Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Alkoholismus in der Familie

Auswirkungen auf die Kinder und Möglichkeiten der Beratung und begleitenden Hilfen

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 07.06.2012
Vorgelegt von: Naarmann, Anne

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Georg Schürgers
Zweite Prüferin: Grit Lehmann

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3

2. Theoretischer Hintergrund zum Thema Alkoholismus 5

2.1 Alkohol 6

2.2 Sucht 6

2.3 Alkoholismus 7

2.4 Überblick über die empirische Forschung: Fakten und Zahlen 10

3. Die Familie aus systemischer Sicht 11

3.1 Fallbeispiel Familie F. 12

3.2 Die Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit auf das Familiensystem mit besonderem Blick auf die Kinder 14

3.3 Dynamische Rollenveränderungen innerhalb der Familie durch ein alkoholabhängiges Elternteil und die Folgen für die Kinder 18

3.3.1 Die Rolle des Helden und ihre Auswirkungen 19

3.3.2 Die Rolle des Schwarzen Schafs und ihre Auswirkungen 20

3.3.3 Die Rolle des Stillen Kindes und ihre Auswirkungen 21

3.3.4 Die Rolle des Clowns und ihre Auswirkungen 23

4. Kommunikation innerhalb der Familie 25

4.1 Was ist Kommunikation? 25

4.2 Störungsmuster in der Kommunikation einer dysfunktionalen Familie 26

5. Resilienz oder die kindliche Widerstandsfähigkeit 29

5.1 Risiko- und Schutzfaktoren als Teil des Resilienzkonzepts 31

5.2 Bewältigungsstrategien 34

5.3 Resilientes Verhalten fördern 36

6. Erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien 37

7. Hilfen und Beratungsmöglichkeiten für Kinder alkoholkranker Eltern und deren Ziele 39

7.1 Arbeitsansätze und Aufgabenbereiche der Beratungsstelle „Kompaß“ 42

7.2 Arbeitsansätze und Aufgabenbereiche des Jugendamts 44

8. Fazit 46

Abkürzungsverzeichnis 49

Literaturverzeichnis 50

Eidesstattliche Erklärung 55

1. Einleitung

In Deutschland nimmt das Thema Alkohol in Verbindung mit dem Begriff Sucht in den Köpfen der Menschen keinen allzu großen Stellenwert ein. Für die meisten Menschen gilt der Konsum von Alkohol nicht als Konsum einer legalen Droge, sondern vielmehr als Genussmittel, welches in unserem Kulturkreis zum guten Ton gehört. Er wird häufig mit den anderen legalen Substanzen wie Nikotin und Koffein auf eine Stufe gestellt und wird im Gegensatz zu illegalen weichen Drogen wie dem Konsum von Cannabis als harmlos betrachtet. Niemand geht in der Regel davon aus, auf einmal abhängig von oder süchtig nach Alkohol zu werden, obwohl sicher jedem Menschen in seiner näheren Umgebung, im Freundeskreis oder aber bei der Arbeit jemand mit einer Alkoholproblematik bekannt ist oder er schon einmal etwas dergleichen vermutet hat.

Der übermäßige Konsum von Alkohol kann zu folgenreichen Schäden für Körper und Seele führen. Auch die sozialen Auswirkungen können immens sein. Das missbräuchliche Trinken kann auf längere Sicht gesehen zu Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems führen. Ebenso kann es bspw. zu Krankheiten wie Krebs oder Leberzirrhose kommen. (vgl. Bloomfield/ Kraus/ Soyka 2008, 15) Der Konsum in der Schwangerschaft kann irreparable Schäden beim ungeborenen Kind hervorrufen. Das Bestehen einer Alkoholabhängigkeit kann Konflikte in Familie, Freundeskreis und Arbeitsumfeld mit sich bringen, die dazu führen können, dass der Betroffene immer tiefer in die Suchtspirale gerät. Dies wiederum führt neben der körperlichen Erkrankung zu einer Verstärkung des seelischen Leidens.

