

Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Fakultät für Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

„Meine Mama trinkt nicht mehr, sie hat es mir versprochen!“

Aufwachsen in alkoholbelasteten Familien.
Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder im Grundschulalter aus Sicht der
Sozialen Arbeit

Bachelorthesis

Tag der Abgabe:	03.09.2022
Vorgelegt von:	Anastasiya Nenadkewitsch
██████████	██████████
██████████	██
Betreuende Prüferin:	Prof. Dr. Hagen
Zweiter Prüfer:	Prof. Dr. Schürgers

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	I
1. Einleitung.....	- 1 -
Zielsetzung der Arbeit	- 3 -
Aktualität der des Themas	- 3 -
Methodisches Vorgehen	- 4 -
2. Medizinische Erkenntnis zum Problem von Alkoholkonsum	- 4 -
2.1.1 Schädlicher Gebrauch von Alkohol	- 5 -
2.1.2 Alkoholabhängigkeit	- 6 -
3. Situation von Kindern in alkoholbelasteten Familien	- 7 -
3.1 Familiäre Co-Abhängigkeit nach Monika Rennert.....	- 9 -
3.2 Bewältigungsstrategien betroffener Kinder (Rollenmodelle).....	- 10 -
3.3 Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Kinder.....	- 12 -
3.3.1 Schulische Leistungsfähigkeit	- 14 -
3.3.2 Verhaltensauffälligkeiten	- 15 -
4. Was brauchen Kinder für eine gesunde Entwicklung aus der Sicht der Bindungstheorie	- 17 -
4.1 Bindungstypen nach Ainsworth	- 18 -
4.2 Interne Arbeitsmodelle.....	- 20 -
4.3 Bindungstheorie in Verbindung mit elterlichem Alkoholismus	- 21 -
5. Resilienz und Resilienzförderung.....	- 22 -
5.1 Risiko- und Schutzfaktoren.....	- 23 -
5.2 Resilienzfaktoren	- 25 -
5.3 Resilienzfaktoren von Kindern aus alkoholbelasteten Familien.....	- 26 -
6. Wie kann Soziale Arbeit betroffene Kinder unterstützen?	- 28 -
6.1 Kooperation in multiprofessionelles Netzwerk	- 31 -
6.2 Zusammenarbeit mit den Eltern	- 34 -
6.3 Kindesbezogene Interventionen.....	- 36 -
6.3.1 Arbeitsansätze	- 37 -
6.3.2 Das Trampolin Projekt	- 38 -
6.4 Unterstützungsort Grundschule.....	- 39 -
Fazit.....	- 42 -
Eidesstattliche Erklärung.....	III
Literaturverzeichnis	IV

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Sieben Resilienzen und ihre Entwicklung über die Lebensspanne - 28 -

Tabelle 2: Tabelle über primäre Symptomatik, Bedürfnisse der Kinder und Möglichkeiten der Intervention seitens der Sucht und Jugendhilfe - 33 -

Tabelle 3: Gelingensfaktoren für Kooperation im Netzwerk..... - 34 -

Abkürzungsverzeichnis

ICD 10	International Classification of Diseases
DSM VI	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
FST	Fremde-Situation-Test

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit darauf verzichtet geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Soweit personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Männer und Frauen in gleicher Weise. Ebenfalls werden Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der vorliegenden Arbeit als „betroffene Kinder“ bezeichnet. Handelt es sich in einem Abschnitt um Kinder, die aus nicht alkoholbelasteten Familien kommen, werden diese explizit als solche benannt.

1. Einleitung

Die Alkoholabhängigkeit ist eine Krankheit, welche nicht nur den Konsumenten, sondern das gesamte Familiengefüge betrifft. Folglich können auch Kinder von der elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen sein. Das Bestehen einer solchen Abhängigkeit innerhalb der Familie kann negative Auswirkungen auf die Entwicklung der betroffenen Kinder haben. Nichtselten müssen diese Kinder die eigenen Bedürfnisse aufgrund der bestehenden Alkoholabhängigkeit in der Familie zurückstellen, weshalb Kinder aus alkoholbelasteten Familien in der Fachliteratur auch als „vergessene Kinder“ bezeichnet werden. Durch den Alkoholmissbrauch eines Elternteils kann den Kindern psychischer und körperlicher Schaden zugefügt werden, beispielsweise ausgelöst durch den Mangel an Geborgenheit und Liebe. Nach Zobel kann der alkoholabhängige Elternteil ein ambivalentes Verhalten aufweisen, welches bei den betroffenen Kindern ein Gefühl der ständigen Unsicherheit hervorrufen kann (vgl. Zobel 2017, 21f).

Die vorliegende Arbeit beleuchtet die Auswirkungen der elterlichen Alkoholabhängigkeit auf die betroffenen Kinder und die Unterstützungsmöglichkeiten durch die Soziale Arbeit. Hierbei konzentriert die Verfasserin sich auf die betroffenen Grundschul Kinder in Deutschland.

Im Kapitel 2, die „*Medizinische Erkenntnis zum Problem von Alkoholkonsum*“, findet eine medizinische Auseinandersetzung mit dem Thema Alkohol statt. Darin werden die wichtigsten Begrifflichkeiten, die im Zusammenhang mit Alkohol und der Alkoholsucht stehen, erläutert.

Im nachfolgenden Kapitel 3 die „*Situation von Kindern in alkoholbelasteten Familien*“ werden die Lebensbedingungen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien dargestellt. Hierbei werden die betroffenen Kinder nach Eigen und Rowden definiert:

- 1.) Kinder deren biologischen Eltern Mutter oder/und Vater Alkoholiker sind oder sind gewesen.
- 2.) Kinder die mit einem alkoholkranken Elternteil/Stiefelternteil zusammenleben.

3.) Kinder die jeweils mit einem alkoholkranken Elternteil/Stiefelternteil gelebt haben. (vgl. Klein 2005, 52; zit.n. Eigen/Rowden 1995).

Ebenfalls wird darauf eingegangen, dass die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils jedes einzelne Familienmitglied betreffen kann.

Der Alltag als auch die familiäre Atmosphäre kann von der Menge des konsumierten Alkohols abhängen und wie sich dieser Konsum auf die abhängige Person auswirkt. Dadurch könnten die Kinder in einem emotional unsicheren Ort aufwachsen, denn meistens können die Eltern nicht auf die Bedürfnisse der eigenen Kinder eingehen. Unter diesen Umständen kann der nötige Schutz des Kindes als auch die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von den Eltern nicht aufrechterhalten werden. Nach Wegschneider werden die Kinder gezwungen sich an die gegebenen Lebensumstände anzupassen (vgl. Wegscheider 1988, 91f). Im Kapitel 3.2 *“Bewältigungsstrategien betroffener Kinder (Rollenmodelle)”* geht die Verfasserin, anhand von Rollenmodellen nach Wegschneider, näher auf diese mögliche Anpassungsfähigkeit ein.

Im Kapitel 4 *„Was brauchen Kinder für eine gesunde Entwicklung aus der Sicht der Bindungstheorie“* wird die kindliche Entwicklung aus der Sicht der Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth erläutert, um darzustellen, was zu einer gesunden Entwicklung von Kindern beitragen kann. Hierdurch soll aufgezeigt werden mit welchen psychischen Hürden die Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu kämpfen haben. In Kapitel 4.3 *„Bindungstheorie in Verbindung mit elterlichem Alkoholismus“*, leitet die Verfasserin wichtige Ansatzpunkte für die sozialpädagogischen Fachkräfte im Umgang mit betroffenen Kindern ab.

Es ist festzuhalten, dass nicht alle Kinder, die aus einer alkoholbelasteten Familie stammen, im Erwachsenenalter eine psychische Störung oder gar eine Alkoholabhängigkeit entwickeln. Hierbei ist die Widerstandskraft der Kinder gegen die äußeren Umstände ein entscheidender Faktor. Diese Widerstandskraft wird als Resilienz bezeichnet. Das 5 Kapitel *„Resilienz und Resilienzförderung“* werden unter anderen die Resilienzfaktoren beschrieben, die dem Auftreten möglicher Verhaltensauffälligkeit entgegenwirken.

Zielsetzung der Arbeit

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit soll die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit für Kinder in alkoholbelasteten Familien herausarbeiten. Hierzu orientiert sich die Verfasserin an der Fragestellung: „Wie kann Soziale Arbeit die betroffenen Kinder trotz der herrschenden Umstände im Zusammenhang mit dem Alkoholmissbrauch die Eltern schützen, begleiten und fördern?“

Handlungsempfehlungen zum Schutz der Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind wichtig, da unkoordiniertes Vorgehen den betroffenen Kindern noch mehr schaden könnte. In diesem Zusammenhang werden innerhalb des Kapitels 6 „*Wie kann Soziale Arbeit die betroffenen Kinder unterstützen?*“ Kooperation, zwischen der Jugend- und Suchthilfe beleuchtet. In diesem Kapitel werden die Unterstützungsangebote und Interventionsmöglichkeiten aufgeführt, dabei stützt die Verfasserin sich auf die Werke

von Michael Klein¹, unter anderem wird als Praxisbeispiel das „Trampolin Projekt“ vorgestellt.

Abgeschlossen wird die vorliegende Arbeit mit dem Fazit, welches die wesentlichen Erkenntnisse zusammenfasst. Hierbei wird vor allem auf mögliche Unterstützungen für die betroffenen Grundschulkinder, durch die Tätigkeit der Sozialen Arbeit Bezug genommen.

Aktualität der des Themas

Insbesondere während der Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Virus Pandemie waren rund 3 Millionen Kinder, aus suchtbelasteten Familien, mehr gefährdet als je zuvor. Dies zeigt die Aktualität des Themas. Durch die Kontaktbeschränkungen, wiederholte Lockdowns und Schließungen von Bildungseinrichtungen konnten die betroffenen Kinder den schwierigen familiären Situationen nur bedingt temporär entkommen. Als Folge der Corona-Pandemie und der daraus resultierenden zusätzlichen familiären Belastung kam es nicht selten zu körperlichen Übergriffen oder Vernachlässigungen (vgl. NACOA Deutschland). Das Vorstandsmitglied von NACOA Deutschland Corinna Oswald erwähnte den steigenden Stress

¹ M. Klein et. al (2013), Kinder aus Suchtbelasteten Familien stärken: Das „Trampolin“- Programm.

M. Klein (2005a), Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien: Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen.

innerhalb der Suchtfamilien, welcher zur häufigerem Alkoholkonsum führen könnte (vgl. ebd.).

Aufgrund der Aktualität des Themas ist es wichtig, dass sozialpädagogische Fachkräfte die betroffenen Kinder unterstützen, fördern und begleiten. Deshalb sollten die Fachkräfte sich ein umfangreiches Wissen über die Kinder aus alkoholbelasteten Familien aneignen, damit die Unterstützung der betroffenen Kinder erfolgreich gelingen kann.

Methodisches Vorgehen

Der Arbeit liegt eine Literaturrecherche und entsprechende Analyse der unterschiedlichen Quellen zugrunde. Einige Quellen sind trotz der Herausgabe von vor mehr als zehn Jahren für die Bearbeitung dieser Arbeit noch immer aktuell. Die vorliegende Arbeit stützt sich hauptsächlich auf die folgenden Fachautoren: Martin Zobel, Michael Klein, Raimund Geene und Katharina Böhm, Irene Ehmke und Heidrun Schaller, Johannes Lindenmeyer, Sharon Wegschneider-Cruse, Alfons Aichinger, Klaus Hinze und Annemarie Jost sowie John Bowlby und Mari Ainsworth. Darüber hinaus wurden folgende Quellen analysiert: Nacoa Deutschland, Connect Sucht- Hamburg, Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder und Jugendschutz, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen gefolgt von Sucht Hamburg.

2. Medizinische Erkenntnis zum Problem von Alkoholkonsum

Alkohol ist eine weltweit akzeptierte legale Droge, mit welcher Rauschzustände verursacht werden. Der Zugang zum Alkohol ist in Deutschland durch die Altersgrenze beschränkt, jedoch kann jede erwachsene Person in einem beliebigen Supermarkt Alkohol in Deutschland erwerben. Alkohol ist innerhalb aller Gesellschaftsschichten anerkannt und häufig werden nach Einschätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen die gesundheitlichen Folgen wie Alkoholvergiftung oder Alkoholabhängigkeit unterschätzt (vgl. Seitz et.al. 2020, 9)

Nach Lindenmeyer liegen die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums unter anderem an der herrschenden Trinkkultur, welche Lindenmeyer² aufgrund fehlender Konsumregeln als „gestörte Trinkkultur“ bezeichnet. Denn obwohl der

² J. Lindenmeyer (2013), Ich bin kein Alkoholiker!

Alkoholkonsum gesellschaftlich akzeptiert und sogar gefördert wird, erfährt die Bevölkerungsgruppe, die an Alkoholismus erkrankt Abneigung und Ablehnung. Die Betroffenen haben teilweise Angst stigmatisiert zu werden und beginnen das heimliche Trinken. Nach Lindenmeyer kann dies im Verlauf häufig zur schweren Form des Alkoholismus führen. Diese Alkoholproblematik wird in der Regel erst bei fortlaufendem Konsum sichtbar (vgl. Lindenmeyer 2013, 2).

Für die Alkoholproblematik wird eine Vielfalt an Begriffen benutzt wie Alkoholismus, Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch und chronischer Alkoholismus, es gibt keine eindeutigen klaren Eingrenzungen dieser Begriffe. Im Rahmen dieser Arbeit wird zwischen den zwei Begriffen schädlicher Gebrauch von Alkohol und Alkoholabhängigkeit nach der Internationalen statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) unterschieden. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass der aktuelle ICD-Katalog im Jahre 2022 von der internationalen Klassifikation nach ICD 11 abgelöst wird. Noch ist unklar, wie die beiden Begrifflichkeiten innerhalb dieses Kataloges definiert werden, da noch keine offizielle deutsche Übersetzung vorhanden ist (vgl. Lindenmeyer 2021, 354).

Nachfolgend werden die Bezeichnungen „schädlicher Gebrauch von Alkohol“ und „Alkoholabhängigkeit“ vorgestellt.

2.1.1 Schädlicher Gebrauch von Alkohol

Ein schädlicher Gebrauch von Alkohol liegt vor, wenn körperliche und seelische Schäden durch den Alkoholkonsum nachgewiesen sind, jedoch keine Anhaltspunkte auf eine Alkoholabhängigkeit bestätigt werden können. Nach dem diagnostischen und statistischem Handbuch Psychischer Störungen (DSM-IV) der Weltgesundheitsorganisation liegt ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vor, wenn innerhalb eines Jahres mindestens drei der folgende Punkten bei der betroffenen Person beobachtet werden können (vgl. Lindenmeyer 2013, 6).

- Wiederholter Alkoholkonsum, welcher das alltägliche Leben beeinträchtigt. Der Betroffene geht seinen Verpflichtungen nicht mehr nach, versäumt das Erscheinen auf der Arbeitsstelle, vernachlässigt die Kinder und/oder den Haushalt.
- Wiederholter Alkoholkonsum, welcher den Betroffenen in gefährliche gesundheitliche Situationen bringt, z. B. das Führen eines PKWs unter Alkoholeinfluss.

- Alkoholkonsum welcher für den Betroffenen zu wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz führt. Der Betroffene ist z.B. Delikte verwickelt, wie Körperverletzung, ist aggressiv etc.
- Fortgesetzter Alkoholkonsum trotz wiederkehrenden sozialen oder finanziellen Problemen z. B. wiederholte Auseinandersetzungen mit engstehenden Menschen oder nicht beglichene Rechnungen (vgl. Lindenmeyer 2013, 7; zit.n. Saß et al. 2003).

