

prävention

Zeitschrift für Gesundheitsförderung

extra

**30 Jahre
prävention**

2/2007 vom 26. Juli 2007

Michael Klein

Kinder suchtkranker Eltern

Fakten, Risiken, Lösungen

Einleitung

Kinder von Suchtkranken gelten als die übersehene Gruppe im familiären Umfeld der Sucht. In der Bundesrepublik Deutschland sind nach aktuellen Untersuchungen (Klein et. al, 2003; Klein, 2005) bis 2.65 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren in ihren jeweiligen Familien betroffen. Dies kann zeitweise oder während der gesamten Kindheit und Jugend der Fall sein.

Kinder von Suchtkranken

In einer Vielzahl von Studien wurde nachgewiesen, dass Alkoholabhängige überzufällig häufig aus Familien stammen, in denen bereits Vater bzw. Mutter oder beide Elternteile abhängig waren. Eine umfassende Studie zur Transmission von Alkoholismus zeigte (Cotton, 1979), dass von knapp 4000 alkoholabhängigen Personen 30.8% einen abhängigen Elternteil aufwiesen. Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit als Männer ohne abhängigen Vater. Als besonders belastet erweisen sich diejenigen jungen Erwachsenen aus einer suchtkrank belasteten Familie, bei denen beide Elternteile suchtkrank waren oder bei denen ein suchtkranker Elternteil seine Abhängigkeit nicht erfolgreich bewältigen konnte (Quinten & Klein, 1999).

Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass es das quantitative und qualitative Ausmaß der Exposition in Bezug auf die elterliche Abhängigkeit ist, das sich pathogen auf die Entwicklung der Mitglieder der nächsten Generation auswirkt. Junge Erwachsene, deren Eltern ihre Abhängigkeit schon lange überwunden haben oder bei denen nur ein Elternteil suchtkrank war, haben eine vergleichsweise bessere Entwicklungsprognose, die sich vielfach gar nicht von der junger Erwachsener aus normalen Familien unterscheidet.

In jeder siebten Familie ist ein Kind zeitweise, in jeder zwölften dauerhaft von der Alkoholstörung eines oder beider Elternteile betroffen (Klein, 2005). Kinder von Alkoholikern können als die größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit angesehen werden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen. Belegt ist auch, dass für Kinder in suchtkrank belasteten Familien das Risiko, an anderen psychischen Störungen (insbesondere Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) zu erkranken, deutlich – wenn auch nicht so stark wie für Abhängigkeitserkrankungen – erhöht ist. Jedoch ist ausdrücklich nicht davon auszugehen, dass alle Kinder von Alkoholikern eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln müssen. Die Gruppe der Kinder aus suchtkrank belasteten Familien als Ganze zeigt jedoch zweifelsfrei eine höhere Vulnerabilität gegenüber Verhaltens- und Erlebensstörungen als Kontrollgruppen mit normalem familiärem Hintergrund.

prävention extra Eine Information der Zeitschrift für Gesundheitsförderung prävention

prävention Zeitschrift für Gesundheitsförderung ist die erste deutschsprachige Fachzeitschrift, die sich ausschließlich mit der Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention befasst. Sie erscheint seit 30 Jahren viermal jährlich; zweimal als Sammelheft und zweimal als Schwerpunktheft zu einem ausgewählten Thema.

Herausgeber: Prof. Dr. Jost Bauch, Prof. Dr. Herbert Feser, Prof. Dr. Alexa Franke, Prof. Dr. Peter Franzkowiak, Hans A. Hüsgen, Dr. Joseph Kuhn, Peter Sabo