Doch häufig ist nicht der Betroffene derjenige, der am meisten leidet, sondern diejenigen, die um ihn herum leben und nicht die Möglichkeit haben, der Situation zu entfliehen. Besonders die Kinder leiden im Stillen und wachsen mit dem Gefühl ständiger Angst auf. Laut statistischem Bundesamt leben etwa 2,65 Millionen Kinder in Deutschland in Familien, in denen entweder die Mutter, der Vater oder beide Elternteile eine Alkoholproblematik aufweisen. Aufgrund der hohen Zahl der Kinder, die in Suchtfamilien aufwachsen, und im Wissen, dass jedes Familienmitglied von der Alkoholkrankheit eines einzelnen Elternteils betroffen ist und nicht nur der Abhängige, sondern die gesamte Familie leidet, wird in der Literatur daher häufig von der Familienkrankheit Alkoholismus gesprochen. Besonders die Kinder, die immer wieder als „die vergessenen Kinder“ betitelt werden, können sich der Situation und deren Folgen nur schwer entziehen. Sie sind gefangen in ihrem stillen Leiden und wachsen unter

völlig anderen Bedingungen auf als ihre Altersgenossen. Das Thema Alkohol bestimmt ihren Alltag und steuert ihr Verhalten und ihre Gefühle. Sie erlernen weder über ihre Gefühle und Nöte zu sprechen, noch sind sie sich dadurch ihrer sicher. Sie sind häufig nicht in der Lage, sich ihrer Umwelt anzuvertrauen, da sie Angst haben, das Stigma des Vaters oder der Mutter auferlegt zu bekommen und das Familiengeheimnis preiszugeben. Auch sind die Eltern meist nicht in der Lage, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen, sie vor Gefahren zu schützen und sie in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern, damit aus ihnen gesunde und selbstbewusste Menschen erwachsen können. Aber genau diesen Schutz und diese Förderung benötigen alle Kinder. Das Bemühen um Hilfen für Kinder aus alkoholbelasteten Familien hat in den letzten Jahren zum Glück zugenommen und rückt in der Gesellschaft und der Sozialen Arbeit immer mehr in den Vordergrund. Da aber ein Großteil der Kinder lautlos leidet und eine hohe Anpassungsfähigkeit entwickelt, fallen noch immer viele von ihnen durch die Raster der Hilfesysteme.

Die Frage, wie sehr Kinder durch die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils in ihrer Entwicklung und ihrem Wesen beeinflusst werden und inwieweit sie trotz der widrigen Umstände, in denen sie aufwachsen, durch ihre persönliche Widerstandsfähigkeit und wegen der Unterstützung durch die Soziale Arbeit die Möglichkeit erhalten, sich gesund und zu einer eigenen Persönlichkeit zu entwickeln, soll Gegenstand dieser Arbeit sein.

Zu Beginn der Arbeit wird ein knapper Überblick über Begrifflichkeiten zum Thema Alkohol gegeben und – im Hinblick auf die auftretende Sucht nach der Substanz - ein Bogen zum Alkoholismus geschlagen. Die Aktualität der Thematik wird durch die Erläuterung von Fakten und Zahlen verdeutlicht. Dieses soll dem Einstieg in die Problematik und als Basiswissen dienen.

Im weiteren Verlauf wird auf die Familie als System eingegangen, um zu verdeutlichen, welche Auswirkungen ein alkoholkrankes Elternteil auf diese hat. Der Schwerpunkt wird hierbei wie in der gesamten Arbeit vorwiegend auf den Kindern liegen. Aufgrund der erzwungenen Anpassung der Kinder an die Situation in der Familie werden mit Hilfe des „Rollenmodells“ nach Sharon Wegscheider die sozialen Auswirkungen und Verhaltensmuster der Kinder beleuchtet.

Die alkoholbelastete Familie leidet jedoch nicht allein unter den starren Verhaltensregeln, sondern auch an einer gestörten Kommunikation. Deshalb wird diese in Kapitel 4 mit Hilfe einer Gegenüberstellung zu gesunder Kommunikation herausgearbeitet und als weitere Auswirkung dargelegt.

Nicht alle Kinder aus suchtbelasteten Familien zerbrechen an der Situation in ihrer Familie, und nicht jedes Kind muss zwangsläufig als Erwachsener ähnlich agieren wie die eigenen Eltern. Die Möglichkeiten, sich aus den über Jahre entwickelten und verfestigten starren Regeln zu lösen, werden im Verlauf anhand des Resilienzkonzepts näher erläutert. Ergänzend dazu wird ein kurzer Exkurs stattfinden, um den Blick auf erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien zu lenken. Das soll dazu genutzt werden, die Spätfolgen einer solchen Kindheit zu erläutern und die Überleitung zur Notwendigkeit von möglichst frühen Hilfen für betroffene Kinder zu schaffen.