Die dargelegten Symptome sind Kriterien für einen schädlichen Gebrauch von Alkohol, jedoch nicht für eine Alkoholabhängigkeit. Für die Alkoholabhängigkeit werden andere Anhaltspunkte berücksichtigt (vgl. ebd.).

2.1.2 Alkoholabhängigkeit

Eine Alkoholabhängigkeit wird nach dem ICD 10 Katalog anhand der folgenden Kriterien festgestellt. Können drei der unten aufgelisteten Kriterien bei einer Person beobachtet werden, könnte dies auf eine Alkoholabhängigkeit hindeuten.

1. beeinträchtigte Fähigkeit der Konsumkontrolle
2. zunehmende Priorisierung des Alkoholkonsums gegenüber anderen Aktivitäten
3. anhaltender Alkoholkonsum trotz Risiken oder schädlicher Folgen
4. starkes Verlangen oder Drang zum Konsum
5. körperliche Abhängigkeitskriterien:
 - a. Toleranzsteigerung (Dosissteigerung oder verminderte Wirkung)
 - b. Entzugssymptome
 - c. Alkoholkonsum zu Vermeidung/Dämpfung von Entzugserscheinungen

(vgl. Lindenmeyer 2021,
355)

Die obengenannten Kriterien müssten in der Regel ein ganzes Jahr andauern, erst dann gilt die Alkoholabhängigkeit als diagnostiziert. Allerdings kann beim täglichen oder fast täglichen Alkoholkonsum, die Diagnose auch schon nach einem Monat gestellt werden (vgl. ebd.)

Die Alkoholabhängigkeit ist eine komplexe Krankheit mit unterschiedlichen Verläufen. Woraus verschiedener Behandlungsbedarf resultiert, welcher sich an dem Trinkmuster der Betroffenen orientiert. Die Trinktypen sind empirisch nicht belegt, jedoch beweisen sich diese im klinischen Alltag (vgl. ebd., 356). Im klinischen Raum wird die Alkoholabhängigkeit in vier Formen des Trinkverhaltens aufgeteilt, welche im folgendem kurz vorgestellt werden:

- 1.) Konflikttrinken: Der Betroffene verfügt über keine Bewältigungsstrategien in bestimmten Situationen und greift deshalb zum Alkohol.
- 2.) Rauschtrinken: Der Betroffene ist psychisch abhängig von Alkohol und verliert über sein Alkoholkonsum die Kontrolle.
- 3.) Spiegeltrinken: Der Betroffene trinkt regelmäßig Alkohol, damit die Blutalkoholkonzentration nicht über den bestimmten Wert sinkt. Dabei versucht der Betroffene die körperlichen Entzugserscheinungen zu vermeiden.
- 4.) Periodisches Trinken: Der Betroffene trinkt phasenweise viel Alkohol bis zum Vollrausch. Er kann über Wochen oder Monate konsumfrei leben, jedoch erlebt er wiederholt Rückläufe (vgl. Lindenmeyer 2013, 6).

Der Übergang zur Alkoholabhängigkeit verläuft schleichend. Zunächst trinken die Betroffenen zu besonderen Anlässen und in vorgeschriebenen gesellschaftlichen Normen. Der Alkohol kann durch seine Wirkung zu psychischer und körperlicher Entspannung beitragen, weshalb viele Betroffene in schwierigen Situationen Alkohol konsumieren. Bei regelmäßigem Alkoholkonsum gewöhnt sich der menschliche Körper an die getrunkene Menge, daher werden immer größere Mengen Alkohol vertragen. An dieser Stelle wird Alkoholkonsum zur Gewohnheit, welche in die Alkoholabhängigkeit übergeht (vgl. Fritzsche 2016, 7).

3. Situation von Kindern in alkoholbelasteten Familien

Nach der Arbeit von Cork³ aus dem Jahre 1969 werden Kinder aus alkoholbelasteten Familien als „vergessene Kinder“ bezeichnet. Bei seiner Untersuchung beobachtete Cork verschiedene kindliche Verhaltensauffälligkeiten, auf welche im Kapitel 3.3 „*Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Kinder*“ näher eingegangen wird. Zusammenfassend wurde die Familiensituation der betroffenen

³ R. M. Cork (1969), *The forgotten children*. Toronto Addiction Research Foundation.

Kinder als spannungsvoll und haltlos bezeichnet. Die Untersuchung von Cork und die Veröffentlichung seines Werkes lenkte die öffentliche Aufmerksamkeit auf die Kinder in alkoholbelasteten Familien (vgl. Zobel 2017, 22; zit.n. Cork 1969).

Auch Klein benennt unterschiedliche Belastungsfaktoren für die Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Er beschrieb, resultierend aus den elterlichen Auseinandersetzungen, eine emotionale Belastung für die betroffenen Kinder. Nach Klein können diese Kinder der konfliktbehafteten Situation nicht entfliehen und werden in die Loyalitätskonflikte mit einbezogen. Zudem wird beschrieben, dass die Versprechen seitens der Eltern häufig gebrochen und die Absprachen und Familienregeln nicht eingehalten werden. Laut Klein hat dieser Mangel an Zuverlässigkeit negative Auswirkungen auf die Kinder (vgl. Gavez et al. 2017, 43; zit.n Klein 2008a).

Auch Geene und Böhm beschrieben folgende negative Auswirkungen. Kinder aus alkoholbelasteten Familien würden keinen strukturierten Alltag erfahren. Grundsätzlich seien die Kinder für die Entlastung der Eltern zuständig. Es kann sein, dass die Kinder Aufgaben übernehmen müssen, denen sie nicht gewachsen sind. In der Literatur wird dieses Phänomen als „Parentifizierung“ bezeichnet. Dabei wird die Haushaltsführung und gegebenenfalls die Verantwortung für die jüngeren Geschwister von den Kindern übernommen (vgl. Geene/Böhm 2013, 85).

Darüber hinaus sei der Alltag der betroffenen Kinder durch ständige Unsicherheit geprägt, dies äußere sich durch unberechenbares Verhalten des abhängigen Elternteils. Nach Zobel ist das Verhalten des abhängigen Elternteils vom Alkoholpegel und der Stimmungslage abhängig. Als Beispiel benennt er die Reaktion auf die schlechte Schulleistungen, hierbei kann der Alkoholabhängige entweder Situationsangemessen reagieren, in dem er ein ruhiges und aufmunterndes Gespräch mit dem Kind führt. Bei einem übermäßigem Alkoholkonsum in einer schlechten Stimmungslage, könnte eine Überreaktion auf die schlechten Schulleistungen erfolgen. Der abhängige Elternteil könnte laut Schreien und sogar handgreiflich werden. Die Kinder könnten in der negativbehafteten Atmosphäre gefangen seien, deren Bedürfnisse und Interessen können so in den Hintergrund geraten. Als Folge sind die betroffenen Kinder des Öfteren sich selbst überlassen (vgl. Zobel 2017, 22). Das nichttrinkende Elternteil könnte allein für den verdienst des Lebensunterhaltes, die Versorgung der Kinder und des alkoholabhängigen Elternteils zuständig

seien. Häufig dreht sich alles um die Alkoholabhängigkeit des Partners und die Krankheit steht meistens im Mittelpunkt der Familie. Durch diese Mehrbelastung könnte der nicht abhängige Elternteil ebenfalls wenig Zeit und Ausdauer haben, sich um das Belangen der eigenen Kinder zu kümmern (vgl. Lambrou 1990, 19). Lambrou beschreibt weitere negative Folgen der elterlichen Alkoholabhängigkeit. Die Alkoholproblematik kann sowohl in der Familie als auch in der Öffentlichkeit geleugnet werden. Dadurch würden die Kinder lernen, dass die Alkoholkrankheit ein Tabuthema sei. Weder dürfte die Thematik besprochen noch dürften Gefühle und Ängste in einer belasteten Situation geäußert werden. Dieser Umgang kann zu einer ungesunden psychischen Belastung der betroffenen Kinder führen (vgl.ebd., 26).

Im nachfolgenden Kapitel geht die Verfasserin auf die Entstehung und Auswirkung einer Co-Abhängigkeit ein, dabei liegt der Fokus auf den betroffenen Kindern.

3.1 Familiäre Co-Abhängigkeit nach Monika Rennert

Der Begriff Co-Abhängigkeit entstand aus der amerikanischen Suchtkrankenhilfen, wo die Co-Abhängigkeit als eigenständige Krankheit gilt und mit einer primären Suchterkrankung gleichgestellt wurde. Die Personen, welche als Co-Abhängige bezeichnet werden, leben entweder mit dem Alkoholkranken zusammen oder haben eine enge Beziehung zu diesem. Die Beziehung zum Süchtigen und die ausgeprägte Hilfeleistung haben einen hohen Stellenwert und ziehen eine Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens des Co-Abhängigen mit sich (vgl. Rennert 2012, 119f).

Monika Rennert beschreibt den Weg in die familiäre Co-Abhängigkeit anhand eines Mobiles. Laut diesem sind in einem Familiensystem alle miteinander vernetzt trotz der eigenen Gefühle und persönlicher Entwicklungen. Nach Monika Rennert ist eine Familie ebenfalls durch aufgestellte Familienregeln und Traditionen verbunden wie die Mobile mit Drahtbügeln. Das System strebt nach einem Gleichgewicht, die Belastung des Drahtbügels bringt das System in ein Ungleichgewicht und die gewollte Balance geht verloren (vgl. Rennert 1990, 44). Demnach versucht das Mobile mit allen Mitteln die Balance herzurichten, gleichermaßen tun es auch die Familienmitglieder in einer alkoholbelasteten Familie. Aufgrund der divergenten Persönlichkeiten und Altersstufen reagieren die Familienmitglieder unterschiedlich. Der Alkoholabhängige leidet unter seiner Krankheit gleichermaßen wie die

Partnerin und die Kinder. Laut Monika Rennert ist die natürliche Reaktion der Kinder und der Partnerin dem Alkoholkranken helfen zu wollen, ihn zu beschützen. Er wird bemitleidet und rücksichtsvoll behandelt, seine Aufgaben werden unter den übrigen Familienmitgliedern verteilt, bis er wieder in der Lage ist seinen Pflichten nachzugehen. Dieses Bewältigungsmuster funktioniert nicht bei einer Suchterkrankung. Als Folge erkrankt nicht nur der Suchtkranke, sondern die gesamte Familie kommt in ein ungesundes Verhältnis (vgl. ebd.).

Die Familienmitglieder sind durch immer wiederkehrende Krisen, die mit der Alkoholabhängigkeit zusammenhängen überfordert. Vor allem Kinder können nicht mit der belastenden familiären Situation umgehen. Alle Beteiligten befinden sich unter andauerndem Stress. Die Sorge um den Abhängigen und das Gefühlchaos sind ständig präsent. Abschließend erwähnt Rennert, dass nicht alle Familien an der familiären Co-Abhängigkeit erkranken. So gibt es durchaus Familien, welche sich frühzeitig Hilfe holen und den Krankheitsverlauf gar nicht erst zulassen (vgl. Rennert 1990, 44f).

3.2 Bewältigungsstrategien betroffener Kinder (Rollenmodelle)

Wie oben beschrieben hat das Suchtverhalten Auswirkungen auf alle Mitglieder der Familie. Laut Wegscheider sind die Kinder gezwungen Überlebensstrategie zu entwickeln, weshalb die Kinder in dysfunktionalen Familien gewisse Verhaltensmuster und Rollen annehmen. Diese Rollen weisen den Kindern einen zwanghaften Charakter zu und mit der Zeit werden sie ein Teil der kindlichen Persönlichkeit (vgl. Wegscheider 1988, 91f).

Die Beobachtung von Wegscheider ist derzeit empirisch nicht belegt wird jedoch im klinischen Raum anerkannt (vgl. Rennert 2012, 99). Die Verhaltensweisen der betroffenen Kinder, welche anhand der Rollenmuster aufgelistet werden, sind wertvoll für die Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien (vgl. ebd.). Nach Wegscheider gibt es vier Rollenmodelle, die die Kinder aus alkoholbelasteten Familien übernehmen können: der Held, der Sündenbock, das stille Kind und der Clown. Folgend werden die einzelnen Rollen näher beleuchtet (vgl. Wegscheider 1988, 91f):

Der Held

Die Position des Helden ist enormen Druck ausgesetzt, in dieser Rolle wird versucht mit allen Kräften die Familiendefizite auszugleichen und auch dafür zu sorgen, dass die Geschwister geringeren Schaden durch die Alkoholproblematik erleiden. Kinder, die diese Rolle annehmen fühlen sich als Versager, da die Situation in der Familie nicht verändern werden kann. Eigene Erfolge führen dennoch zu Schuldgefühlen, weil es der Familie trotzdem schlecht geht. Der Held ist in seinen Anstrengungen alles in den Griff zu bekommen und zu perfektionieren gefangen. Bei dem Wunsch und der Zielstrebigkeit innerhalb dieser Rolle werden die eigenen Bedürfnisse vernachlässigt. (vgl. Wegscheider 1988, 113f).

Der Sündenbock

Der Sündenbock ist in seinem Verhalten provozierend, Vereinbarungen werden nicht eingehalten und der Familie werden weitere Probleme bereitet. Durch dieses oppositionelle Verhalten bekommt der Sündenbock negative Aufmerksamkeit. Dadurch wird vom eigentlichen Problem der Familie abgelenkt. Der Sündenbock erfährt innerhalb der Familie Zurückweisung und Vernachlässigung, als Folge werden die eigenen Gefühle hinter Wut versteckt. Hinter der Rolle des Sündenbockes versteckt sich eine tiefe Verletzbarkeit (vgl. ebd., 125f).

Das stille Kind

Die Familiensituation, belastet durch Konflikte und Alkoholdramen, verwirrt das stille Kind. Laut Wegschneider ist das Kind ein Einzelgänger, es zieht sich öfter in die eigene Traumwelt zurück. Demnach versucht es den Konflikten und den Leuten aus dem Weg zu gehen. Durch das Zurückziehen wird das Kind zum Außenseiter in der eigenen Familie und bekommt die wichtigen Ereignisse nicht mit (vgl. Wegscheider 1988, 137f).

Der Clown

Der Clown wird meistens, in den frühen Jahren von den Familienmitgliedern behütet und von der Realität bewahrt. Das kleine Kind bemerkt zwar, dass etwas nicht stimmt, wird jedoch von seinen Verwandten belogen. Somit wird es ängstlich und kann seine Angst nicht äußern, da niemand seine Angst unterstützt. Schließlich findet diese Angst keinen Ausweg, daher versucht der Clown durch seine

Kaspereien die Situation zu überspielen. Der Clown ist häufig Hyperaktiv, er lässt andere nicht Ausreden und ist zappelig. Sowie das stille Kind die Einsamkeit vorzieht braucht der Clown Kontakte und Aufmerksamkeit (vgl. ebd., 148).

Die aufgezeigten Rollenmodelle beschreiben die typischen Verhaltensmuster bei Kindern in alkoholbelasteten Familien. Dennoch hat jedes Kind seine eigene Art mit der belastenden Situation umzugehen, so dass kein Kind eine vollständige Überschneidung mit den oben beschriebenen Rollenmodellen aufweisen wird (vgl. Rennert 2012, 100).