Redaktion: Peter Sabo, Am Sonnenberg 17, 55270 Schwabenheim, Tel. 06130 7760

Internet: www.zeitschrift-praevention.de

Pathogene und protektive Faktoren

Bei der Transmission von Störungen, also der Weitergabe einer Krankheit von der Elterngeneration auf die Kinder, spielen zahlreiche pathogene und protektive Faktoren eine wichtige abschwächende oder verstärkende Rolle. Dies bedeutet, dass niedrigschwellige, risikominimierende Prävention und Frühintervention die Aussichten auf eine gesunde Entwicklung erhöhen können genauso wie die Untätigkeit der Eltern oder der psychosozialen und medizinischen Helfer die Risiken erhöhen können. So hat sich etwa gezeigt, dass selbst wenn der suchtkranke Elternteil seine Abhängigkeit nicht erfolgreich in den Griff bekommt, alleine schon die Aufrechterhaltung von Transaktionsmustern und -ritualen aus der Zeit vor der Abhängigkeit das Erkrankungsrisiko für die Kinder abschwächt.

Risikofaktoren

Neuere Studien belegen, dass vor allem Söhne von Alkoholabhängigen als junge Erwachsene aufgrund genetischer Besonderheiten auf Alkohol oft anders reagieren als Vergleichspersonen, und zwar sowohl subjektiv (d.h. in ihrem eigenen Empfinden) als auch objektiv (d.h. mit physiologischen Parametern).

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor 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 co-abhängigen 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 in vielen Fällen auf das Suchtmittel fixiert ist und daher die Kinder kaum mehr wahrnimmt. Die suchtbedingten intrafamilialen Veränderungen zeigen Wirkungen hinsichtlich einer negativeren Familienatmosphäre, einer deutlich schwächeren oder stärkeren, d.h. extremeren, Familienkohäsion sowie in Bezug auf die Frustration kindlicher Bedürfnisbefriedigungen (z.B. nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit) und die Qualität der Eltern-Kind-Bindungen. 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, wird im Extremfall auf den Kopf gestellt. Alleinerziehende Suchtkranke stellen eine besondere Risikogruppe dar, da sie einerseits stärker überfordert sein können und andererseits der bisweilen präventive Effekt des nicht suchtkranken Elternteils fehlt.

Von allen Kindern, die in einer alkoholbelasteten Familie aufwachsen, sind diejenigen besonders gefährdet, bei denen ein Elternteil neben der Alkoholabhängigkeit eine weitere psychische Störung i.S. einer Komorbidität aufweist oder bei denen das suchtkranke Elternteil dauerhaft unbehandelt geblieben ist (Klein et al., 2003; Klein, 2005). Auch eine besonders lange Expositionszeit gegenüber der elterlichen Alkoholstörung führt zu stärkeren Belastungen bei den Kindern. Wenn diese der Alkoholabhängigkeit der Eltern länger als vier Jahre exponiert waren, zeigten sie stärkere Selbstwertprobleme, mehr affektiv-depressive Symptome und stärkere parasuizidale Gedanken (Klein et al., 2003).

Resilienzen

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind. Dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das Raum für positive Entwicklung lässt. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung („challenge“) begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können. Wolin & Wolin (1995) identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben intrapsychische 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 sieben Resilienzfaktoren sind wie folgt zu beschreiben:

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

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Die 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. Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfamiliäre Isolation mit sich, die am besten durch Helfer außerhalb der Familie zu überwinden ist. Es ist jedoch anzumerken, dass nach den Ergebnissen der wenigen vorhandenen Studien meist nicht mehr als ein Drittel der in Suchtfamilien lebenden Kinder Resilienzen in einem solchen Maße entwickeln, dass sie frei von Störungen bleiben. Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben selektiver Präventionsprogramme, gezielte Resilienzförderung für die betroffenen Kinder zu leisten.

Hauptsymptome

Zu den von betroffenen Kindern insgesamt am häufigsten genannten Erfahrungen gehört die Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens. Dies bezieht sich verstärkt auf den Alkohol trinkenden, aber auch auf den jeweils anderen – meist als coabhängig 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 übermäßig 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 attribuierten, z.B. wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, z.B. dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen sind. Es herrschen auch oft extreme Belastungssituationen vor. Diese sind zusammenfassend dadurch gekennzeichnet, dass

- sie mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern erleben als andere Kinder;
- sie extremeren Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt sind;
- sie häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen gebracht werden;
- Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechungen eher gebrochen werden;
- sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) und Vernachlässigung werden.