Das siebte Kapitel befasst sich mit eben jenen Hilfen. Unter Darlegung der Arbeits- und Aufgabenbereiche des ASDs und der Beratungsstelle „Kompaß“ und mit Hilfe von Anregungen aus Gesprächen mit Mitarbeitern aus diesen Arbeitsfeldern werden die bestmöglichen Hilfesysteme und Beratungsangebote erläutert.

Abschließend wird ein Fazit gezogen, in dem über das Dargelegte resümiert werden soll. Für die gestellten Fragen nach bestmöglicher Hilfe durch Unterstützung und Beratungsangebote sollen hier abschließende Antworten angestrebt werden; auch findet hier ein möglicher Ausblick auf eine eventuelle Erweiterung zur bestehenden Thematik seinen Platz.

2. Theoretischer Hintergrund zum Thema Alkoholismus

Im Folgenden wird ein knapper Überblick über verschiedene Definitionen von Alkohol, Sucht und Alkoholismus gegeben; auch wird der neueste Stand zu Fakten und Zahlen von Alkohol in der Gesellschaft aus der Forschung erläutert, um dem Leser einen Einstieg in das Thema zu gewähren.

2.1 Alkohol

„Alkohol (Ethanol / Äthylalkohol, C2H5OH) wird durch die Vergärung von Zucker aus unterschiedlichen Grundstoffen wie z. B. Weintrauben, Früchten, Getreide, Zuckerrohr oder Kartoffeln gewonnen.“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2007, 1) Je nachdem um welches Getränk es sich handelt, liegt der Alkoholgehalt zwischen 4 und 50% Vol. (vgl. DHS 2007, 1) Bei Alkohol handelt es sich um ein Nervengift, das in dosierter Form eine beruhigende bis einschläfernde Wirkung hat. Aufgrund seiner hirndämpfenden Funktion und der damit verbundenen Herabsetzung der eigenen Hemmungen wird es von den Konsumenten häufig als anregend und stimulierend empfunden. (vgl. Dietze/ Spicker 2007, 24) Alkohol gehört wie auch andere Drogen zu den so genannten psychoaktiven Substanzen. Der Unterschied zu anderen Drogen besteht darin, dass das Verzehren alkoholischer Getränke in Deutschland legal ist und Alkohol zu den weichen Drogen gezählt wird. Alkohol ist in unserem Kulturkreis eine integrierte Droge, die größtenteils wie auch Tabak und Koffein nicht als solche angesehen wird. (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 2010, 271) Alkohol wird von etwa 80 % der erwachsenen Bevölkerung konsumiert. Etwa 15% trinken selten und nur fünf Prozent leben ohne Alkohol. (vgl. Kolitzus 2004, 22)

Der Begriff „Alkohol“ lässt sich aus dem Arabischen herleiten und bedeutet soviel wie „das Feinste, das Gute, das Wesen einer Sache“ (Schmieder 1992, 28).

2.2 Sucht

Für den Begriff Sucht gibt es recht unterschiedliche Definitionen.

Der Begriff Sucht wird im alltäglichen Sprachgebrauch nicht selten im Kontext von Substanzabhängigkeit gebraucht. Der Ursprung des Begriffs liegt in dem Wort „siechen“, was soviel bedeutet wie krank sein. (vgl. Dehner-Rau/ Rau 2009, 13)

„Unter Sucht versteht man ein bestimmtes Verhaltensmuster, das mit einem unwiderstehlichen, wachsenden Verlangen nach einem bestimmten Gefühls- und Erlebniszustand beschrieben wird.“ (Blaues Kreuz - Suchtkrankenhilfe)

„Sucht ist das starke Verlangen nach einer Substanz, trotz der nachteiligen Folgen und oft verbunden mit körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit und Erschöpfung bei einem plötzlichen Entzug der Substanz.“ (Myers 2008, 323)

Eine Grenze zu ziehen sowohl zwischen Missbrauch und Sucht, als auch zwischen Normalität und süchtigem Verhalten, ist ein schwieriges Unterfangen, da diese Grenzen häufig fließend verlaufen. (vgl. Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V./ BKK Bundesverband 2011, 10)