3.3 Auswirkungen des elterlichen Alkoholismus auf die Kinder

In dem vorherigen Abschnitt wurden die verschiedene Rollenmodelle, in welchen sich Kinder aus alkoholbelasteten Familien wiederfinden, beschrieben. Zobel stellt einen Zusammenhang zwischen der familiären Belastung und der psychischen und sozioemotionalen Empfindung der Kinder her. Laut Zobel erleben die Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufiger Vernachlässigung und körperliche Misshandlung, als Kinder aus nicht alkoholbelasteten Familie. Dabei seien die physischen Misshandlungen eher sichtbar und belegbar als die psychischen Vernachlässigungen des Kindes (vgl. Zobel 2017, 42).

Um eine emotionale und körperliche Vernachlässigung des Kindes festzustellen, bedarf es die normale Entwicklung des Kindes aus nicht alkoholbelasteter Familie im Verhältnis zu betrachten. Hierbei sollte sich an der jeweiligen Altersstufe des Kindes orientiert werden. Unter der kindlichen Vernachlässigung versteht Zobel, die nicht befriedigten fundamentalen kindlichen Bedürfnisse. Als auch schlechte Beaufsichtigung der Kinder, die zu den möglichen körperlichen, seelischen Schädigungen des Kindes beitragen könnte. Hierbei lässt die mangelnde Elternaufsicht vermuten, dass die Eltern am Wohlergehen des Kindes nicht interessiert sind. Zobel erwähnt epidemiologische Studien, die einen Zusammenhang zwischen der kindlichen Vernachlässigung, und der psychischen und emotionalen Störungen des Kindes belegen. Dabei muss das Kind nicht zwingend in einer alkoholbelasteten Familie leben, um Vernachlässigung zu erfahren (vgl.ebd., 43f).

Zobel stützt sich auf mehrere Studien (vgl. Galaif⁴ et al. 2001; vgl. McGaha⁵/Leoni 1995; vgl. Mensching⁶ 2001; vgl. Walsh⁷ et al., 2003) die belegen, dass Kinder aus Alkoholbelasteten Familien häufiger körperlich misshandelt werden als die Kinder, die nicht aus alkoholbelasteten Familien kommen. Zudem erwähnt Zobel, dass die Gewalterfahrung geschlechtsspezifisch ist, da Jungs deutlich häufiger geschlagen werden als Mädchen (vgl. Zobel 2017:43).

Auch Gavez Keller und Beck benennen Studien, die belegen, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien deutlich häufiger vernachlässigt und körperlich misshandelt werden als Kinder, die nicht aus einer alkoholbelasteten Familie kommen. Den Studien zufolge geben 46 Prozent der befragten Personen aus alkoholbelastetem Haushalt, an, in der Familie körperliche und seelische Gewalt erlebt zu haben, als die Vergleichsgruppe. Häufiger sei die Rede von psychischer Gewalt, da 59,6 % der Befragten von seelischer Gewalt in suchtblasteten Haushalt betroffen waren. Die Vergleichsgruppe war mit 19% benachteiligt. Hierbei soll aufgezeigt werden, dass auch die Erfahrung der elterlichen Auseinandersetzung mit Gewaltanwendung für ein Kind schwerwiegende Folgen haben kann. Die betroffenen Kinder können Schuldgefühle entwickeln, weil sie nichts gegen die Gewalt in der Familie unternehmen können. Hierbei kommen negative Gefühle bei den Kindern auf, die zu einer negativen Selbstwirksamkeitserfahrung führen können (vgl. Gavez et al. 2017, 43f).

Insgesamt besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Eltern mit einem Suchtproblemen selbst in der Kindheit Gewalterfahrungen gemacht haben, daher übertragen sie den Erziehungsstil der eigenen Eltern auf das eigene Kind. Die Kinder, welche im eigenen Elternhaus Misshandlungen und Vernachlässigung erlebt haben, könnten in der eigenen Entwicklung beeinträchtigt werden, daher bestehe häufig die Gefahr einer sozioemotionalen Fehlentwicklung (vgl. Zobel 2017, 44).

⁴ E. R. Galaif et.al (2001), Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal of Studies on Alcohol*.

⁵ J.E. McGaha/E. L. Leoni (1995), Family violence, abuse, and related family issues of incarcerated delinquents with alcoholic parents compared to those with nonalcoholic parents.

⁶ M. Mensching (2001), Zusätzliche Diagnosen in der Pädiatrie: Vernachlässigung, Verwahrlosung, Misshandlungen und sexueller Missbrauch. *Kindheit und Entwicklung*.

⁷ C. Walsh/H. L MacMillan/E. Jamieson (2003), The relationship between parental substance abuse and child maltreatment.

Im Folgenden sollen die widrigen Lebensumstände der Kinder aus alkoholbelasteten Familien betrachtet werden. Hierbei geht die Verfasserin auf die schulischen Leistungen, das Verhalten und die Auswirkungen auf die Psyche ein.

3.3.1 Schulische Leistungsfähigkeit

Kinder aus alkoholbelasteter Familie können einen angestrebten Schulabschluss absolvieren, jedoch haben sie mehr Fehlzeiten und benötigen häufiger Unterstützung in der Schule, als die Klassenkameraden, die nicht aus einer alkoholbelasteten Familie stammen (vgl. Zobel 2017, 32). Laut Klein hängen die schulischen Probleme mit der belastenden familiären Situation der Kinder zusammen. So erleben die Kinder aus alkoholbelasteten Familien öfter Umzüge, Partnerwechsel der Eltern und ungünstige sozioökonomische Verhältnisse (vgl. Klein 2005, 111f).

Zobel stützt seine Aussagen auf mehrere Studien, die im Folgenden aufgegriffen werden. So war MacNicholl⁸ (1905) der Ansicht, dass 77% der Kinder aus alkoholbelasteten Familien, mangelnde kognitive Leistungsfähigkeiten aufweisen. Diese These wurde fünf Jahre später von Elderton und Pearson⁹ (1910) widerlegt (vgl. Zobel 2017, 34).

Folgende Lebensumstände müssen betrachtet werden, bevor von einer niedrigen Intelligenz bei betroffenen Kindern ausgegangen werden kann. Hiernach besteht bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien häufiger eine niedrigere Intelligenz als bei der Vergleichsgruppe, wenn der Suchtkranke Elternteil zusätzlich an einer psychischen Krankheit leidet (vgl. Zobel 2017, 35). Laut Johnson und Rolf¹⁰ (1988) besteht bei Kindern, die zwar aus einer alkoholbelasteten Familie stammen, dessen Eltern jedoch sozialökonomisch gut aufgestellt sind, kein niedrigerer Intelligenzquotient. Zudem muss beachtet werden, dass die kognitiven Fähigkeiten der Kinder nicht direkt mit der elterlichen Alkoholproblematik zusammenhängen (vgl.ebd.).

⁸ T.A. MacNicholl (1905), A study of the effects of alcohol on school children. The Quarterly Journal of Inebriety.

⁹ E. Elderton/K. Pearson (1910), A first study of the influence of parental alcoholism on the physique of the offspring. Eugenics Laboratory Memoirs X.

¹⁰ J. L. Johnson/J.E. Rolf (1988), Cognitive functioning in children from alcoholic and nonalcoholic families. British Journal of Addiction.

Die Studie von Poon et al.¹¹ (2000) belegte, dass Grundschulkindern aus alkoholbelasteten Familien, die von finanzieller Not und familiären Konflikten betroffen waren, enorme Leseschwierigkeiten haben. Es wird vermutet, dass die mangelnden Intelligenzleistungen als auch geringe sprachliche Fähigkeiten der betroffenen Kinder, aufgrund von mangelnder Förderung und schlechter Betreuung, auftreten und nicht wegen der Alkoholproblematik eines Elternteils an sich (vgl. ebd., 36).

3.3.2 Verhaltensauffälligkeiten

Kinder aus alkoholbelasteten Familien zeigen deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten als die Vergleichsgruppe. Als erstes sollen die somatischen und psychosomatischen Beschwerden näher erörtert werden. Demnach sieht Zobel keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen somatischen Beschwerden und dem elterlichen Alkoholismus. Hierbei muss die gesamte Lebenssituation der Kinder genau betrachtet werden (vgl. Zobel 2017, 49). Zobel greift die Studien von West und Prinz¹² (1987) auf, die einen Zusammenhang zwischen elterlichen Alkoholismus und den somatischen Beschwerden bei Kindern feststellen konnten. Auch Steinhausen¹³ (1982) fand bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien wesentlich mehr Auffälligkeiten als bei der Vergleichsgruppe. Demgegenüber fand Rimmer¹⁴ (1982), mithilfe von strukturierten Interviews keine signifikanten Unterschiede zwischen den betroffenen Kindern und der Vergleichsgruppe, in Bezug auf die somatischen Beschwerden. Auch Moos und Billigs¹⁵ (1982) konnten in der eigenen Studie keinen Zusammenhang zwischen elterlichen Alkoholismus und den somatischen Beschwerden feststellen (vgl. ebd.).

Zudem soll aufgegriffen werden, dass die einzelnen Studien den sozioökonomischen Status der Familie nicht einbezogen haben, somit werden die familiären Verhältnisse nicht betrachtet. Insgesamt konnte keine Eindeutige Schlussfolgerung in Zusammenhang zwischen somatischen Symptomen und elterlichen Alkoholismus

¹¹ E. Poon et.al. (2000), Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics during the early school years: differences related to subtypes of familial alcoholism. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.

¹² M. O. West/R.J. Prinz (1987), Parental alcoholism and childhood psychopathology. Psychological Bulletin.

¹³ H.C. Steinhausen/V. Nester/H. Huth (1982), Psychopathology and mental functions in the offspring of alcoholic and epileptic mothers. Journal of the American Academy of Child Psychiatry.

¹⁴ J. Rimmer (1982), The children of alcoholics. An exploratory study. Children and Youth Services Review.

¹⁵ R.H. Moos/A.G. Billings (1982), Children of alcoholics during the recovery process. Alcoholic and matched control families.

festgestellt werden, da die Studien in Bezug auf den Gesundheitszustand der Kinder unterschiedlich sind (vgl. Zobel 2017, 49).

Demgegenüber belegten nachfolgende Studien, dass die Kinder aus alkoholbelasteter Familie deutlich häufiger psychosomatische Störungen entwickelten als die Kontrollgruppe. Dabei greift Zobel die Studie von Nylander¹⁶ (1960) und Steinhausen et al. (1982) auf, die besagt, dass Kinder, die von dem elterlichen Alkoholismus betroffen sind, deutlich häufiger Verhaltensauffälligkeiten, wie emotionale Störungen und psychosomatische Symptome aufweisen (vgl. Zobel 2017, 50).

Die Verhaltensstörungen werden in zwei Gruppen unterteilt, einmal in die externalisierende und die Internalisierende Verhaltensstörung.

- Externalisierende Verhaltensstörungen

Die externalisierende Verhaltensstörung ist zum Beispiel die Hyperaktivität, auch als Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) genannt. Kinder, welche an einer Aufmerksamkeitsstörung erkranken, haben keine Ausdauer sich einer Aufgabe lange genug zu widmen. Es fällt Ihnen schwer still zu sitzen und sich auf eine Sache zu konzentrieren. Daher ist ADHS oft für die schlechte schulische Leistungen verantwortlich (vgl. Zobel 2017, 37). Die externalisierende Verhaltensstörung umfasst auch Störung des Sozialverhaltens. Nach dem fünften Kapitel des ICD 10 Katalog ist die Störungen des Sozialverhaltens „*ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens*“ (vgl. Zobel 2017, 38; zit.n. Dilling et al.1993, 297). Laut der Studie von Petermann¹⁷ (2000), wachsen die Kinder mit Störung des Sozialverhaltens in schwierigen und ungünstigen sozioökonomischen Bedingungen auf. Zudem haben sie öfter Eltern, die ebenfalls eine psychische Störung haben (vgl. Zobel 2017, 39).

- Internalisierende Verhaltensstörungen

Die internalisierende Verhaltensstörung äußert sich häufig in depressiven Episoden wie auch Angststörungen. Kinder aus alkoholbelasteten Familien leben in einer durch Spannung geprägter Familienatmosphäre. Dadurch entwickeln die Kinder Angststörungen vor allem Angst vor der Trennung von einer Bezugsperson.

¹⁶ I. Nylander (1960). Children of alcoholic fathers.

¹⁷ F. Petermann/C.A. Essau/U. Petermann (2000). Klinische Kinderpsychologie - Begriffsbestimmung und Grundlagen.

Auch Angst vor neu auftretenden Situationen, mit welchen das Kind noch nicht in Berührung gekommen ist (vgl. Zobel 2017, 40). Es wird auf die qualitative Studie von Maimann¹⁸ (2015) eingegangen, die anhand von narrativen Interviews, den Zusammenhang zwischen der Entstehung von psychischen Erkrankungen und das Aufwachsen in einer Familie mit Alkoholproblematik, belegt. Die qualitative Studie von Maimann beinhaltet fünf narrativ biographische Interviews von jungen Erwachsenen aus alkoholbelasteten Familien, alle beteiligten haben ihre Situation in der Familie aus der subjektiven Sicht beschrieben (vgl. Maimann 2015, 62). Laut der Studie ist ein belastendes familiäres Klima, fehlendes Vertrauen, schlechte innerfamiliäre Beziehungen und frühkindliche traumatische Erfahrungen in Zusammenhang mit verbalen und psychischen Aggressionen seitens der Eltern, für die Angstentstehung und Depressionen bei betroffenen Kindern verantwortlich (vgl. ebd., 65). Ebenfalls konnte beobachtet werden, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien ständig um die Aufmerksamkeit der Eltern kämpfen, demnach besteht die Häufigkeit einer manifestierenden Geschwisterrivalität. Die betroffenen Kinder müssen häufig schwierige familiäre Situationen ertragen, dies geschieht nicht folgenlos. Daher werden die oben genannten Störungen bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien öfter beobachtet, als bei Kindern, die nicht aus einer alkoholbelasteten Familie stammen (vgl. Zobel 2017, 41).

Zusammenfassend soll erwähnt werden, dass die elterliche Alkoholabhängigkeit und die oben erwähnten Symptome nicht eindimensional betrachtet werden dürfen. Vielmehr sollen die familiäre Verhältnisse, die durch die elterliche Alkoholabhängigkeit entstehen in den Zusammenhang mit kindlichen Symptomen näher untersucht werden (vgl. ebd., 38).

4. Was brauchen Kinder für eine gesunde Entwicklung aus der Sicht der Bindungstheorie

Im folgenden Kapitel wird die Beschreibung der Bindungstheorie nach John Bowlby und Mary Ainsworth zusammengefasst. Die entwickelte Theorie von John Bowlby und Mary Ainsworth hat im großen Umfang zu den Bereichen der

¹⁸ R.R. Maimann (2015), Aufwachsen im Sozialisationsumfeld alkoholbelasteter Familien. Eine qualitative Studie mit narrativen biografischen Interviews.

Psychotherapie, Entwicklungspsychologie und der Pädagogik beigetragen (vgl. Bowlby et al. 2010, 13).