Ein besonders starkes Problem ist die elterliche Verhaltensvolatilität. Darunter wird der schnelle, abrupte Wandel des Verhaltens eines oder beider Elternteile verstanden, der für die betroffenen Kinder weder vorhersehbar noch kontrollierbar ist. Insgesamt kann bei den Eltern von einer erheblichen Verhaltensvarianz ausgegangen werden.

Zu den drohenden Konsequenzen für Kinder aus suchtbelasteten Familien sind insbesondere solche Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen zu zählen, die auftreten, wenn Personen keine ausreichende Kontrolle über die eigenen Handlungsfolgen und die Umwelt ausüben können. Dazu zählen insbesondere negative Selbstwirksamkeitserwartung und erlernte Hilflosigkeit. Beide Phänomene treten auf, wenn ein Individuum zu wenige Erfahrungen erfolgreicher Interaktionen mit seinem Umfeld macht und es seine Handlungsziele überwiegend nicht durchsetzen kann.

Es ist jedoch anzumerken, dass viele Symptome für Kinder aus Suchtfamilien nicht spezifisch sind, sondern dass einerseits bei Kindern aus anderen dysfunktionalen Familien ähnliche Konsequenzen möglich sind, und dass andererseits die direkt alkoholbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. genetisches Risiko) stark mit anderen Variablen (z.B. familiäre Gewalt) interagieren.

Direkte und indirekte Auswirkungen elterlicher Suchtstörungen

Allgemein ist zwischen direkten und indirekten Auswirkungen elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die Entwicklung von Kindern zu unterscheiden.

Indirekte Auswirkungen sind solche, die in Interaktion mit Umwelt- und Familienvariablen ihre Pathogenität entfalten. Bei den indirekten Auswirkungen ist es nicht der Alkohol, die Droge oder die psychotrope Substanz selbst, welche die Schädigung beim Kind hervorruft, sondern es sind die Begleitumstände und Konsequenzen des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit. Hierzu zählen z.B. die Instabilität und Unberechenbarkeit des Elternverhaltens, die häufiger auftretenden Formen von Kindesmisshandlung, -missbrauch und -vernachlässigung, die häufigeren Trennungen und Scheidungen, chronische Konflikte und Streitigkeiten in den Familien, ein erhöhtes Ausmaß an physischer und psychischer Gewalt usf. Im Allgemeinen ist der innerfamiliäre Stress (besonders Duldungs- und Katastrophenstress) deutlich erhöht. Bei den Kindern entwickeln sich Symptome mangelnden Selbstwertgefühls, geringerer Selbstwirksamkeitserwartung und häufig auch Selbsthass und Schuldgefühle (Klein & Zobel, 1997; Zobel, 2000).

Zu den möglichen direkten Auswirkungen elterlichen Alkoholmissbrauchs auf Kinder zählen an erster Stelle das fetale Alkoholsyndrom (FAS) und die fetalen Alkoholeffekte, im deutschen Sprachraum auch oft Alkoholembryopathie (AE) genannt. Hinzu kommen Alkoholvergiftungen, die wesentlich häufiger bei Kindern aus suchtbelasteten Familien als bei unbelasteten Kindern auftreten.

Prävention und Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen

Aus dem gesamten Forschungsstand (z.B. Sher, 1991; Zobel, 2000; Klein, 2001; Klein, 2005) ist abzuleiten, dass entscheidend für die Pathogenisierung des Kindes in der suchtbelasteten Familie die Dauer, Art und Häufigkeit der Exposition gegenüber den Folgen des süchtigen Verhaltens eines oder beider Elternteile ist. Daher sind dies auch die für Prävention und Intervention bedeutsamsten Aspekte. Im Folgenden werden Ansätze und Leitlinien der Suchtprävention für Kinder von Suchtkranken dargestellt.