2.3 Alkoholismus

Die Begriffe Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit werden unter dem Begriff Alkoholismus zusammengefasst. Dabei ist zu bedenken, dass Alkoholmissbrauch immer mit Alkoholabhängigkeit zusammenhängt und diese somit mit einschließt (vgl. Reichelt-Nauseef, 1991, 48). Wie schon oben erwähnt, handelt es sich bei Alkohol um ein akzeptiertes Rauschmittel. Aus diesem Grunde ist es wichtig, eine Differenzierung von unterschiedlichem Trinkverhalten vorzunehmen. Menschen mit einem *normalen Konsum*[1] trinken nur in bestimmten Situationen wie etwa auf Festlichkeiten, Hochzeiten oder bei einem Restaurantbesuch, also in gesellschaftlich akzeptiertem Rahmen. Für sie steht der Genuss im Vordergrund. Sie sind sich darüber im Klaren, was und wie viel sie vertragen. Von einem *schädlichen Konsum* wird gesprochen, wenn trotz Wissens über nachweisliche Schädigungen im psychischen und körperlichen Bereich weiter konsumiert wird. (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 2010, 273)

Die Stufenleiter einer Entwicklung von Alkoholabhängigkeit mit den folgenden Schritten:

- soziales Trinken
- zunehmende Beschäftigung mit Alkohol
- Kontrollverlust und sozialer Abstieg bis zum Tiefpunkt

[1] tägliche Trinkmenge in Gramm: bei Männern 20-40 g, bei Frauen 10-20 g (Bosshard/ Ebert/ Lazarus 2010, 271).

wurde von E. Jellinek auf der Grundlage des Krankheitskonzeptes der Anonymen Alkoholiker[2] und in Zusammenarbeit mit diesen entwickelt und beschreibt die typische Alkoholikerkarriere. Die Veröffentlichung seiner Arbeit „The Desease Concept of Alcoholism“ aus dem Jahre 1960 beinhaltete unter anderem die Typologie der fünf Alkoholikertypen[3], welche weltweite Beachtung fand und bis in die heutige Zeit dazu dient, einen Konsumstil zu charakterisieren:

- Alphatrinker: bei diesen handelt es sich um Personen, die eine starke psychische Anfälligkeit für den Missbrauch von Alkohol zeigen. Es besteht jedoch noch kein Kontrollverlust;
- Beta-Trinker: die Beta-Trinker sind Sozialtrinker oder auch Gelegenheitstrinker und konsumieren Alkohol bei jeder festlichen Gelegenheit, die sich bietet. Auch hier besteht nur selten ein Kontrollverlust;
- Gamma-Trinker: die Gamma-Trinker entwickeln in ihrem Trinkverhalten eine Abhängigkeit, die sowohl körperlich als auch seelisch besteht. Beim Trinken erleben sei häufig einen Kontrollverlust, sind jedoch in der Lage, auch eine bestimmte Zeit ohne Alkohol auszukommen;
- Delta-Trinker: der Delta-Trinker ist ein Gewohnheitstrinker mit bestehender körperlicher Abhängigkeit. Der Körper verlangt durchgehend nach Alkohol. Es besteht zwar kein Kontrollverlust, jedoch ist es ihm unmöglich, Zeiten ohne Alkohol zu verbringen;
- Epsilon-Trinker: der Epsilon-Trinker ist ein Trinker, der in episodisch auftretenden Phasen hemmungslos trinkt. In ihnen besteht ein völliger Kontrollverlust. Zwischen den Episoden ist es ihm jedoch möglich, ohne Alkohol zu leben. Im Umgangssprachlichen wird er oft als „Quartalssäufer“ tituliert. (vgl. Hantel-Quitmann 1997, 191)

Durch seine Arbeiten trug Jellinek dazu bei, dass Alkoholismus nicht länger allein als persönliches Versagen angesehen, sondern als Krankheit definiert wurde. Somit hatten Abhängige in Deutschland ab 1968 die Möglichkeit, mit Unterstützung durch die Krankenkassen medizini-

---

[2] "Die Anonymen Alkoholiker sind Frauen und Männer, die entdeckt und eingestanden haben, dass der Alkohol ein Problem für sie geworden ist. Sie bilden eine weltweite Gemeinschaft, in der sie einander helfen, nüchtern zu bleiben“ (http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php#01).