Die Bindungstheorie beinhaltet Erkenntnisse aus den Bereichen Ethnologie, Entwicklungspsychologie und der Psychoanalyse. Dabei untersucht die Bindungstheorie die emotionale Entwicklung der Kinder und stellt den Zusammenhang zwischen der elterlichen Bindung und der gesunden psychischen Entwicklung der Kinder her (vgl. Brisch 2018, 35). Bowlby beschreibt zwei Arten von Bindungen, einmal die sichere und die unsichere. Demnach fühlt sich ein sicher gebundenes Kind, beschützt und sicher, durch die Verbindung mit den Gefühlen wie Liebe und Geborgenheit. Dagegen fühlen sich ungebundene Kinder ängstlich und sind häufig beklommen. Dem zur Folge ist eine sichere Bindung eine wichtige Grundlage für die gesunde emotionale Entwicklung der Kinder. Im Gegenteil kann eine unsichere Bindung Entwicklungsstörungen und in den schlimmsten Fällen psychische Erkrankung des Kindes begünstigen (Holmes/Wimmer 2006, 88). Laut Bowlby hängt die Persönlichkeitsentwicklung von den Umwelteinflüssen, denen ein Individuum ausgesetzt ist, ab. Die zwischenmenschlichen Beziehungen nehmen einen wichtigen Teil unseres Lebens ein, die unterschiedlichen Bindungsmuster sind das Ergebnis unterschiedlicher Interaktionen und dies alles trägt zu Charakterbildung der Person bei. Wichtig ist auch zu erwähnen, dass die Kinder unterschiedliche Bindungsschemata in Bezug auf die Eltern haben, so kann das Kind eine sichere Bindung zu der Mutter, jedoch eine unsichere zu dem Vater haben. Daher gelten die Bindungsschemata als ein wichtiges Merkmal für die Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Holmes/Wimmer 2006, 130f).

Damit das Verständnis für ein Zusammenhang zwischen der Eltern-Kind-Beziehung und der psychischen Gesundheit des Kindes nachvollziehbar ist, werden die Konzepte der Bindungstheorie folgend in einem begrenzten Rahmen wiedergegeben.

4.1 Bindungstypen nach Ainsworth

Mary Ainsworth, die US-amerikanische Entwicklungspsychologin und die Hauptvertreterin der Bindungstheorie, entwickelte den Fremde-Situation-Test (FST). Auch wird es die „Fremde Situation“ genannt, dieser Test basiert auf den Beobachtungen von Müttern und derer Kleinkinder bei der Trennung. Der FST, hilft zu

verstehen, wie das Verhalten der Eltern die Persönlichkeitsentwicklung beeinflussen kann. Demnach konnten bemerkenswerte Erkenntnisse geliefert werden. Folgende Bindungsmuster konnten aufgrund von familiären Faktoren festgestellt werden (vgl. Bowlby et al. 2010, 101):

Sicher gebundene Kinder

Die Kinder mit diesem Bindungsmuster wissen, dass die Eltern sie in der Exploration unterstützen werden und ihnen den Rücken stärken, wenn es Misserfolge gibt. In unangenehmen oder ängstlichen Situationen sind die Eltern immer in Reichweite und reagieren auf die Signale des Kindes mit Feinfühligkeit.

Unsicher- ambivalent

Die Kinder mit diesem Bindungsmuster wissen nicht, wann die Eltern psychisch und physisch erreichbar sind. Daher zeigen diese Kinder in dem FST Trennungsängste, sie klammern sich an die Mutter. Diesbezüglich ergeben Therapiestudien, dass diese Kinder schon Trennungen erlebt haben und die Eltern wenig präsent waren.

Unsicher- Vermeidend

Die Kinder mit diesem Bindungsmuster haben öfter Ablehnung seitens der Bezugsperson erhalten, daher verzichten sie auf die fremde Hilfe und auch auf Zuneigung. Sie suchen nach psychischer Unabhängigkeit und laut Winnicott¹⁹ (1960) können sich daraus Persönlichkeitsstörung oder eine falsche Vorstellung des eigenen Ich entwickeln. Dieses Bindungsmuster kann aufgrund von ständiger Ablehnung der Mutter resultieren (vgl. Bowlby et al. 2010, 101).

Unsicher desorganisiert

Die Kinder mit diesem Bindungsmuster wirken verstört, sie erstarrten plötzlich oder bleiben unerwartet stehen, sind vorsichtig in ihrem Verhalten. Diesem Verhaltensmuster konnten keinen vorherigen Bindungsverhalten zugeordnet werden, daher entstand diese Eingruppierung etwas später. Es konnte herausgefunden werden, dass manche dieser Kinder stark vernachlässigt oder missbraucht wurden, andere haben eine psychische Störung entwickelt (vgl. Bowlby et al. 2010, 102)).

¹⁹ D.W Winnicott (1960), The maturational processes and the facilitating environment.

Die Beobachtungen belegen, wie stark das elterliche Verhalten sich auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirkt. Laut einer Studie von Stroufe²⁰ (1983), konnte man das spätere Verhalten von Kindern, anhand von oben erwähnten Bindungsmuster zuverlässig einschätzen. Demnach konnte festgestellt werden, dass sicher gebundene Kinder, beliebt, anpassungsfähig und Ideenreich sind. Im Gegensatz dazu wurden Kinder mit unsicheren Bindungsmuster als emotional isoliert, unsozial, feindselig, angespannt, impulsiv, hilflos, antriebslos oder machtgerig beschrieben. Abschließend konnte bestätigt werden, dass die Eltern-Kind- Beziehung sich positiv oder negativ auf die Persönlichkeit des Kindes auswirken kann (vgl. Bowlby et al. 2010, 104f).

4.2 Interne Arbeitsmodelle

Im Laufe der ersten Lebensjahre bilden Kinder ein internes Arbeitsmodell, dieses entsteht aus Interaktionsbeziehungen zwischen den Eltern und dem Kind. Die internen Arbeitsmodelle stellen das innere Bild der Außenwelt des Kindes dar (vgl. Holmes/Wimmer 2006, 100). Es wird auch als „inneres Modell“ des Verhaltens bezeichnet (vgl. Brisch 2018, 37). Am Anfang ist das Arbeitsmodell recht flexibel, es stabilisiert sich im Laufe der Zeit und entwickelt sich zu einer psychischen Repräsentanz. Das innere Arbeitsmodell kann sich sowohl auf bewusster als auch unbewusster Ebene entwickeln. Infolgedessen tragen die stabilen Bindungsmuster zur psychischen Stabilität des Kindes bei (vgl.ebd.,38). Aus diesem Grund haben sicher gebundene Kinder ein hohes Selbstwertgefühl und wissen, dass sie Liebe und Zuneigung wert sind, da sie von den Eltern Liebe und Fürsorge erhalten haben. Folgend wirkt sich der hohe Selbstwert des Kindes auf die zukünftigen Beziehungen aus. Umgedreht nehmen die unsicher gebunden Kinder ihre Umwelt eher als gefährlich war. Häufig sind sie übervorsichtig, glauben nicht an die eigene Fähigkeit, haben ein niedriges Selbstwertgefühl und glauben, dass sie keine Liebe und Zuneigung verdienen (vgl. Holmes/Wimmer 2006, 100). Laut Bowlby ist die Bindung zu einer Bindungsperson die unberechenbar oder abweisend ist, eine Bewältigung. Hierbei versucht das Kind sich an das Verhalten des suchtkranken Elternteils anzupassen und reduziert bei einem vermeidendem oder ambivalentem Bindungsmuster die eigenen Bedürfnisse, um nicht von dem Elternteil zum

²⁰ L.A Stroufe (1983). Infant caregiver attachment and patterns of adaptation in preschool: The roots of maladaptation and competence.

wiederholten Mal zurückgewiesen zu werden. Gleichzeitig kann sich das Kind vom betroffenen Elternteil nicht lösen. Demnach basiert die Eltern-Kind-Beziehung, in dem Bindungsmuster unsicher vermeidend und unsicher ambivalent auf der wiederholten Ablehnung. Gleichzeitig versucht das Kind, die Aufmerksamkeit und die Liebe der Bezugsperson zu erlangen. Folgend kann das Kind die negativen Emotionen nicht verarbeiten, das Gefühl allein zu sein und von niemanden geliebt zu werden schränkt das Kind in der emotionalen Entwicklung ein (vgl. Holmes/Wimmer 2006, 103). Das interne Arbeitsmodell begleitet den Menschen über sein ganzes Leben. Laut Bowlby werden die Bindungsmuster aus der Kindheit ins Erwachsenenalter mitgenommen und auf die nächste Generation übertragen (vgl.ebd.).

4.3 Bindungstheorie in Verbindung mit elterlichem Alkoholismus

Die oben erfolgte Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie, lässt vermuten, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien, aufgrund von schwierigen Lebenssituationen, über unsicher ambivalent oder vermeidende Bindungsmuster verfügen. Laut Bowlby sind traumatische Kindheitserlebnisse für die mögliche Entstehung psychischer Störungen und für die eigene Fehlwahrnehmung verantwortlich (vgl. Bowlby et al. 2010, 79). Kinder aus alkoholbelasteter Familie können dem suchtkranken Elternteil oftmals nicht vertrauen. Das Verhalten der Bezugsperson ist für die Kinder schwer einzuschätzen, da es in direkter Abhängigkeit mit dem Alkoholpegel steht. Der Alkoholpegel bestimmt die Stimmungslage des jeweiligen Elternteils, daher wachsen die Kinder in ständiger Unsicherheit auf. Häufig möchten die betroffenen Kinder die Alkoholproblematik gar nicht wahrnehmen (vgl. Lambrou 2017, 47). Nach Bowlby sind unsicher ambivalent gebundene Kinder ängstlich und verstört. Sie wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen. Sie beobachten die Bezugsperson genau, um ihr Verhalten einschätzen zu können (vgl. Bowlby et al. 2010, 101f). Demnach sind Kinder aus alkoholbelasteten Familien dem Bindungsmuster unsicher ambivalent zugeordnet, sie erfahren von den Eltern keinen Schutz und haben öfter Angst vor ihnen. Im Gegensatz zu sicher gebundenen Kindern können die unsicher ambivalent zugeordneten Kinder sich in gefährlichen Situationen nicht auf den Schutz und die Sicherheit durch die Eltern verlassen (vgl. ebd.). Hinzu müssen die Kinder häufig eigene Bedürfnisse unterordnen, da die Bedürfnisse des alkoholkranken Elternteils im Zentrum der Familie stehen (vgl. Zobel 2001, 40 f). Aus der Sicht der Bindungstheorie, sind die erwähnten

Lebensverhältnisse der betroffenen Kinder, für die unsicher vermeidende Bindung verantwortlich. Kinder, die dieses Bindungsmuster haben, minimieren die eigene Bedürfnisse und interagieren mit den Eltern auf Distanz, aus Angst vor Zurückweisung und Ablehnung (vgl. Bowlby et al. 2010, 101). Ebenfalls sieht Bowlby Probleme in dem elterlichen Pflegeverhalten, basierend auf der mangelnden Feinfühligkeit und Drohungen. Als Beispiel benennt Bowlby die Selbstmorddrohungen oder Androhungen das Kind wegzugeben. Gravierend für Bowlby ist die Situation des Rollentausches, wo das Kind sich um die Eltern kümmern muss um als ein gutes Kind bezeichnet zu werden. Daher stellte Bowlby eine Verbindung zwischen den Bindungsproblemen in der Kindheit und Krankheiten wie Depressionen, Phobien und psychopathologischen Störungen her. Bowlbys Vermutungen wurden später durch experimentelle Studien bestätigt. Das Schlüsselement für eine sichere Bindung ist die Feinfühligkeit der Bindungsperson und die Fähigkeit auf die kindliche Signale richtig reagieren zu können (vgl. Bowlby et al. 2010, 106 f).

Abschließend zeigt die theoretische Auseinandersetzung mit der Bindungstheorie deutliche Parallelen zwischen den unsicher ambivalenten und vermeidenden Bindungsmustern und dem Verhalten von Kindern aus suchtbelasteten Familien. Hierbei sollte erwähnt werden, dass Kinder mit einem unsicherem Bindungsmuster ebenfalls eine bemerkenswerte Widerstandsfähigkeit entwickeln können. Daher werden im folgenden Kapitel das Risiko,- und Schutzfaktoren von betroffenen Kindern vorgestellt.

5. Resilienz und Resilienzförderung

In diesem Kapitel wird der Begriff „Resilienz“ näher erörtert, denn nicht alle Kinder, die innerhalb widriger Lebensumstände aufwachsen, müssen zwingend einen psychischen Schaden erleiden. Es gibt Kinder, die durchaus eine Widerstandskraft aufweisen und zu gesunden Erwachsenen heranzuwachsen.

Wustmann (2004) bezeichnet die Resilienz als „psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken (vgl. Rönna-Böse et al. 2020, 12; zit. n. Wustmann 2004). Der Begriff „Resilienz“ wurde durch die Psychologin Emmy Werner mitgeprägt. Die US – amerikanische Psychologin beobachtete Kinder von der Insel Kauai und stellte fest, dass ein Drittel der Kinder sich trotz der widrigen Lebensumstände positiv entwickelten

(vgl. Geene et al. 2013, 34). Die Resilienz basiert auf zwei Bedingungen, es besteht eine Risikosituation und die Risikosituation wird positiv bewältigt.

Am Anfang der Resilienzforschung wurde die Resilienz als angeborener Charakterzug gedeutet und Menschen, die diesen „Charakterzug“ aufwiesen, wurden als „Wunderkinder“ bezeichnet. Was dazu führte, dass fehlende Resilienz als Charakterschwäche galt (vgl. Rönnau-Böse et al. 2020, 12). Der heutige Forschungsstand beweist, dass Resilienz nicht angeboren, sondern erlernt wird. Ebenfalls soll gesagt werden, dass die Resilienz wandelbar ist und für jeden anderen Lebensabschnitt neu erlangt werden muss. In der weitergefassten Begriffserklärung gilt die Resilienz als eine Komponente der Einzelfähigkeiten, diese Einzelfähigkeiten entwickeln sich in der Bewältigung von kritischen Alltagssituationen und werden dann in wiederholten kritischen Situationen angewendet (vgl.ebd.13).

Das Resilienzkonzept basiert auf persönlichen und sozialen Ressourcen, auf welche das Kind zugreifen kann, wenn es sich in einer Risikosituation befindet (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, 10). Soeben ist eine stabile Bindung zu einer Bezugsperson, eine wichtige Ressource für die gesunde Entwicklung des Kindes, wie in Kapitel 4 „*Was brauchen Kinder für eine gute Entwicklung aus der Sicht der Bindungstheorie*“ bereits vorgestellt wurde. Auch spielen die individuellen persönlichen Ressourcen eine wichtige Rolle, so kann ein überdurchschnittlich intelligentes Kind schneller Krisensituationen bewältigen, indem es Strategien entwickelt und planvoller handelt. Die Resilienzförderung stützt sich auf die Förderung von individuellen Stärken, das Kind ist aus dieser Sicht ein Experte des eigenen Lebens. Daher werden die Ressourcen des Kindes dazu genutzt mit Risikosituationen richtig umzugehen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, 11f).

5.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Die Risiko- und Schutzfaktoren stellen einen wichtigen Baustein für die Entwicklung der Resilienz dar. Folgend werden die Risikofaktoren genauer betrachtet, wobei die Faktoren, welche die kindliche Entwicklung beeinträchtigen im Mittelpunkt stehen. Soeben werden die Risikofaktoren als „*krankheitsbegünstigende, risikohöhen- und entwicklungshemmende Merkmale definiert, von denen potenziell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes ausgeht (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, 21; zit.n. Holtmann/Schmidt 2004)*“. Die Risikofaktoren werden in zwei Gruppen eingeteilt, einmal in die „Vulnerabilitätsfaktoren“, die

biologische und psychologische Aspekte beinhalten und die „Stressoren“, die das psychosoziale Umfeld des Kindes umfassen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, 21; zit.n Laucht et al. 2000; Wustmann 2004; Petermann et al. 2004). Demnach sind Kinder aus alkoholbelasteten Familien sowohl von Vulnerabilitätsfaktoren als auch von Stressoren betroffen.

Im folgendem werden die Risikofaktoren visualisiert:

Vulnerabilitätsfaktoren

- unsichere Bindungsorganisation
- geringe Fähigkeiten zur Selbstregulation von Anspannung und Entspannung (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, 22).