Unter präventiven Aspekten erscheint es ratsam, Kindern von Alkoholikern 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 suchtbelasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. 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. Ansätze der in Deutschland noch nicht sehr weit verbreiteten selektiven Prävention scheinen für diese Kinder besonders geeignet. Darunter sind frühzeitige Hilfen für Risikoprobanden zu verstehen, lange bevor diese selbst ein manifestes Problemverhalten zeigen.

Die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen. Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (i.d.R. der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –,

wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen Einzel- und Gruppenarbeit mit den Kindern, begleitender Elternarbeit und freizeitpädagogischen Angeboten zu unterscheiden. Die Arbeit geschieht in der Regel im ambulanten Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen. 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.

Bereiche der Suchtprävention

Als Bereiche der Suchtprävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien kommen in erster Linie diejenigen in Frage, die den natürlichen Lebensraum des Kindes darstellen. Diese sind Elternhaus/Familie, Kindergarten, Schule, Peer-Gruppen und spezielle Interaktionsfelder (wie z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Felder der offenen Jugendarbeit).

Elternhaus und Familie

Präventive Bemühungen im Bereich des Elternhauses sind zum einen solche, die sich auf die Schwangerschaft, und zum anderen solche, die sich auf die Alkoholerziehung für die Kinder und Jugendlichen beziehen. Da es bisher nicht gelungen ist, die Rate der alkoholembryopathisch geschädigten Neugeborenen erkennbar zu senken, sind hierfür stärkere Anstrengungen notwendig. Dabei sind zum einen (generalpräventiv) jene Ansätze nützlich, die den Pro-Kopf- Alkoholverbrauch der Bevölkerung zu senken versuchen. Dies ist am ehesten durch eine Kombination von nachfragereduzierenden und aufklärenden Maßnahmen zu erreichen. Zum anderen sind spezifische Primärpräventionsbemühungen notwendig mit dem Ziel einer Sensibilisierung der Schwangeren und ihres direkten Umfeldes.

Zum Bereich der Alkoholerziehung gehören Ansätze der Information, der Korrektur irrealer oder dysfunktionaler Wirkungserwartungen, der Stärkung der Ablehnungskompetenz in Verführungssituationen, der Steigerung der alkoholfreien Selbstwirksamkeits- und Sozialkompetenz und der elterlichen Erziehungskompetenz. Die Entwicklung umfassender Präventionsansätze, vor allem im Sinne des Lebenskompetenzmodells, ist prinzipiell hilfreich. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass diese Ansätze sehr global bleiben und wenig problemverhaltensbezogen sind, dass die Suchtmittel als solche also „außen vor“ bleiben und dadurch eine neuerliche Tabuisierung erfahren, nachdem dies bereits im Klima in der suchtbelasteten Familie geschehen sein mag.

Kindergarten und Vorschule

Obwohl fast alle Autoren die Bedeutung möglichst früh ansetzender Prävention betonen, sind kaum valide Ansätze für Präventionsprogramme für Kinder von Suchtkranken im Vorschulalter entwickelt worden. Die Kinder dieser Altersstufen verfügen noch über keine ausreichenden Verbalisierungs- und Strukturierungsfähigkeiten, um für viele Interventionen aufgeschlossen sein zu können. Sie drücken ihre Situation vielmehr in multiplen Symptomen aus, die – weil nur analog – vieldeutig und schwer interpretierbar sind. Zur Diagnostik entsprechender frühkindlicher Probleme schlagen Robinson & Rhoden (1998) folgende Methoden vor: (1) Beobachtung täglicher Verhaltensroutinen, (2) Spielbeobachtungen, (3) Analyse der emotionalen Anpassung und (4) Aufbau einer intensiven Elternbeziehung. Auch sollten in verstärktem Maße Routineelemente, wie z.B. Elternabende oder – noch besser – Elterngespräche, für genauere Beobachtungs- und Verhaltensanalysen genutzt werden. Darüber hinaus sollten Initiativen im Rahmen von Selbsthilfe und Selbstorganisation, etwa unter dem Motto „Eltern helfen Eltern“, gestärkt und gefördert werden, damit auch hier brach liegende Ressourcen entwickelt werden, um die psychische Gesundheit von gefährdeten Kindern zu fördern. Es kann und soll nämlich nicht darum gehen, im Sinne einer Statusdiagnostik alkoholranke und erziehungsunfähige Eltern auszumachen und ihre Kinder dauerhaft der Aufsicht des Jugendamtes zu übergeben, sondern die Chancen familienorientierter und kindgerechter Prävention und Frühintervention zu nutzen, damit maligne Entwicklungen gar nicht erst entstehen. Dass in Einzelfällen eine Fremdplatzierung des Kindes (z.B. Pflegefamilie, Heim) als letzte Lösung übrig bleibt, soll dabei jedoch nicht bestritten werden.

