mama/Papa haben dich lieb – auch wenn sie es dir manchmal vielleicht nicht so gut zeigen können!

Bereits junge Kinder können Veränderungen im Verhalten ihrer Eltern erkennen und brauchen daher Interpretationshilfen, was mit ihren Eltern passiert. Denn eine dem **Entwicklungsstand angemessene Informationsvermittlung** kann dem Kind helfen, die belastenden, meist schuldbesetzten **Erfahrungen** in der Familie **besser einordnen** und **verstehen** zu können, das oft als „seltsam“ oder kränkend erlebte Verhalten neu zu interpretieren und anderen Ursachen als sich selbst zuzuschreiben. Die Bagatellisierung und Verleugnung innerhalb und außerhalb der Familie kann beendet werden und so finden Kinder erst die **Möglichkeit sich** nach außen **zu öffnen** und **über** ihre **Probleme** zu **sprechen** (Gruber 2010). Informationen in Bezug auf die elterliche Suchterkrankung stellen neben der stabilen Verfügbarkeit mindestens einer Bezugsperson einen wesentlichen Faktor für die Erhaltung der psychischen Gesundheit von Kindern dar (Homeier und Schrappe, 2008). Dennoch zeigen Statistiken zur Aufklärung von Kindern im Kontext von elterlichen psychischen Erkrankungen, dass die **Mehrheit der Kinder nicht** über den psychischen Zustand ihrer Eltern **Bescheid weiß** (Küchenhoff, 2001) und demnach auch nicht weiß, wie sie auf bestimmte Situationen reagieren soll.

Gefühle wie Scham, Schuld, Angst vor dem Verlust der Liebe des Kindes oder vor Stigmatisierung sind neben dem Motiv, die Kinder nicht noch zusätzlich mit der Bürde einer Suchterkrankung belasten zu wollen, die Hauptgründe dafür, warum Eltern ihre Kinder nicht über bestimmte Abläufe oder Gegebenheiten in der Familie informieren.

#### Eine Informationsweitergabe an die Kinder sollte immer

- mit Zustimmung der Eltern erfolgen, idealerweise durch die Eltern selbst.
- auf eine kindgerechte, altersangemessene Art und Weise erfolgen.
- den Kindern die Möglichkeit geben, Fragen zu stellen.
- differenzierend sein und dem Kind eine Unterscheidung zwischen gesunden und kranken Anteilen ermöglichen: welche Reaktionen der Eltern entstehen durch die Suchterkrankung und welche aus „verständlichen Launen“ heraus.
- emotionale Autonomie fördern und dem Kind vermitteln, dass es wichtig ist über die Gefühle zu sprechen, die es hat wenn Mama/Papa z.B. betrunken ist: Ziel ist es, dass das Kind die möglichen Symptome der Eltern nicht entschuldigen muss und ein

Recht darauf hat, seinen Ärger, seine Enttäuschung etc. zu erklären und zum Ausdruck zu bringen.

- behutsam sein: denn Nicht-Wissen-Wollen kann ein Schutzmechanismus sein, der respektiert werden muss (Lenz, 2005).
- lösungsorientiert sein und Aspekte der Selbsthilfe beinhalten: „Was kann ich tun, wenn sich Mama/Papa nicht gut fühlen, nicht mehr außer Haus gehen, nicht nach Hause kommen?“ (Pretis und Dimova, 2010).

#### ▪ Gefühle

In Präventions- und Therapieangeboten ist die **Bestärkung** der **Kinder** in ihrer **Gefühlswahrnehmung** ein wesentlicher Aspekt, denn Verunsicherungen, Verleugnung und Scham hemmen Kinder häufig in der Verarbeitung ihrer familiären Situation. Kinder müssen ihre Gefühle jemandem **anvertrauen** können, sie müssen erfahren, dass ihre Gefühle - so widersprüchlich sie auch sind - **in Ordnung** und nachvollziehbar sind (Gruber 2010). Sie sollen lernen, wieder auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten und sie nicht wie vielleicht bisher zugunsten der Familienprobleme hintanzustellen.

#### ▪ Kindeswohl

In suchtbelasteten Familien kann es manchmal dazu kommen, dass kindliche **Grundbedürfnisse** wie Essen, Trinken, Kleidung, Aufsicht, Gesundheitsfürsorge nur noch **unzureichend wahrgenommen** und erfüllt werden. Dann brauchen Kinder Erwachsene, die auf diese **Kindeswohlgefährdung** reagieren und parteilich zugunsten der Kinder handeln.

Gemeinsam mit den Kindern kann ein Notfallplan erarbeitet werden, der regelt, wie bei einer suchtbedingten Entgleisung von Mama/Papa trotzdem für die zentralen Bedürfnisse und den Schutz des Kindes gesorgt werden kann.

#### ▪ Bezugspersonen

Kinder brauchen in ihrem täglichen Umfeld zumindest eine verlässliche erwachsene Bezugsperson, der sie vertrauen und die ihnen Verständnis und gegebenenfalls auch Schutz entgegenbringt.