Stressoren

- Alkohol- und Drogenmissbrauch der Eltern
- Elterliche Trennung und Scheidung
- Inkonsequentes oder inkonsistentes Erziehungsverhalten der Eltern
- Soziale Isolation der Familie
- Ablehnung durch Gleichaltrige (vgl. ebd., 22f).

Laut Gildhoff und Böse, unter der Bezugnahme von Peterman et al. (2004), bedeutet nicht jeder Risikofaktor gleich eine Entwicklungsgefährdung, vielmehr begünstigen die Risikofaktoren in ihrer Häufung eine Entwicklungsstörung (vgl. ebd).

Demnach kann die Aussage getroffen werden, dass Kinder aus alkoholbelasteten Familien, häufiger Entwicklungsgefährdet sind als Kinder ohne einen trinkenden Elternteil. Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind mehreren Risikofaktoren ausgesetzt, dazu gehören vor allem die konflikthafter Auseinandersetzungen zwischen den Eltern, unberechenbares Verhalten des süchtigen als auch nicht süchtigen Elternteils, Loyalitätskonflikte und Unverlässlichkeit (vgl. Aichinger/Aichinger 2011, 146).

Nichtdestotrotz schaffen es die Kinder aus Suchtfamilien, sich als starke Persönlichkeiten zu entwickeln. Aufgrund von individuellen Stärken, bleiben die betroffenen Kinder resilient (vgl. Barnowski-Geiser 2015, 61). Dieses Phänomen wird in der Resilienzforschung als Schutzfaktor genannt, vielmehr handelt es sich dabei um Schutzfaktoren, welche die Risikosituation mindern. Hierbei umfassen die

Schutzfaktoren, die personalen und sozialen Ressourcen der betroffenen Kinder (vgl. Rönna-Böse et al. 2020, 17f).

Die Resilienzfaktoren stehen im Fokus dieser Arbeit, daher werden sie nachfolgend näher erläutert.

5.2 Resilienzfaktoren

Resilienzfaktoren sind „*Eigenschaften, die das Kind in der Interaktion mit der Umwelt sowie durch die erfolgreiche Bewältigung von altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im Verlauf erwirbt; diese Faktoren haben bei der Bewältigung von schwierigen Lebensumständen eine besondere Rolle (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönna-Böse 2015, 41; zit.n. Wustmann 2004, 46)*“. Rönna Böse (2013) konnte sechs relevante Kompetenzen benennen, welche die Kinder für die Bewältigung von Krisensituationen benötigen. Im Nachfolgenden werden diese Kompetenzen näher erläutert (vgl. Rönna-Böse et al. 2020, 19):

1. *Selbst- und Fremdwahrnehmung*: Die Fähigkeit eigene Emotionen und Gedanken zu verorten und sich selbst zu reflektieren. Ebenfalls in der Lage zu sein, die Gefühlslage von anderen Menschen angemessen zu beurteilen.
2. *Selbststeuerung*: In der Lage zu sein, die eigenen Gefühle in Krisensituationen unter Kontrolle zu bekommen und über Handlungsalternative zu verfügen.
3. *Selbstwirksamkeit*: In die eigenen Fähigkeiten zu vertrauen und in der Lage zu sein, unter gegebenen Umständen, eigene Ziele zu erreichen.
4. *Soziale Kompetenz*: Instande sein, sich in die anderen Menschen hineinzuversetzen, die sozialen Umstände zu beurteilen und angemessen darauf zu reagieren. Ebenfalls in der Lage sein, sich Hilfestellung zu holen, sobald die Situation unerträglich wird.
5. *Adaptive Bewältigungskompetenz*: Das Erkennen von eigenen Möglichkeiten und in der Lage sein, die Bewältigungsstrategien in der Krisensituation richtig anzuwenden. Ebenfalls instande zu sein, die gegebene Situation angemessen zu reflektieren (Rönna-Böse et al. 2020, 19).

Die oben genannte Resilienzfaktoren verhindern nicht die Belastungssituationen der Kinder, jedoch können diese Kompetenzen Zusammen betrachtet ein wirkungsvollen Schutz, bei der Bewältigung von Risikosituationen darstellen (vgl. ebd., 21).

Diese Arbeit bezieht sich auf Kindern aus alkoholbelasteten Familien, daher sollen die Schutzfaktoren, in Bezug auf diese heterogene Gruppe einbezogen werden.

Laut Aichinger hängt die positive Bewältigung der Stresssituationen von personalen und sozialen Ressourcen des Kindes ab. Hierbei bezieht sich Aichinger auf das „Challenge Modell“ von Wolin und Wolin (1995), wo die sieben Resilienzen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien erfasst wurden (vgl. Aichinger/Aichinger 2011, 150).

5.3 Resilienzfaktoren von Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Im vorliegenden Kapitel werden die Resilienzen, nach dem bedeutenden Challenge-Modell von Wolin und Wolin (1995), vorgestellt. Die sieben Resilienzen, die mithilfe von klinischen Interviews herausgefunden werden konnten, schützen die Kinder vor den psychischen Folgen des elterlichen Alkoholismus (vgl. Zobel 2017, 56).

Als nächstes werden die sieben Resilienzen nach Wolin und Wolin kurz vorgestellt:

Einsicht

Hierbei ist es wichtig, dass die Kinder mehr Information über Alkohol und Alkoholismus erfahren. Dadurch entsteht das Verständnis, dass das alkoholsüchtige Elternteil krank ist und derzeit nur wenig für seine Genesung unternimmt. Auch lernen die Kinder zu verstehen, dass der Alkohol Stimmungsschwankungen hervorrufen kann. Die Einsicht ermöglicht den Kindern, das Verhalten des suchtkranken Elternteils und die familiäre Situation, nicht auf sich zu beziehen (vgl. Zobel 2017, 56).

Unabhängigkeit

An dieser Stelle wird der emotionale und körperliche Abstand zu der Familie genommen. Dadurch kriegen die Kinder, den alkoholisierten Zustand des Elternteils weniger mit und können sich auf Beziehungen außerhalb der Familie einlassen. Ebenso können die Kinder, außerhalb der Familie positive Erfahrungen sammeln und dadurch die Normalität wahrnehmen. Diese Fähigkeit ermöglicht den Kindern aus alkoholbelasteten Familien, sich von dem Elternhaus und der gegebenen Verantwortung zu lösen (vgl. Zobel 2017, 57f).

Beziehungsfähigkeit

Die Beziehungsfähigkeit ermöglicht den Kindern aus alkoholbelasteten Familien einen Einblick in andere familiäre Verhältnisse. Hierbei wird die Fähigkeit, der kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Familie, gestärkt. Die Beziehungen außerhalb der Familie helfen dem Kind sich Ersatzbezugspersonen zu suchen. Die positiven Erlebnisse mit den Ersatzbezugspersonen, ermutigen die Kinder im Erwachsenenalter sich ebenfalls Beziehungen auszusuchen, welche auf gegenseitiger Wertschätzung beruhen. Abschließend können sich die Kinder aus alkoholbelasteten Familien vor der zukünftigen Alkoholabhängigkeit befreien (vgl. Zobel 2017, 57f).

Eigeninitiative

Hierbei erfahren die Kinder mithilfe der Eigeninitiative, die eigene Selbstwirksamkeit. Sie merken, dass sie etwas in der Welt bewirken können und dadurch Lob und Anerkennung erfahren. Daher ist es wichtig, dass diese Kinder für ihr Handeln positive Rückmeldung erhalten. Die Eigeninitiative zeigt sich in der Zielstrebigkeit und Begeisterung für unterschiedliche Projekte. Ebenso ist es wichtig, dass die Kinder für die gemachten Fehler nicht bestraft werden. Eine positive Haltung zu den Fehlern hilft den Kindern zu verstehen, dass aus Fehlern gelernt werden kann (vgl. ebd.).

Kreativität

Am Anfang sollen Kinder kreativ werden und so die Möglichkeit haben sich auszutoben und spielerisch die Welt zu entdecken. Mithilfe der Kreativität bekommen die Kinder aus alkoholbelasteter Familie die Möglichkeit aus dem familiären Alltag zu entfliehen, als auch die Chance, die eigene Gefühlslage künstlerisch darzustellen (vgl. Zobel 2017, 58).

Humor

Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien leben oft in einer bedrückenden häuslichen Atmosphäre. Eine humorvolle Einstellung zu der bedrückenden Situation hilft den Kindern die Ernsthaftigkeit abzulegen. Der Humor entwickelt sich durch lustige Spiele mit Gleichaltrigen oder Erwachsenen, dadurch lassen sich die Kinder von

der häuslichen Atmosphäre ablenken. Ebenfalls stellt das Lachen eine wichtige Funktion für die Erhaltung der psychischen Gesundheit dar (vgl.ebd.).

Moral

Die Fähigkeit zwischen Gut und Böse zu unterscheiden. Die Moral ermöglicht den Kindern im ethischen Rahmen zu handeln. Dies ist meistens schwierig, da die Kinder aus alkoholbelasteten Familien, aufgrund der häuslichen Verhältnisse nicht wissen, welches Verhalten grenzwertig ist und welches nicht. Daher ist es wichtig, dass die Kinder außerhalb der Familie interagieren, damit sie die moralischen Grundsätze und Haltungen in der Gesellschaft kennenlernen (vgl.ebd.,59). Nach Wolin und Wolin (1995, 1996) entwickeln sich die Resilienzfaktoren über die Lebensspanne. Folgende Tabelle visualisiert die Wichtigkeit, der oben genannten Resilienzen, für das Erwachsensein der betroffenen Kinder (vgl. Zobel 2017, 57):

Die sieben Resilienzen und ihre Entwicklung über die Lebensspanne
(Wolin & Wolin, 1995, 1996)

	Kind	Jugendlicher	Erwachsener
Einsicht	Empfinden	Wissen	Verstehen
Unabhängigkeit	Sich lösen	Sich befreien	Getrennt leben
Beziehungsfähigkeit	Bindungen aufbauen	Andere Elternfiguren/Freunde werben	Bindungen eingehen
Initiative	Erforschen	Arbeiten	Erschaffen
Kreativität	Spielen	Formen	Entwerfen
Humor	Spielen	Formen	Lachen
Moral	Urteilen	Bewerten	Dienen

Tabelle 1: Die Sieben Resilienzen und ihre Entwicklung über die Lebensspanne
(vgl. Zobel 2017, 57)

Laut Aichinger und Aichinger erhalten die Kinder aus alkoholbelasteten Familien wenig Resilienzförderung. Kinder aus alkoholbelasteten Familien brauchen frühzeitige Maßnahmen, welche präventiv und unterstützend wirken (vgl. Aichinger/Aichinger 2011, 151).

6. Wie kann Soziale Arbeit betroffene Kinder unterstützen?

Dieses Kapitel thematisiert die Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder aus alkoholbelasteten Familien durch die Tätigkeiten der Sozialen Arbeit. Zu diesem

Zwecke müssen zuvor die gegebenen Lebensumstände von Kindern aus alkoholbelasteten Familien präzisiert werden.

Wie in Kapitel 3 „*Lebensbedingungen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien*“ beschrieben, können die Kinder nicht immer eine sorglose Kindheit genießen. Aufgrund der Abhängigkeit eines Elternteils könnte das Familienleben durch häufige Konflikte und mangelnde Zuwendung geprägt sein. Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien misstrauen häufig eigenen Beobachtungen und Gefühlen, dadurch können sie zur unsicheren Erwachsenen heranwachsen (vgl. Zobel 2006, 22f). Die Soziale Arbeit könnte die betroffenen Kinder auf direktem Wege unterstützen, ein besserer Zugang zu solcher Unterstützung wäre hierzu obligat. Die Hilfemaßnahmen zielen zwar auf die Unterstützung der Kinder ab, müssen jedoch die Eltern mit einbeziehen (vgl. Klein 2005, 195.). Die Jugendhilfe hat gemäß SGB VIII §1 des Kinder,- und Jugendhilfegesetzes den Auftrag das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen zu schützen, die Kinder bei der individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern, als auch Erziehungsberechtigte zu beraten und unterstützen. Somit ergibt sich ein eindeutiger, am Kindeswohl orientierter Rahmen in der Profession der Jugendhilfe (vgl. Hinze/Jost 2006, 112). Demnach sollte das Jugendamt die Kinder und Jugendlichen in die richtigen situationsbezogenen Beratungs- und Gruppenangebote vermitteln (vgl. BKK 2007, 41). Essenziell für die Soziale Arbeit ist die Unterstützung der gesamten Familie, da die einzelnen Mitglieder sich wechselseitig beeinflussen. Die rein punktuelle, nur am Alkoholproblem orientierte Hilfe ist nicht ausreichend (vgl. Geene/Böhm 2013, 91). Die Arbeit mit elterlichen Suchterkrankung erfordert viel Zeit und intensive Arbeit mit der Familie (vgl. Hinze/Jost 2006, 30).

Im Rahmen einer empirischen Studie der Jugendämter des Landes Brandenburg, in den Jahren 2001-2002, konnten wichtige Erfahrungen für die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien, festgehalten werden. Die Fachkräfte des Jugendamtes sehen die Alkoholproblematik, als ein familiäres Problem an, welches zu gesellschaftlicher Stigmatisierung führt. Demgemäß sollte eine gesellschaftliche Strategie, zur Bekämpfung der Alkoholsucht, etabliert werden (Hinze/Jost 2006, 30). Für die präventive Vorgehensweise ist eine Vernetzung zwischen der Suchthilfe und der Jugendhilfe förderlich. Die Zusammenarbeit stellt eine wichtige Basis für die Früherkennung der betroffenen Kinder dar. Bei der Früherkennung werden die ersten

Entwicklungsstörungen der betroffenen Kinder behandelt und dadurch kann eine gute Entwicklung des Kindes ermöglicht werden. Ebenfalls werden die betroffenen Kinder mithilfe der Kooperation zwischen der Sucht- und Jugendhilfe für die präventive Arbeit erreichbar. Dementsprechend basieren die Hilfen für Kinder aus alkoholbelasteten Familien auf Frühzeitigkeit, Dauerhaftigkeit und der Vernetzung der Maßnahmen. Allgemein sollen alle Institutionen der Sozialen Arbeit miteinander kooperieren, dadurch könnte die Effektivität des Hilfesystems erhöht werden (vgl. Klein et al. 2008, 450f).