Im Rahmen einer am Lebenskompetenzmodell orientierten Suchtprävention gelten, für Kinder im Allgemeinen und für Kinder aus suchtblasteten Familien im Besonderen, folgende Präventionsziele: Seelische Sicherheit, Anerkennung und Bestätigung, Freiraum und Autonomie, realistische und glaubhafte Vorbilder, ausreichende Bewegung, richtige Ernährung, Freundeskreis, Verständnis und Liebe, Phantasie, Träume und Lebensziele.

Neben den alkoholerzieherischen Ansätzen sind auch spielerische Ansätze um die Themen „Alltagsdrogen“ (Medikamente, Süßigkeiten), Medienkonsum und Nikotin mehr notwendig. Auch wenn viele Kinder im Vorschulbereich sich sprachlich noch nicht so reflektiert ausdrücken können, dass deutlich wird, welche Begrifflichkeiten und Schemata sie bzgl. der erwähnten Alltagsdrogen schon entwickelt haben und welche Erfahrungen sie schon gemacht oder beobachtet haben, ist dennoch davon auszugehen, dass diese frühen Lernerfahrungen entwicklungs- und kognitionspsychologisch von hoher Relevanz sind, vielleicht sogar gerade wegen des eher affektiven als rationalen Lern- und Erfahrungsklimas.

Schule

Die im Bereich der Schule entwickelten suchtpreventiven Programme sind inzwischen immens in ihrer Zahl und reflektieren allzu oft das problematische Klima der Institution „Schule“: Dieses ist häufig durch Lerndruck und -stress einerseits und zu wenig Freiraum für pädagogisch sinnvolle Interventionen andererseits ausgezeichnet. Sie kranken oft unter einer Zergliederung der suchtpreventiven Angebote in einzelne Schulfächer. Dass aber diese in Wissens-elemente zergliederte Suchtprevention tatsächlich Folgen auf der Verhaltens- und Selbststeuerungsebene der Schüler haben sollte, ist als eher unwahrscheinlich einzustufen, da eine schulische Suchtprevention neben der Vermittlung von Fakten, Informationen und Wissen vor allem affektive und soziale Qualitäten vor dem Hintergrund psychosozialer Unterstützungssysteme, Beziehungskontinuität und Lebenskompetenz aufweisen muss. Das Thema der Kinder in suchtblasteten Familien spielt hier – wie bei den meisten suchtpreventiven Ansätzen in Schulen – leider überhaupt keine Rolle. Dass aber für die schulische Suchtprevention die Berücksichtigung des familiären Hintergrunds der Schüler von entscheidender Bedeutung ist, unterstreichen zahlreiche Studien. So wurden Kinder aus suchtblasteten Familien erfolgreich in Methoden des Gefühlsmanagements als präventive Strategie zur besseren Regulierung stark erregender emotionaler Krisen und Konflikte unterwiesen. Darüber hinaus ist es natürlich wichtig, Kinder suchtkranker Eltern in der Schule in ihrer oft verzweifelten Situation zu erkennen, sie behutsam zu unterstützen und ihnen adäquat zu helfen, ohne sie zu stigmatisieren. Dies bringt oft ein hohes Ausmaß an Einzel- und Beratungskontakten zwischen Lehrern und betroffenen Schülern mit sich.