[3] ausführlich und mit Beispielen veranschaulicht, haben sich Dietze und Spicker mit den fünf Trinktypen beschäftigt. (Dietze/ Spicker, 2007)

sche Hilfe zur Bewältigung ihrer Alkoholkrankheit in Anspruch zu nehmen (vgl. Bosshard/ Ebert/ Lazarus 2010, 272).

Der Begriff Alkoholsucht wurde 1964 durch die Weltgesundheitsorganisation durch den Begriff Alkoholabhängigkeit ersetzt. (vgl. Hantel-Quitmann 1997, 189) Nach den Kriterien der ICD 10[4] wird ein Missbrauch wie folgt beschrieben: „Ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Diese kann eine körperliche Störung, etwa in Form einer Hepatitis durch Selbstinjektion von Substanzen sein oder eine psychische Störung, z.B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum.“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 2011, 113)

Die ICD-10-Kriterien definieren ein bestehendes Abhängigkeitssyndrom wie folgt:

> „Es handelt sich um eine Gruppe körperlicher Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder Substanzklasse für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente [...], Alkohol oder Tabak zu konsumieren.“ (Dilling/ Mombour/ Schmidt 2011, 114)

Die diagnostischen Leitlinien konkretisieren diese Definition und verweisen darauf, dass nur die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit gestellt werden sollte, wenn im letzten Jahr mindestens drei oder mehr der Kriterien zu einem bestimmten Zeitpunkt zugetroffen haben:

1. Ein starkes Verlangen, psychotrope Substanzen wie Alkohol zu sich zu nehmen.
2. Die Fähigkeit, die Kontrolle über die Menge sowie den Beginn und die Beendigung zu behalten, ist vermindert.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom ist registrierbar wie z.B. zitternde Hände.
4. Es hat sich eine nachweisbare Toleranz entwickelt; die Menge zur Erreichung der gewünschten Wirkung wird erhöht.

---

[4] International Classification of Diseases and Related Health Problems, auf Deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

5. Die Zeit, die für die Beschaffung, den Konsum und die Erholung von den Folgen benötigt wird, ist lang und dadurch verkürzt sich die Zeit für andere Interessen oder Vergnügungen.
6. Der Konsum wird trotz des Wissens über Schädigungen von Körper, Seele und zwischenmenschlichen Beziehungen nicht unterbrochen, sondern weiterhin verfolgt. (vgl. Dilling/ Mombour/ Schmidt 2011, 115)

2.4 Überblick über die empirische Forschung: Fakten und Zahlen

Dem neuesten Drogen- und Suchtbericht zufolge, den das Bundesgesundheitsministerium im Mai 2011 herausgebracht hat, konsumieren etwa 9,5 Millionen Menschen in Deutschland Alkohol in gesundheitsgefährdendem Maße. Bei rund 1,3 Millionen Menschen geht man von einer Alkoholabhängigkeit aus. Die Zahl der jährlichen Todesopfer, bedingt durch die Folgeschäden übermäßigen Alkoholkonsums, liegt bei mindestens 73.000. Es besteht zwar eine leicht rückläufige Tendenz im Vergleich zu den Vorjahren. Dennoch bewegen sich die Zahlen im internationalen Vergleich gleichbleibend im oberen Zehntel. Der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum in Deutschland von ca. 10 Litern reinen Alkohols jährlich macht deutlich, wie leichtfertig mit der Droge Alkohol hierzulande umgegangen wird. Die unkritisch positive Einstellung zum Alkohol ist in Deutschland noch immer weit verbreitet. (vgl. Dyckmans 2011, 21) Dies zeigt sich u.a. auch darin, dass es nur sehr vereinzelt Studien gibt, die die Epidemiologie von Abhängigkeit und/oder Missbrauch von Alkohol in der deutschen Bevölkerung erfassen. (vgl. Bloomfield/ Kraus/ Soyka 2008, 13)