Als Praxisbeispiel für eine gelungene Kooperation, zwischen der Jugendhilfe und der Suchtberatungsstellen, ist das Netzwerkprojekt "Connect" in Hamburg zu benennen. Das Projekt Connect verbindet viele Arbeitsfelder, die mit Kindern und Familien zusammenarbeiten. Dadurch entsteht ein großes Netzwerk, welches einen besseren Zugang zu vorhandenen Hilfsangeboten ermöglicht. Die Schwierigkeit des Hilfezugangs liegt an der starren Unterteilung des sozialen Systems, durch welches die Tätigkeiten, teils zu sehr auf verschiedene Zuständigkeiten aufgeteilt werden. Folglich wissen die hilfesuchenden Menschen nicht, an welche Anlaufstelle sie sich wenden können, um geeignete Unterstützung zu erhalten (vgl. Connect Sucht Hamburg 2020). Das Kooperationsprojekt koordiniert die vorhandenen Hilfsangebote und qualifiziert die Fachkräfte für fallorientierte Zusammenarbeit. Die Qualifikation der Fachkräfte geschieht mit Hilfe von Fortbildungen, in Rahmen derer die wichtigen Themen wie Sensibilisierung, Resilienz und traumatische Belastungen behandelt werden. Dazu werden den Fachkräften Kenntnisse und Methodiken für motivierende Gesprächsführungen, Ressourcenorientierte Arbeit und auch Kreativität vermittelt. Zudem ermöglicht die Zusammenarbeit eine Hilfeleistung, die über die Grenzen der eigenen Fachlichkeit hinausgeht (vgl. ebd.). Somit darf die Soziale Arbeit die Netzwerkarbeit nicht außer Acht lassen, denn die Kooperation stellt einen wichtigen Baustein für die Früherkennung und Frühintervention dar (vgl. Klein et al. 2008, 451f). Aufgrund des Tabupotenzials der Alkoholproblematik in der Familie, verbunden mit dem Schamgefühl des Kindes und der Eltern, ist es für Sozialpädagogen und auch andere Fachkräfte schwer, die betroffenen Kinder zu identifizieren. Außerdem ist ein großer Teil der Kinder aus Suchtfamilien unauffällig und verhält sich vernünftig, denn in der Herkunftsfamilie übernehmen sie meistens die Verantwortung für die eigenen Eltern und

Geschwister. Diesbezüglich übertragen die betroffenen Kinder, die Schuld der elterlichen Alkoholabhängigkeit auf sich, und nehmen den betroffenen Elternteil trotz des Fehlverhaltens in Schutz. Nicht umsonst werden die Kinder aus Suchtfamilien, als kleine Erwachsene bezeichnet (vgl. Schneider 2015, 248).

Die Identifikation von Kindern aus alkoholbelasteten Familien, ist mittels vorsichtiger Beobachtung möglich. In der Interaktion zwischen Gleichaltrigen, fallen die Verhaltensauffälligkeiten am meisten auf. Die Sozialarbeiter, sollten unter anderem auf die sprachlichen Fähigkeiten und auch auf das Reaktionsverhalten der Kinder achten. Die körperlichen Symptome wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, chronische Müdigkeit und emotionale Anspannung oder Ängste, können darauf hindeuten, dass das Kind aus einem alkoholbelasteten Elternhaus kommt. An dieser Stelle sei erwähnt, dass nicht jedes, im Verhalten auffällige oder gesundheitlich angeschlagene Kind, aus einer alkoholbelasteten Familie stammen muss (NACOA Deutschland). Demgemäß sollen die pädagogischen Fachkräfte über das Thema und die Folgen der elterlichen Alkoholabhängigkeit aufgeklärt sein. Die Resilienzförderung und Ressourcenentwicklung der betroffenen Kinder, sollen in den pädagogischen Alltag etabliert werden. Des Weiteren sind Früherkennungs- und Interventionsangebote bereits etabliert, mithilfe derer die betroffenen Kinder erreicht und primär gefördert werden können (vgl. Klein et al. 2008, 453). Alle Berufsgruppen, die mit Kindern zu tun haben, sollten sich Kompetenzen im Umgang mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien aneignen, denn mit einer hohen Wahrscheinlichkeit wird in der beruflichen Laufbahn, ein betreffendes Kind Hilfe und Unterstützung benötigen. Ebenfalls sind die meisten pädagogischen Fachkräfte, die ersten Bezugspersonen außerhalb des Familiensystems. In diesem Zusammenhang soll Sensibilität für die elterlichen Alkoholproblematik bestehen. Hierbei sind nicht nur die Kinder auf die Hilfsangebote angewiesen, sondern auch deren Eltern (vgl. BKK 2007, 9).

6.1 Kooperation in multiprofessionelles Netzwerk

Einen großen Stellenwert für die Unterstützung der Kinder aus alkoholbelasteter Familie, nimmt die Kooperation zwischen der Sucht- und Jugendhilfe ein. Ein gemeinsames Hilfsangebot der oben genannten Organisationen, kann alle Familienmitglieder unterstützen und begleiten. Möglicherweise können dadurch, weniger Kinder nach § 34 SGBVIII in Obhut genommen werden, wenn die Hilfe zum

richtigen Zeitpunkt erfolgte. Durch das frühzeitigere Einwirken in die Erziehung können die betroffenen Kinder, eher sorgenlose Kindheit erfahren (vgl. Hinze/Jost 2006, 67ff). Damit der kindlichen Belastungen im alkoholbelasteten Elternhaus entgegengewirkt werden kann, wurden folgende Angebote der Sucht und Jugendhilfe eingerichtet:

- Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen
- Begleitende Elternarbeit
- Freizeitpädagogische Maßnahmen
- Familienorientierte Arbeit
- Einzelhilfe- Fallarbeit mit betroffenen Kindern
- Psychotherapie
- Selbsthilfe- für junge Erwachsene oder erwachsene Kinder suchtkranker Eltern

(vgl. BKK 2007, 35).

Überdies benötigen die Kinder aus Suchtfamilien altersentsprechende Entlastungsangebote, weil die kindlichen Bedürfnisse, in direkter Verbindung zum Alter des Kindes stehen. Auch konnte festgestellt werden, dass die Verhaltensauffälligkeiten ebenfalls von der Altersstufe des Kindes abhängen. Demnach müssen die Möglichkeiten des professionellen Handelns von der Altersstruktur abgeleitet werden. Hierzu bietet die nachfolgende Tabelle, einen Überblick über die Möglichkeiten der Interventionen, untergliedert nach den Altersstufen von sieben bis zehn Jahre (vgl.ebd.).

7 – 10 Jahre			
Symptomatik der Kinder	Bedürfnisse	Möglichkeiten der Intervention	
		Suchthilfe	Jugendhilfe
<ul style="list-style-type: none"> - Schulversagen - Mangelndes Sozialverhalten (Konflikte mit Gleichaltrigen) - Erste Delinquenz 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfolg und das Gefühl von Kompetenz - Unterstützung und positives Feedback von Erwachsenen 	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Aufklärung der Eltern - Aufbau einer Behandlungsmotivation bei den Eltern - Hinweis auf SPFH - Suchtprävention - Angebot von spezifischen Kindergruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Freizeit- und Spielpädagogik - Offene Kinder- und Jugendarbeit - Kindertelefon - Erzieherische Hilfen - Heimerziehung - Hausaufgabenhilfe - Tagesgruppe - SPFH

Tabelle 2: Tabelle über primäre Symptomatik, Bedürfnisse der Kinder und Möglichkeiten der Intervention seitens der Sucht und Jugendhilfe

(vgl. BKK 2007, 37).

Folgend sollen die Unterstützungsangebote sich an den Bedürfnissen und Altersstufen der betroffenen Kinder orientieren. Demnach können wichtige Schutzfaktoren gefördert, und einer Rollenfixierung entgegengewirkt werden. Der Hilfezugang für schon bestehende Unterstützungsangebote, kann mithilfe der Kooperation und Vernetzung zwischen unterschiedlichen Institutionen und Professionen erleichtert werden. Durch den fachlichen Austausch werden die Angebote bekannt und könnten dann in das Hilfesystem integriert werden (vgl. DGKiM 2020, 69).

Die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Institutionen bringt auch einige Herausforderung für die beteiligten Fachkräfte mit sich. Die Zusammenarbeit muss koordiniert werden. Hierzu ist von großer Relevanz, dass die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche klar verteilt werden, sowie die Abklärung der jeweiligen Handlungsmöglichkeiten. Eine fallübergreifende Kooperation und Netzwerkarbeit, setzt grade vor dem Hintergrund der wechselseitigen Informationsdefizite, gegenseitiges Verständnis und Geduld voraus. Daher ist es wichtig durch eine enge Zusammenarbeit ein gemeinsames Fallverständnis zu erarbeiten (vgl. ebd.). Die folgende Tabelle visualisiert die eine gelungene Kooperation im Rahmen der Netzwerkarbeit:

Gelingensfaktoren für Kooperation im Netzwerk

Aufbau und Pflege eines lokalen Netzwerkes	Haltung und Kommunikation
<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung mit dem lokalen Koordinator der Frühen Hilfen bzw. Kinderschutz • Regelmäßige Teilnahme an Treffen der lokalen Netzwerke • Kenntnisse von Angeboten und Erreichbarkeit der Netzwerkpartner • Aufbau persönlicher Kontakte in einzelnen Bereichen (z.B. Jugendamt) • Schaffung von Transparenz bezüglich der eigenen Angebote und Erreichbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzender, respektvoller und kollegialer Umgang auf Augenhöhe • Ansprache und Klärung von Kommunikationsproblemen • Kenntnisse und Anerkennung der jeweiligen Kompetenzen • Gemeinsame Verantwortungsübernahme • Verbindlichkeit

Tabelle 3: Gelingensfaktoren für Kooperation im Netzwerk

(vgl. DGKiM 2020, 70)

Zusammenfassend bildet die systematische und verbindliche Kooperation aller beteiligten Institutionen und Professionen, eine Voraussetzung für die Versorgung der Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Schlussfolgernd ist die Kooperation in der Sozialen Arbeit zwischen Trägern der Jugendhilfe, Suchthilfe, öffentlichen Gesundheitsdienste und Institutionen des Bildungswesens unabdingbar. Dadurch kann frühzeitiges Eingreifen in die Strukturen der alkoholbelasteten Familien, mithilfe diverser Unterstützungsangebote des Netzwerkes, ermöglicht werden (vgl. DGKiM 2020, 71)

6.2 Zusammenarbeit mit den Eltern

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf Kindern aus alkoholbelasteten Familien, jedoch muss die Zusammenarbeit mit den Eltern explizit erwähnt werden. Allein mit Abstinenzerrreichung des betroffenen Familienmitglieds können die familiären Lebensbedingungen der Kinder deutlich verbessert werden. Oft wollen die Eltern die bestehende Alkoholproblematik in der Familie nicht wahrhaben, bis dahin ist den Eltern noch nicht einmal bewusst, welchen Schaden die Kinder davontragen könnten. Die Sicht der Eltern wird durch den Alkoholkonsum verschleiert, weshalb die Realität anders wahrgenommen wird (vgl. Quast 2006, 113).

Sobald den Eltern bewusst wird, welche Auswirkungen das Trinkverhalten eines Elternteils auf die Kinder haben, fangen sie an, ihr Trinkverhalten zu reflektieren. Dadurch entsteht eine Veränderungsbereitschaft in Bezug auf den Alkoholkonsum. Die Sozialarbeiter oder auch andere Fachmitarbeiter, die mit Kindern und deren

Familien zusammenarbeiten, sollen im Gespräch mit den Eltern, konkrete Fakten und Situationen benennen, wo das Kindeswohl gefährdet wurde. Das Alkoholthema und das Trinkverhalten in der Familie soll angesprochen, und die notwendigen Veränderungen thematisiert werden. Es soll eine Sensibilisierung für kinderfreundlichen Lebensbedingungen, bei den Eltern, hervorgerufen werden. Falls der alkoholranke Elternteil bereit ist das Trinkverhalten zu reflektieren und die zuständige Fachkraft bemerkt, dass das betroffene Elternteil gewillt ist Veränderungen anzunehmen, sollte ein Gespräch über die Kontaktaufnahme bei der Suchtberatung oder Suchthilfegruppe erfolgen (vgl.ebd., 114).

An dieser Stelle wird auf den Multiplikatoren Leitfaden des Dachverbandes der Bundeskrankenkassen verwiesen. Der Multiplikatoren Leitfaden thematisiert das Suchtunterstützende Verhalten der Fachkraft in der Zusammenarbeit mit den Eltern. Oftmals begegnen die Sozialarbeiter der elterlichen Alkoholproblematik verständnisvoll und wollen das Klientel nicht bloßstellen. Demnach handeln die Hilfeleistenden Suchtunterstützend und verfallen in ein Co-Abhängiges Verhaltensmuster. Dadurch wird der betroffene Elternteil vor Konsequenzen bewahrt und situationgemäß entschuldigt. Diese Verhaltensweise funktioniert nicht bei einer Suchterkrankung, im Gegenteil muss das betroffene Elternteil mit Konsequenzen seines Alkoholkonsums konfrontiert werden. Schlussfolgernd müssen die Sozialarbeiter ihre Erziehungsverantwortung wahrnehmen, indem sie sich über die Arbeit mit Suchtfamilien informieren. Anschließend müssen die Sozialarbeiter, als auch andere pädagogische Fachkräfte, den Bildungs- und Erziehungsauftrag ernstnehmen und das Wohl des Kindes im Mittelpunkt der Zusammenarbeit mit den Eltern sehen (BKK- Dachverband 2007, 14).

Die Suchtbelasteten Familien brauchen professionelle Hilfe, um sich von der Alkoholabhängigkeit und deren Folgen zu befreien. Demgemäß soll den Eltern geholfen werden die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die eigenen Kinder wahrzunehmen. Folgend könnte der Sozialarbeiter einen Zugang zu den Eltern finden und sie von einer Zusammenarbeit überzeugen. Hierbei soll die Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit beachtet werden (vgl. Klein et al. 2008, 417)

Die Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit ist abhängig von:

- Integrationsgrad in vorhandene Beratungs- und Behandlungsangebote oder Selbsthilfegruppen
 - dem Auffälligkeitsgrad des möglichen symptomatischen Verhaltens ihrer Kinder
 - dem Ausmaß eines empfundenen „Schuldkomplexes“ im Zusammenhang mit der Suchterkrankung und den Folgen für die Kinder
 - der Unterstützung wichtiger Bezugspersonen der Eltern (Suchtberater, Familienhelfer, Verwandte usw.)
 - von dem Drängen ihrer Kinder, an einem Angebot für Kinder teilnehmen zu wollen
- (vgl. Klein et al. 2008, 418).

Die Elternarbeit konzentriert sich auf die Bedürfnisse und Ressourcen der betroffenen Familie, dadurch werden die Eltern in ihrer Erziehungsverantwortung gestärkt. Die Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit den Eltern ist eine wertschätzende Grundhaltung, ein verständnisvoller Umgang, sowie die Beachtung von Schwächen und Stärken des Familiengefüges. Die Hilfeleistenden müssen gemeinsam mit der Familie nach Lösungswegen suchen, damit ein positiver Entwicklungsprozess erreicht werden kann (vgl.ebd., 119f).

6.3 Kindesbezogene Interventionen

Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien werden, von der Öffentlichkeit oft als traumatisierte Persönlichkeiten wahrgenommen, welche nicht die Möglichkeit hatten, positive soziale Erfahrungen zu machen. Häufig werden die Stärken und Kompetenzen der betroffenen Kinder übersehen. Nicht alle Kinder aus Suchtfamilien entwickeln psychische und soziale Verhaltensauffälligkeiten. Im Gegenteil können die betroffenen Kinder starke soziale Kompetenzen entwickeln, wodurch die Möglichkeit entsteht die gemachten Erfahrungen, im späteren beruflichen Kontext, einzubringen. Ebenfalls können die Kinder aus alkoholbelasteten Familien ihren Alltag, ganz ohne Professionelle Hilfe meistern. Vorausgesetzt es besteht Kontakt zu einer verlässlichen Bezugsperson, außerhalb der Herkunftsfamilie (vgl. Klein et al. 2008, 407).

Dabei stellt sich die Frage, welche Interventionsmaßnahmen für die Kinder aus alkoholbelasteten Familien am geeignetsten sind. Die Unterstützungsmaßnahmen

können sich in Einzel- und Gruppenangebote, begleitende Elternarbeit und freizeitpädagogische Angebote gliedern. Vorab muss erwähnt werden, dass die Hilfsangebote für ein betroffenes Kind nur mit Zustimmung des Sorgeberechtigten wahrgenommen werden können. Anderweitig können die Kinder durch die Bildungseinrichtungen erreicht werden (vgl. Klein 2005, 192).