Leitlinien für die Prävention für Kinder aus suchtblasteten Familien

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. Die Hilfen müssen umfassend, langfristig und kontinuierlich stattfinden. Sie sind zu dokumentieren und zu evaluieren. Die beteiligten Helfer sollten eng zusammenarbeiten. In besonders schwierigen Fällen ist ein konsequentes, engmaschiges Case-Management vorzusehen. Als besonders Erfolg versprechend erscheint ein Modell, das die Vorteile der einzelnen Ansätze verknüpft: Ein familienorientiertes Case-Management mit Elementen des Motivational Interviewing kommt den Bedürfnissen der beteiligten Kinder und ihren Familien am nächsten und sollte daher in der Praxis erprobt und evaluiert werden.

Schluss

Für Kinder von Alkoholikern kann das Risiko einer psychosozialen Schädigung als gesichert gelten. Auch wenn von ihnen ein gewisser Teil eine unauffällige Entwicklung schafft, ist wenigstens ein Drittel stark beeinträchtigt (Cotton, 1979). Entsprechende Konsequenzen für das Hilfesystem sind naheliegend und zwingend: Darunter sind Frühintervention, Netzwerkarbeit, spezialisierte, zumindest jedoch problemsensibilisierte Hilfeangebote, Verstärkung der Sekundärprävention, Schwerpunktprä-

vention für Risikogruppen und schließlich ressourcen- und lebensfeldorientierte Hilfen zu verstehen. Kinder von Suchtkranken können dabei als die Gruppe mit dem größten Risiko bezüglich einer späteren Suchtentwicklung besonders von gezielten Präventionsmaßnahmen profitieren.

Schließlich ist noch anzumerken, dass sich Hilfen für Kinder und Partner von Alkoholabhängigen in gegenseitiger Abstimmung ergänzen und befruchten sollten. Die Zielgröße heißt dann nämlich: Adäquate Hilfen für die von Sucht belastete Familie, für die einzelnen Mitglieder genauso wie für die Familie als Ganzes. Dies bedeutet aber auch, dass das Kind in der suchtblasteten Familie ein eigenes Recht auf Unterstützung und Hilfe hat. Auf jeden Fall dürfen die Kinder von Suchtkranken nicht länger vernachlässigt werden, will man verhindern, dass diese, schon in Kindheit und Jugend beginnend, oft ein Leben lang unter den Erfahrungen in der suchtblasteten Familien leiden.

Literatur:

- Cotton, N.S. (1979):* The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 40, 89 - 116
- Klein, M. (2001):* Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2, 118 - 124
- Klein, M. (2005):* Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Regensburg: Roderer. (= Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung; Bd. 1)
- Klein, M., Ferrari, T. & Kürschner, K. (2003):* Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin. (Im Internet unter <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F305.pdf> veröffentlicht)
- Klein, M. & Zobel, M. (1997):* Kinder aus alkoholbelasteten Familien. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 6, 133 - 140
- Lachner, G. & Wittchen, H.U. (1997):* Familiär übertragende Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen, 43 - 89
- Quinten, C. & Klein, M.: Langzeitentwicklung von Kindern aus suchtblasteten Familien – Ergebnisse der Thommener Kinderkatamnese. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten. Neuland, Geesthacht (1999) 235 - 243. (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 22)*
- Robinson, B.E. & Rhoden, J.L. (1998):* Working with children of alcoholics. *The practitioner's handbook*. 2nd Edition. Sage, Thousand Oaks
- Sher, K.J. (1991):* Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. University of Chicago Press, Chicago
- Wolin, S. & Wolin, S. (1955):* Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse*, 42: 415 - 429
- Zobel, M. (2000):* Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen

Anschrift des Verfassers:

*Prof. Dr. Michael Klein
Katholische Fachhochschule
Nordrhein-Westfalen
Kompetenzplattform Suchtforschung
Abteilung Köln
Wörthstraße 10
D - 50668 Köln
Tel.: 0221 7757-156
Email: Mikle@kfhnw.de*