Für Erwachsene gilt, dass wenn sie einem Kind **helfen** wollen, dies stets **überlegt und in Absprache mit dem Kind** erfolgen sollte! Auch mögliche negative Konsequenzen des gut gemeinten Handelns müssen mitberücksichtigt werden.

#### ▪ Fachkräfte

Kinder sind darauf angewiesen, von Fachkräften in Beratungsstellen der Sucht- und Jugendhilfe wahrgenommen und berücksichtigt zu werden. Erst in den letzten Jahren wächst das

gesellschaftliche Bewusstsein, dass Kinder suchtkranker Eltern ein Recht auf Unterstützung haben, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfsangebote in Anspruch nehmen.

- **Vorbeugung**

Die Risikoforschung kann mittlerweile gut erklären, warum ein vergleichsweise hoher Anteil von Kindern suchtkranker Eltern in ihrem weiteren Lebensverlauf selbst Alkohol oder Drogen zu missbrauchen beginnt. Die Resilienzforschung macht durch ihre Erkenntnisse deutlich, dass es schützende Faktoren gibt, die im Rahmen einer präventiven Arbeit/Haltung aufgebaut oder erhalten werden können (siehe Abschnitt 3.2.1. und 3.2.2.).

## **4. Nützliche Literaturhinweise und Websites**

- **Kinderfachbücher**

**„Flaschenpost nach irgendwo“ (Homeier und Schrappe, 2009): Ein Kinderfachbuch für Kinder suchtkranker Eltern**

**„Sonnige Traurigtage“ (Homeier, 2006): Ein Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern**

- **Bilderbücher**

Kinderbilderbuch „Fluffi“ (Grubhofer und Weingartshofer, 2010): Das Kinderbuch (empfohlen für Kinder von 5-8 Jahren) beschreibt altersgemäß und einfühlsam die negativen Auswirkungen einer Suchterkrankung eines Elternteils auf die Kinder und vermittelt entlastende Botschaften.

Kinderbuch „Boby“ (Amacker, 2007): Der Hund Boby wird in seinen positiven und negativen Emotionen so außergewöhnlich illustriert, dass sich weder Kinder noch Erwachsene ihm entziehen können. Als LeserIn durchlebt man hautnah, was Boby mit seinem alkoholkranken Herrchen erlebt.

- **Websites**

[www.strong-kids.eu](http://www.strong-kids.eu) **Ressourcenpool für Fachkräfte zum Thema Kinder psychisch verletzlicher Eltern**

[www.nacoa.de](http://www.nacoa.de) Interessensvertretung für Kinder aus Suchtfamilien, Informationen direkt für Kinder aber auch für Fachkräfte

[www.kidkit.de](http://www.kidkit.de) Internetseite mit Chatmöglichkeit für ältere Kinder und Jugendliche

[www.traudich.nacoa.de](http://www.traudich.nacoa.de) Internetseite speziell für Jugendliche aufbereitet

[www.mamatrinkt.ch](http://www.mamatrinkt.ch), [www.papatrinkt.ch](http://www.papatrinkt.ch) Onlineforum für Kinder und Jugendliche von Sucht Schweiz

## Literaturliste

Ehrenfreid, T., Heinzemann, C., Kähni, J., Mayer, R. (1998): Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Selbstverlag.

Klein, M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie 2,118-124.

Klein, M. (2005): Kinder aus suchtbelasteten Familien in R. Thomasius und U.J. Küstner (Hrsg.). Familie und Sucht. Stuttgart: Schattauer 2005.

Klein, M. (2008): Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer.

Küchenhoff, B. (2001): Kinder psychisch kranker Eltern. Psychiatrie, 2, 1-4.

Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen: Hogrefe.

Pretis, M., Dimova, A. (2010): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. München: Ernst Reinhardt.

Quinten, C. (2001): „Mein Kind hat nichts gemerkt ...“ in M.Zobel (Hrsg.) Wenn Eltern zu viel trinken - Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Scheibenbogen, O. (2009): Familiengeheimnis Alkohol. Zeitschrift Beziehungsweise, 1-4, März 2009.

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

Wustmann, C. (2004): Resilienz –Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Weinheim: Beltz.

Zobel, M. (2001): Wenn Eltern zu viel trinken - Risiken und Chancen für die Kinder. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Zobel, M. (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Entwicklungsrisiken und Entwicklungschancen. 2. Auflage. Reihe Klinische Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Herausgegeben von:



Trägerkuratorium:

**volkshilfe. Caritas**

Im Auftrag von:



VIVID - Fachstelle für Suchtprävention

Zimmerplatzgasse 13/I, 8010 Graz

T 0316/82 33 00, F DW 5

E [info@vivid.at](mailto:info@vivid.at), [www.vivid.at](http://www.vivid.at)

Öffnungszeiten:

Mo, Mi, Do von 14 – 17 Uhr



Di und Fr von 9 – 12 Uhr