6.3.1 Arbeitsansätze

Laut Klein sind folgende Arbeitsbausteine für die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien, als Interventionsmöglichkeiten für die vorliegende Arbeit zu betrachten:

Familienorientierte Arbeit

Die ganze Familie soll in das Hilfeverfahren einbezogen werden, dies setzt jedoch voraus, dass das suchtbetroffene Elternteil bereit ist an dem eigenen Trinkverhalten zu arbeiten. Häufig bleibt es bei Gesprächen zwischen dem nicht betroffenen Elternteil und dem Kind. Meistens bemerkt das nichtsüchtige Elternteil die Entwicklungsstörungen des Kindes und aus Sorge um das Kind, werden die angebotene Unterstützungsmöglichkeiten genutzt (vgl. Klein 2005, 192).

Einzelhilfe und Fallarbeit mit den betroffenen Kindern

Die betroffenen Kinder werden durch den Alltag sozialpädagogisch begleitet, durch die kreativen und kulturpädagogischen Maßnahmen können alternative Verhaltensweisen erlernt werden. Mitunter werden Kunst- und ausdruckspädagogische Ansätze verstanden (vgl. ebd.)

Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen

Die Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen ist die gängigste Interventionsmaßnahme für Kinder aus Suchtfamilien. Die Gruppengröße beschränkt sich auf maximal 8 Teilnehmer, dabei soll die Gruppe von zwei Fachkräften, unterschiedlichen Geschlechts, geleitet werden. Die Idee dahinter ist, dass den Kindern und Jugendlichen eine stabile Beziehung zwischen Mann und Frau vorgelebt wird. Durch das Beobachten der Interaktionen zwischen den Fachkräften, können die Kinder einen respektvollen Umgang und andere Verhaltensweisen kennenlernen. Folglich sollen die Kinder die Elternrollen neu erleben. Ziel des Gruppenangebotes ist es, dass die Kinder in den eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen gestärkt werden. Mitunter sollen die Kinder die eigenen Möglichkeiten erkennen als

auch positive Austragung des Konfliktes kennenlernen. Dadurch wird die Konfliktfähigkeit gestärkt. Wichtig ist, dass die Gruppenangebote feste Rituale und Grenzen beinhalten (vgl. Klein 2005, 193).

Die Gruppenangebote stellen eine gute Interventionsmaßnahme für die Kinder aus alkoholbelasteter Familie dar, hierbei können die Kinder sich in einem sozialen Gefüge kennenlernen. Bestimmte Kompetenzen und Stärken können, aufgrund des Gruppenzusammensein, gestärkt und entwickelt werden. Hierbei soll Interventionsmaßnahme auf die Steigerung des Selbstwertgefühls beim Kind abzielen, ebenfalls sollen die Bewältigungsstrategien und die Fähigkeiten zur Problemlösung verinnerlicht werden (vgl. Klein 2005, 198).

Die Hilfsangebote für Kinder aus alkoholbelasteter Familie, dessen Wirkung wissenschaftlich belegt wurde, sind überschaubar. Daher ist es relevant das Trampolinprojekt zu beschreiben. Dies ist ein Unterstützungsangebot, welches sich im deutschen Raum viel Anerkennung verdient hat. Die Wirksamkeit des Projektes wurde wissenschaftlich belegt und durch die zentrale Prüfstelle des Spitzenverbandes, der gesetzlichen Krankenkassen als Stressbewältigungsprogramm, im Jahre 2016 zertifiziert (vgl. Mortler 2017, 36f).

6.3.2 Das Trampolin Projekt

Das Trampolin Projekt ist ein Unterstützungsangebot für Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien. Das Angebot beinhaltet aktuelle Erkenntnisse aus der Präventions- und Interventionsforschung und ist an Kinder zwischen 8 und 12 Jahren gerichtet. Die Kinder aus alkoholbelasteten Familien stellen eine Risikogruppe für die Entwicklung eigener Alkoholabhängigkeiten dar. Demnach versucht das Projekt präventiv gegen die Suchtmittelabhängigkeit vorzugehen. Das gesamte Konzept ist mit wenigen Materialien durchführbar, hauptsächlich liegt der Schwerpunkt auf der Resilienzforschung. In dem Unterstützungsangebot werden die Kinder über Alkohol, Sucht und die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf die gesamte Familie informiert. Hierbei wird das Thema Alkoholsucht enttabuisiert und die Kinder bekommen die Möglichkeit über eigene Erfahrungen und Empfindungen, in Zusammenhang mit Suchtmittelkonsums des betroffenen Elternteils, zu sprechen. Die Kinder werden befähigt, mit Hilfe von Stressbewältigungsstrategien, sich in den Krisensituationen zu entlasten. Das Projekt zielt vor allem auf den

Umgang mit eigenen Emotionen, den Aufbau des positiven Selbstkonzeptes und auf die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung. Zentral für die Gruppenarbeit ist auch die Einhaltung der festgelegten Rituale, dadurch wird den Kindern eine klare Struktur vermittelt. Dieses Vorgehen stärkt das Sicherheitsgefühl der Kinder (vgl. Klein et al. 2013, 9f).

Spätere Auswertungen des Programms belegen die positiven Entwicklungen von teilnehmenden Kindern und Jugendlichen. Demnach wurde eine Stärkung der Bewältigungsstrategien erreicht, zudem verbesserte sich das Sozialverhalten und auch die Selbst- und Fremdeinschätzung. Insgesamt hat das Trampolin Projekt zu Stärkung der Widerstandskraft bei den teilnehmenden Kindern geführt (vgl. Klein et al. 2013, 20).

Nach Klein (2013) sollen die Unterstützungsangebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien, Zielgruppen orientiert gestaltet werden. Demnach müssen verschiedene familiäre Kontexte berücksichtigt werden. Die Belastungen und Probleme sollen konkret erfasst und in das Hilfskonzept integriert werden. Empfehlenswert ist die individuelle Risiko- und Schutzfaktoren des Kindes zu erfassen und in die Interventionsmaßnahmen zu integrieren. Um die Wirksamkeit des Gruppenangebotes zu erreichen, sollen die Programme an die jeweilige Gruppe angepasst werden. Genau auf diesen Aspekten basiert das Trampolin- Projekt (vgl. ebd., 24).

Die Fachkräfte der Sozialen Arbeit können Gruppenangebote, basiert auf dem Trampolin Programm gestalten. Dafür müssen folgende Rahmenbedingungen eingehalten werden. Das Programm ist für Kinder unter 12 Jahren gestaltet, bei älteren Kindern besteht die Teilnahmebereitschaft im geringen Maße. Zudem möchten die älteren Kinder sich von der elterlichen Alkoholsucht distanzieren, anstatt sich mit der Alkoholthematik auseinander zu setzen. Eine wichtige Voraussetzung für ein gelungenes Unterstützungsangebot ist die Einbeziehung des alkoholbelasteten Elternteils, zumal eine Einverständniserklärung durch einen Sorgeberechtigten, zu dem Gruppenangebot, vorgelegt werden muss (vgl. Klein et al. 2013, 25).

6.4 Unterstützungsort Grundschule

Die Schule stellt, nach Geene und Böhm, die zweite Präventionsstufe für Kinder aus alkoholbelasteten Familien dar. Die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils führt zu einer Distanzierung der Familie aus dem gesellschaftlichen Leben. Mit der

Folge, dass Prävention- und Therapieangebote die betroffenen Familien nicht erreichen. Aus der Schulpflicht resultiert, dass alle Kinder die Schule besuchen müssen und somit täglich mit gleichaltrigen Kindern sowie Lehrern in Kontakt treten (vgl. Geene/Böhm 2013, 92).

Eine Schulklasse bildet eine heterogene Gruppe, wo Kinder gleichen Alters miteinander interagieren. Das gemeinsame Spielen, Lernen und freundschaftliche Beziehungen bilden die sozialen Fertigkeiten des Kindes aus. Somit kann die Schule für manche Kinder als ein Schutzort fungieren. Ebenfalls kann die Schule für manche Kinder ein Risikofaktor darstellen. Mögliche Gründe dafür hängen mit der Persönlichkeit und der Charaktereigenschaft des Kindes zusammen. Demnach können manche Kinder nur schwer Freundschaften knüpfen, andere wiederum werden Opfer von Mobbing. Ebenfalls kann es vorkommen, dass die Person des Lehrenden nicht zum jeweiligen Kind passt (vgl. Ehmke/Schaller 1997, 175).

Nichtdestotrotz bietet die Schule für die meisten Kindern die Möglichkeit eigene Selbstwirksamkeit zu erfahren. Die Schule ermöglicht Einsichten in andere Familienstrukturen, demnach erkennen die Kinder, dass mit der eigenen Familie „etwas nicht stimmt“. Sie fangen an die eigenen familiären Verhältnisse zu hinterfragen und distanzieren sich immer mehr von dem eigenen, schädigenden Umfeld (vgl. ebd., 178).

Ebenfalls bietet die Schule viele Nachmittagsangebote an, wo individuelle Fähigkeiten entfaltet werden können. Die schulischen Veranstaltungen wie Ausflüge, Aufführungen und Feste geben den betroffenen Kindern kostbare Erfahrungen, welche gegebenenfalls suchtpreventiv wirken können. Die Elternsprechtage und generell der Austausch zwischen der Schule und den Eltern, ermöglicht den pädagogischen Fachkräften, das familiäre Umfeld der Kinder kennenzulernen. Daraus ergibt sich eine enge Kooperation zwischen der Schule und den Eltern, wodurch die Unstimmigkeiten in der Familie von Fachkräften erkannt werden könnten (vgl. Ehmke/Schaller 1997, 180).

In dieser Hinsicht könnten die Lehrer und auch Schulsozialarbeiter schon früh die Vermutung anstellen, dass eine Alkoholproblematik in der jeweiligen Familie besteht. Daher ist es empfehlenswert, dass die Fachkräfte über Handlungsanweisungen in Bezug auf alkoholbelastete Familien verfügen. Voreiliger Handel würde dem

Kind in erster Linie nur schaden, zudem besteht die Gefahr, die Eltern überstürzt zu beschuldigen. Die Anzeichen für eine Suchterkrankung müssen mit konkreten Fakten belegt werden. Auf reine Verhaltensauffälligkeiten des Kindes kann sich die Fachkraft nicht stützen, denn auch Kinder, die nicht aus einem alkoholbelasteten Haushalt kommen, können Verhaltensauffälligkeiten wie Angstepfinden und Kontaktschwierigkeiten entwickeln (vgl. Zobel 2017, 218f).

Folgend muss das Vorgehen von Schulsozialarbeiter genau geplant werden, demnach besteht die Möglichkeit das Kind auf die häuslichen Verhältnisse anzusprechen. Dabei ist ein Vertrauensverhältnis zum betroffenen Kind die Voraussetzung, dadurch wird das Kind ermuntert über das Tabuthema zu sprechen. Wichtig ist ein Loyalitätskonflikt beim Kind zu vermeiden. Hierzu sollten die Schulsozialarbeiter das Geständnis nicht als Anhaltspunkt für eine Alkoholproblematik in der Familie benennen. Demgemäß soll die Kontaktaufnahme zu den Eltern mit dem Einverständnis des Kindes geschehen. Bei einer Zustimmung muss das Gespräch vorbereitet werden, empfehlenswert ist es mit Kollegen, Vorgesetzten und anderen Fachkräften Rücksprache zu halten. Die Anzeichen für die Alkoholproblematik eines Elternteils muss genauer beobachten und schriftlich festgehalten werden. Viele Erzieher, Lehrer, Sozialarbeiter und andere pädagogische Fachkräfte berichten, dass sie viel zu lange mit dem Elterngespräch gezögert und es im Nachhinein bereut haben (vgl. Zobel 2017, 220).

Generell soll die Fachkraft sich mit eigenen Empfindungen in Bezug auf die Alkoholproblematik auseinandersetzen, bevor überhaupt ein Hilfsangebot zustande kommen darf. Die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien bedeutet viel Aufwand und kostet Kraft und Energie. Falls die Bereitschaft nicht besteht, das Hilfsangebot im vollen Umfang anbieten zu können, sollen andere Instanzen, die für die Hilfe am geeignetsten erscheinen, involviert werden (vgl. ebd.).

Sofern das betroffene Kind mit dem Elterngespräch nicht einverstanden ist, sollen andere Wege gefunden werden dem Kind zu helfen. Eine Meldung an das Jugendamt ist unabdingbar, wichtig ist, dass es sich nicht um eine anonyme Meldung handelt. Die Anonymität erschwert dem Jugendamt das Zusammenarbeiten mit der betroffenen Familie. Gegenwärtig kann eine gute Kooperation zwischen Jugendamt, dem Melder und den Eltern entstehen. Um eine Auseinandersetzung mit den

Eltern zu vermeiden, sollen die Eltern vorgewarnt werden oder im Nachhinein die Meldung begründet werden (vgl. Quast 2006, 137).

Zugleich soll dem Kind vermittelt werden, dass all seine Emotionen und der Wunsch nach Abgrenzung zu dem Familiengeschehen in Ordnung ist. Ebenfalls soll bedacht werden, dass die Konflikte in einer alkoholbelasteten Familie einen großen Raum einnehmen. Hierbei wäre das Angebot einer Bewältigungsstrategie, im Rahmen derer Wut und Aggression als Ressource für das betroffene Kind genutzt werden kann, wertvoll. Des Weiteren sollen die Kinder ermutigt werden die Gefühle zu dem betroffenen Elternteil auszusprechen, auch wenn diese sehr widersprüchlich sind (vgl. ebd.,169).

Zusammenfassend ist die Grundschule ein wichtiger Unterstützungsort für die Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Das Schulpersonal stellt für die Kinder wichtige Bezugspersonen dar, sie lehren, unterstützen und nehmen die Kinder als eigenständige Persönlichkeiten wahr. Die pädagogischen Fachkräfte der Schule übertragen die eigene Weltwahrnehmung auf die betroffenen Kinder. Hierbei agieren die Fachkräfte als Vorbilder und vermitteln Normalität, welche in Herkunftsfamilien der betroffenen Kinder so nicht vorkommt. Die betroffenen Kinder orientieren sich an der schulischen Bezugsperson und gewinnen an Objektivität. Abschließend soll das Schulpersonal in Bezug auf die familiäre Alkoholproblematik sensibilisiert werden. Auch wenn die pädagogischen Fachkräfte nichts an den Verhältnissen der betroffenen Kinder ändern können, können sie wertschätzend und unterstützend mit dem betroffenen Kind interagieren (vgl. BKK 2007, 9).

Fazit

Diese vorliegende Arbeit hat die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit für Kinder aus alkoholbelasteten Familien erarbeitet. Mit dem Ziel, folgende Fragestellung: "Wie kann die Soziale Arbeit die betroffenen Kinder unterstützen?" zu beantworten. Hierzu wurde das Thema der Alkoholproblematik und die familiäre Abhängigkeit detailliert erörtert. Innerhalb der Arbeit bezieht sich die Verfasserin explizit auf die Kinder aus alkoholbelasteten Familien und auf die Unterstützungsangebote der Sozialen Arbeit.