Aktuelle Untersuchungen haben ergeben, dass in Deutschland 2,65 Millionen Kinder im Alter bis zu 18 Jahren in Familien aufwachsen, in denen bei einem oder beiden Elternteilen eine Alkoholabhängigkeit besteht. Diese Kinder sind in ihrer Kindheit zum Teil über einen längeren Zeitraum oder auch die gesamte Kindheit und Jugendzeit hindurch mit der Problematik des Alkohols und deren Folgen für die gesamte Familie konfrontiert. Da die Belastung und die daraus resultierenden Auswirkungen auf das vor ihnen liegende Leben immens sind, wird inzwischen der Thematik suchtbelasteter Familien in der Politik ein hoher Stellenwert und große Priorität beigemessen. (vgl. Klein 2008, 21f) Der 14. Basisdatendokumentations-

Bericht der Bado e.V.[5] aus dem Jahre 2010 belegt, dass die Gruppe alkoholabhängiger Menschen, die Hilfe suchen, in Relation zu den anderen Hauptdrogen, um derentwillen Hilfe gesucht wird, mit 63 % die größte Gruppe darstellt. (vgl. Martens 2011, 2)

3. Die Familie aus systemischer Sicht

Der Begriff Familie bezeichnet eine Lebensgemeinschaft von Eltern und Kindern und wird als beständigste und älteste Form von Zusammenleben von Menschen verstanden. (vgl. Gernert 2001, 158) In der Systemtheorie spricht man von der Familie als sozialem System. Der Fokus ist dabei darauf gerichtet, wie eine Familie als System im Ganzen funktioniert. Das System Familie wird gesehen als eingebettet in das System Gesellschaft, das als übergreifendes System zu betrachten ist. Hieraus ergibt sich, dass Fragestellungen zu familiären Phänomenen immer sowohl auf das Verhältnis des Systems Familie zur Gesellschaft als auch zu den innerfamiliären Subsystemen bezogen sein müssen. (vgl. Erler 2011, 18) Diese Subsysteme beschreiben einen Komplex von mehreren größeren und kleineren Einheiten. (vgl. Gernert 2001, 159) Dabei muss berücksichtigt werden, dass ein System immer nur dann entsteht, wenn eine Unterscheidung zwischen innen bestehenden Elementen, also denen im System selbst, und außen stehenden Elementen, gemeint ist hier die Umwelt, gemacht wird. (vgl. Schlippe/ Schweitzer 2002, 55) Durch diese Betrachtung wird es möglich, das Verhalten der zum Familiensystem zugehörigen Menschen differenzierter zu verstehen. Bei der systemischen Betrachtung geht es also um das Erkennen und damit das Verstehen von Kommunikationsmustern innerhalb der Familie - und nicht darum, was wer in der Familie falsch macht. (vgl. Erler 2011, 18)

Ein alkoholabhängiges Elternteil innerhalb der Familie beeinflusst das System Familie ungemein. Es entstehen Konflikte und Kommunikationsstörungen, die offen, aber auch in vielen Fällen versteckt auftreten. Um als Sozialarbeiter[6] die durch die Alkoholabhängigkeit bedingten Veränderungen in der Familienstruktur zu erkennen, bietet die systemische Sichtweise die

---

[5] „Die Hamburger Basisdatendokumentation e.V. (kurz Bado e.V.) ist ein Zusammenschluss von Freien Drogenhilfeträgern in Hamburg und der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz – BVG.“ (Bado e.V.)

[6] Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in vorliegender Arbeit darauf verzichtet, die männliche und weibliche Sprachform gleichzeitig zu verwenden. Generell gelten alle Personenbezeichnungen für beide Geschlechter, außer es wird explizit darauf hingewiesen.

Möglichkeit, diese als solche zu erfassen und zu verstehen. Berücksichtigt man den Aspekt, dass jedes einzelne Familienmitglied immer eingebettet ist in einen kommunikativen Zusammenhang mit den übrigen Mitgliedern der Familie, wird die Balance zwischen Familiensystem und ihren Subsystemen und deren Auswirkung auf familiäre Kohäsionen besonders gut beobachtbar. Auch lassen sich hierdurch die kommunikativen Regeln, die die Familie als System oder aber als Teile des Systems Familie in Schwierigkeiten bringen, deutlich herausarbeiten. Die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen zur Veränderung wird erst durch diese Erkenntnisse möglich. (vgl. Erler 2011, 19)

Zur Veranschaulichung wird Familie F. vorgestellt. Sie habe ich im Laufe meines Praktikums im ASD kennen gelernt und ihren Fall bearbeitet. Im Verlauf der Thesis werde ich immer wieder auf Familie F. verweisen können, um das von mir Herausgearbeitete anhand der Beobachtungen zur Familie F. zu verdeutlichen.