Wie in Kapitel 3 „*Situation der Kinder aus alkoholbelasteten Familien*“ bereits beschrieben, führt der Alkoholkonsum innerhalb der Familie zu einer

konfliktbelastenden Atmosphäre. Hierbei verursacht das widersprüchliche Verhalten des alkoholabhängigen Elternteils bei den betroffenen Kindern, das Gefühl der Anspannung und Verunsicherung. Zudem verfällt das gesunde Elternteil häufig in ein Co-Abhängigkeitsmuster und unterstützt unbewusst die Sucht des anderen Elternteils. Dabei rücken die Belange, des alkoholkranken Familienmitglieds, in den Vordergrund und die Kinder werden aus dem Mittelpunkt der Familie verdrängt. Als Folge entwickeln die Kinder eigene Bewältigungsstrategien, welche anhand von individuellen Verhaltensmustern gelingen. Wie im Kapitel 3.2 „*Bewältigungsstrategien betroffener Kinder (Rollenmodelle)*“ bereits beschrieben, nehmen die betroffenen Kinder Rollen ein, um sich von der familiären Situation zu distanzieren. Mit der Zeit kann das Kind, die eingenommene Rolle nicht mehr von der eigenen Persönlichkeit trennen. Es ist wichtig, dass die Sozialarbeiter über das Wissen von Rollentypisierung Verfügungen. Anschließend kann die Soziale Arbeit Gruppenangebote, die einer Rollenfixierung entgegenwirken und wo alternative Verhaltensweise gelernt werden könnten, auszubauen.

Im Rahmen des theoretischen Teils dieser Arbeit wurde dargestellt, dass die betroffenen Kinder zu einem großen Teil an Krankheitsbildern erkranken, welche vor allem die Psyche betreffen. Zu den am häufigsten beobachteten Pathologien zählen hierbei das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens. Die Soziale Arbeit, kann unter Anwendung gezielter Unterstützungsmaßnahmen den kindlichen Verhaltensauffälligkeiten entgegenwirken. Wie in Kapitel 6.3 „*Kinderbezogene Interventionen*“ bereits beschrieben, gliedern sich die Hilfemaßnahmen in Gruppen und/oder -Einzelangebote, so wie in freizeitpädagogischen Hilfemaßnahmen. Die gängigste Interventionsmethode für Kinder aus alkoholbelasteten Familien stellen jedoch die Gruppenangebote dar. Die Gruppenangebote zielen auf die Stärkung des Selbstwertgefühls und der sozialen Kompetenzen, als auch auf das Erlernen von passenden Bewältigungsstrategien. Durch die frühzeitige Inanspruchnahme eines solchen Angebots der Sozialen Arbeit, kann das Risiko, an einem psychischen Leiden zu erkranken, reduziert werden.

Die Voraussetzung für die Teilnahme an einem kinderbezogenen Interventionsangebot ist die elterliche Zustimmung. Hierbei stößt die Soziale Arbeit an die eigenen Grenzen, denn die meisten Eltern wollen die Suchterkrankung nicht wahrhaben, daher verweigern diese oft die Zustimmung für die Teilnahme an einem

Interventionsangebot. Demzufolge nimmt die Elternarbeit einen wichtigen Stellenwert ein. Wie in Kapitel 6.2 „*Zusammenarbeit mit den Eltern*“ bereits beschrieben, soll den Eltern geholfen werden die Auswirkungen des Alkoholkonsums auf die eigenen Kinder zu sehen. An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass die gute Zusammenarbeit mit den Eltern, die Qualität der Interventionsmaßnahme erhöht. Letztendlich müssen die betroffenen Kinder durch die Bildungseinrichtung erreicht werden. In Kapitel 6.4 „*Unterstützungsort Grundschule*“ wurde erläutert, weshalb es gar nicht so einfach ist ein betroffenes Kind zu identifizieren und worauf die Mitarbeiter der sozialen Arbeit achten müssen. Die genaue Beobachtung der Kinder und das Screening, nach den erlernten Kriterien, ist eine essenzielle Tätigkeit und bietet die Möglichkeit betroffene Kinder innerhalb der Bildungseinrichtung zu erkennen. Diese Tätigkeit darf im Rahmen der Sozialen Arbeit auf keinen Fall vernachlässigt werden, ansonsten besteht das Risiko das hilfebedürftige Kinder durch das „Raster“ fallen. Darüber hinaus darf der gesellschaftliche Aspekt, in Bezug auf die Alkoholproblematik, nicht außeracht gelassen werden. Aufgrund des hohen Tabupotentials der Alkoholproblematik in der Gesellschaft, sind die betroffenen Familien gezwungen, die Fassade einer gut funktionierenden Familie nach außen zu erhalten. Dadurch werden die betroffenen Kinder für die Soziale Arbeit schwerer erreichbar. Aus diesem Grund muss eine Enttabuisierung der Alkoholproblematik geschehen, damit die betroffenen Familien, für die Hilfesysteme, erreichbar werden und die nötige Unterstützung erhalten.

Die Soziale Arbeit hat die Möglichkeit mithilfe der Öffentlichkeitsarbeit, aufklärerische Maßnahmen zu gestalten. Indem zum Beispiel in Bildungseinrichtungen immer mehr Kinder und Jugendliche suchtspezifisch aufgeklärt werden. Hierzu könnten betreute Besuche von Infoveranstaltungen genutzt werden. Durch die Tätigkeit der Sozialen Arbeit soll die Öffentlichkeit mehr auf die Belange der Kinder aus alkoholbelasteten Familien aufmerksam gemacht werden. Damit ein allgemeines Verständnis für die Auswirkungen der elterlichen Alkoholsucht auf die Kinder entstehen kann. Allgemein nimmt der Ansatz von Öffentlichkeit,- und Sensibilisierungsarbeit, einen wichtigen Stellenwert, für die Erreichung der betroffenen Kinder, in der Sozialen Arbeit ein. Dadurch könnten die Menschen ermutigt werden auf Ihre Umgebung zu achten und gegebenenfalls die Vermutungen und Beobachtungen

den richtigen Instanzen mitzuteilen. Hierbei wäre der Allgemeine Soziale Dienst die erste Anlaufstelle für die Weiterleitung der eigenen Beobachtungen.

Die vorliegende Arbeit handelt von Kindern, die auf Unterstützungen der sozialen Arbeit angewiesen sind. Für eine möglichst effektive Hilfeleistung für diese Kinder aus alkoholbelasteten Familien, sollten die Professionellen der Sozialen Arbeit die Erkenntnisse von Wolin und Wolin zu den sieben Resilienzen beachten, welche in Kapitel 5.3 „*Resilienzfaktoren von Kindern aus alkoholbelasteten Familien*“ näher vorgestellt worden. Darüber hinaus können die Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit mithilfe von verschiedenen Programmen und Projekten gestaltet werden. Als Beispiel zeigt das Modellprojekt „Kinder Stärken“, dass die betroffenen Kinder mithilfe der Ressourcenorientierung im eigenen Alltag gestärkt werden können. Auch Freizeitaktivitäten tragen zur Situationsverbesserung der Kinder aus alkoholbelasteten Familien bei. Folglich trägt jegliche Art der Beschäftigungen, außerhalb des alkoholbelasteten Familienumfeldes, einen positiven Einfluss zu der Entwicklung der betroffenen Kinder bei. Die Soziale Arbeit hat Möglichkeiten die Kinder aus Suchtfamilien effektiv zu unterstützen. Hierbei arbeiten die Professionellen der Sozialen Arbeit mit Menschen aus allen Gesellschaftsschichten zusammen und können die Betroffene an die richtigen Institutionen und Projekte anbinden. Demnach kann die Soziale Arbeit bereits bestehenden Programme, für Kinder aus alkoholbelasteten Familien, in den pädagogischen Arbeitsalltag der Fachkräfte integrieren.

Durch die theoretische Auseinandersetzung mit der Alkoholproblematik wurde der Verfasserin bewusst, welche gravierende Auswirkungen die elterliche Alkoholabhängigkeit auf die Kinder haben kann. Umso wichtiger ist es, dass die Versorgungssysteme einen Weg finden, die betroffenen Familien besser zu erreichen und zu versorgen. Hierbei wäre die Vernetzung zwischen Schule, Tagesbetreuung, Kita und Suchthilfe noch einmal erwähnenswert. Wegen des fachlichen Austausches könnten die Fachkräfte die eigenen Vermutungen aussprechen und gegebenenfalls bestätigt bekommen. Ebenfalls könnte in einer Supervision die Reflexion des eigenen Handelns angeregt werden und somit wäre die Qualität der professionellen Arbeit gesichert. Meistens kommt die nötige Unterstützung erst dann, wenn der Verdacht auf die Kindeswohlgefährdung schon besteht. An dieser Stelle ist es wichtig genug Förderprogramme für die betroffene Familien zu schaffen, damit

eine bundesweite Versorgung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien erfolgen kann. Gleichmaßen sollen Angebote und Projekte, speziell für Kinder aus alkoholbelasteten Familien eingerichtet werden, die möglicherweise parallel mit der Suchttherapie verlaufen können. Folglich erscheint die Kooperation zwischen der Sucht- und Jugendhilfe für das oben genannten Unterstützungsangebot am geeignetsten. Dadurch könnte die Familie als ein Ganzes unterstützt und aufgefangen werden.

Abschließend sollte an den in der Gesellschaft herrschenden Vorurteilen in Bezug auf die alkoholbelasteten Familien gearbeitet werden. Denn auch alkoholranke Eltern können gute Eltern für die eigene Kinder sein und sich das Beste für Ihr Kind wünschen. Sie sind bloß aufgrund der Krankheit verhindert und unfähig die Elternrolle optimal auszuführen. Die Stigmatisierung durch die Gesellschaft führt teilweise dazu, dass Hilfsangebote erst später in Anspruch genommen werden. Aus diesem Grund sollte die Soziale Arbeit durch zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit an dem gesellschaftlichen Bild der betroffenen Familien ansetzen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Literaturverzeichnis

Monografien

Aichinger, A., Aichinger, A. (2011). Resilienzförderung mit Kindern. 1. Auflage. Kinderpsychodrama, Bd.-Nr. 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Barnowski-Geiser, W. (2015). Vater, Mutter, Sucht. Wie erwachsene Kinder suchtkranker Eltern trotzdem ihr Glück finden. Hilfe aus eigener Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Bowlby et. al (2010). Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. 2. Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Brisch, K.H. (2018). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie, 15. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Cork, R.M (1969). The forgotten children. A study of children with alcoholic parents. (Ed): Paperjacks.

Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (Hg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10, Kapitel V (F). Bern: Huber Verlag.

Ehmke, I./Schaller, H. (1997). Kinder stark machen gegen die Sucht: der praktische Ratgeber für Eltern und Erziehende, Herder-Spektrum Nr.4538. Freiburg im Breisgau: Herder Verlag.

Eigen, L.D/Rowden, D. (1995). Children of Alcoholics: Selected Readings. (s.l.): National Association for Children of Alcoholics.

Fritzsche, S. (2016). Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In: Suchttherapie: Kein Zug nach Nirgendwo. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, 1–111.

Gavez, S./Keller, S./Beck, T. (2017). Zurück in den Alltag. Mütter nach Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit. 1. Auflage. Opladen Berlin Toronto: Budrich UniPress Ltd Verlag

Geene, R./Böhm, K./ Marchwacka, M. A. (Hg.) (2013). Kinder aus suchtblasteten Familien. Lebenssituation und Unterstützungsbedarf. In Gesundheitsförderung im Setting Schule. Wiesbaden: Springer Fachmedien Verlag, 83-96.

- Geene, R./Höppner, C./Lehmann, F. (Hg.) (2013). Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur Kindergesundheit, 1. Auflage. Bad Gandersheim: Gesunde Entwicklung Verlag.
- Hinze, K./Jost, A. (2006). Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Holmes, J./Wimmer, A. (2006). John Bowlby und die Bindungstheorie, 2. Auflage. München: Reinhardt Verlag
- Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations,- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Schriftenreihe angewandte Suchtforschung. Regensburg: S. Roderer Verlag.
- Klein, M./Wiswasi, S. al-/Bätzing-Lichtenthäler, S. (Hg.) (2008). Kinder und Suchtgefahren. Risiken - Prävention - Hilfen. Mit 40 Tabellen. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Klein, M. (Hg.) (2008a). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In Kinder und Suchtgefahren. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Klein, M./Moesgen, D./Bröning, S./ Thomasius, R. (2013). Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das "Trampolin"-Programm, Therapeutische Praxis. Göttingen Bern Wien Paris Oxford Prag Toronto Boston Amsterdam Kopenhagen Stockholm Florenz: Hogrefe Verlag.
- Lambrou, U. (1990). Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Originalausgabe. Rororo Sachbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Lindenmeyer, J. (2013). Ich bin kein Alkoholiker! Berlin Heidelberg: Springer Berlin Heideberg Verlag.
- Petermann, F. (Hh.) (2000). Klinische Kinderpsychologie - Begriffsbestimmung und Grundlagen. In Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Rönnau-Böse, M./Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Rennert, M. (2012). Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet, 3., aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Rönnau-Böse, M./Fröhlich-Gildhoff, K. (2020). Resilienz im Kita-Alltag. Was Kinder stark und widerstandsfähig macht. 3. Auflage. Freiburg Basel Wien: Herder Verlag

Saß, H. et.al (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen Göttingen: Hogrefe Verlag.

Seitz, H. K. et.al. (2020). Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Bn.-Nr.1. 9. Auflage. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V Verlag.

Stroufe, L.A (1983). Infant caregiver attachment and patterns of adaptation in pre-school. The roots of maladaptation and competence. Minnesota. Development and policy concerning children with special needs.

Schneider, R. (2015). Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Informationen für Betroffene, Angehörige und Interessierte. 12 korrigierte Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

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

Wustmann, C. (2004). Resilienz: Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beiträge zur Bildungsqualität. Weinheim Basel: Beltz Verlag

Zobel, M. (2017). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und Chancen. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

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

Zeitschriften

Holtmann, M./ Schmidt, M.H (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung 13. 195–200

Laucht, M./Schmidt, M.H/Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Frühförderung interdisziplinär 19. 97–108.

Lindenmeyer, J. (2021). Alkoholabhängigkeit. In Psychotherapeut 66. 353–368.

Moos, R.H. & Billings, A.G. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. Addictive Behaviors, 7. 155-163

Nylander, I. (1960). Children of alcoholic fathers. Acta Paediatrica Scandinavia 49. (o.O.), 121.

Onlinequellen

Betriebskrankenkassen Bundesverband (2007). Kindern von Suchtkranken Halt geben – durch Beratung und Begleitung. Leitfaden für Multiplikatoren der Freundeskreise für Suchthilfe. Online unter: <https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/freundeskreise%20multiplikatorenleitfaden.pdf>.

(Zugriff: 21.06.2022).

Connect Sucht Hamburg (2020). Hilfe für Kinder aus suchtblasteten Familien. Kooperation und Vernetzung. Online unter: https://www.sucht-hamburg.de/images/shop/Dokumente/Connect_Faltblatt_Mrz2020.pdf.

(Zugriff: 21.06.2022).

DGKiM - Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin e.V (2020). Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. Ein Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen. Version 1.0. Online unter. https://www.dgkim.de/dateien/dgkim_leitfaden_praeventiver-kinderschutz_05-12-2020.pdf

(Zugriff: 25.06.2022).

Mortler, M. (Hg.) (2017). Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kinder aus Suchtblasteten Familien. Stuttgart. Online unter: [Broschuere Kinder aus suchtblasteten Familien.pdf \(bundesgesundheitsministerium.de\)](https://www.bmg.bund.de/SharedDocs/DE/Presse/Media/2017/07/20170717_Broschuere_Kinder_aus_suchtblasteten_Familien.pdf?__blob=publicationFile)

(Zugriff: 21.06.2022)

NACOA Deutschland (o.J.). Infos für Profis in Kita und Schule. Online unter: <https://nacoa.de/infos/infos-f%C3%BCr-profis/infos-f%C3%BCr-profis-in-kita-und-schule>

(Zugriff: 26.06.2022).

NACOA Deutschland (o.J.). Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. Zahlen und Fakten. Online unter: <https://nacoa.de/fakten/zahlen>

(Zugriff: 26.06.2022).