3.1 Fallbeispiel Familie F.

Die Familie F.[7] ist dem ASD seit mehreren Jahren bekannt. Die Mutter ist selbst in der Vergangenheit mehrfach an den ASD herangetreten und hat um Hilfe gebeten. Der Anlass dazu waren große Probleme mit der jüngsten Tochter Jennifer, die zu dem Zeitpunkt 13 Jahre alt war. Sie ging nur unregelmäßig zur Schule, trank recht häufig Alkohol und verweigerte sich jeglichen Anweisungen seitens der Mutter. Bevor sich die Mutter an den ASD wandte, hat sie sich mit ihrer Tochter an die kommunale Erziehungsberatungsstelle der Sozialbehörde gewandt. Die geplanten Beratungsgespräche kamen aber nicht zustande, da die Tochter nicht bereit war, sich an ihnen zu beteiligen. Aufgrund der beschriebenen Situation wurde der Familie durch den ASD nach einer dreimonatigen Klärungsphase eine Hilfe in Form einer SPFH nach § 27/31 SGB VIII bewilligt. Als Ziele wurde Folgendes festgelegt: ein freundlicherer Umgang in der Familie miteinander, Aufbau neuen Vertrauens zwischen Frau F. und ihrer jüngsten Tochter und ein erfolgreicher Schulabschluss. Während der Arbeit mit der SPFH wurde deutlich, dass bei Frau F. eine Alkoholproblematik bestand, die sie jedoch nicht als solche sah. Im nächsten Hilfeplangespräch machte Frau F. deutlich, dass sie keine Hilfe mehr benötige und auch ihre Töchter die Unterstützung durch die SPFH nicht bräuchten. Daraufhin

[7] Der Buchstabe F. ist kein Hinweis auf den wirklichen Namen der Familie. Ebenso wurden die Namen der Kinder anonymisiert.

wurde im HPG beschlossen, die Hilfe nach §27/30 SGB VIII umzusteuern, damit die Geschwister weiterhin Unterstützung durch eine pädagogische Fachkraft erhielten.

Frau F. ist alleinerziehend und wohnt mit ihren Töchtern Sarah, 17 Jahre, Jennifer, 14 Jahre, und Melanie, 24 Jahre, in einer gemeinsamen Wohnung. Zum leiblichen Vater bestehen nur sporadische Kontakte. Zusätzlich wohnt der neue Lebensgefährte mit in der Wohnung. Die Wohnsituation lässt sich als sehr beengt beschreiben. Es handelt sich um eine Drei-Zimmer-Wohnung, in der Sarahs Schwestern jeweils ein Zimmer zur Verfügung haben. Die Mutter selbst schläft auf der zum Schlafsofa umzubauenden Couch im Wohnzimmer. Seit Sarah nach einem Austauschjahr in den USA zurückgekehrt ist, verfügt sie weder über ein eigenes Zimmer noch über ein Bett, Kleiderschrank oder einen für sie ebenso notwendigen Schreibtisch. Sie muss jeden Abend herausfinden, bei welcher Schwester sie im Bett schlafen kann. Gespräche mit ihrer Mutter über diese für sie sehr schwierig auszuhaltende Situation enden regelmäßig im Streit. Weder die Mutter noch ihre beiden Schwestern unterstützen sie in ihrem Anspruch, dass sich etwas ändern muss.

Sarah hat einen Nebenjob in einem Café, um sich zusätzlich zu ihrem unregelmäßigen Taschengeld ein wenig Geld dazu zu verdienen. Denn ein regelmäßiges Taschengeld ist immer wieder Streitpunkt, da Frau F. es nicht für bezahlbar hält und sich mit der Behauptung rausredet, sie habe dafür kein Geld. Frau F. hat einen 400€ Job und arbeitet halbtags. Zusätzlich bezieht die Familie Hartz IV.

Sarah wandte sich im März 2010 an den ASD und beschrieb ihre Situation zu Hause als sehr belastend. Sie fühle sich unwohl und missverstanden. In der Wohnung habe sie kein eigenes Zimmer und schlafe in dem ihrer älteren Schwester; wenn diese zu Hause sei, müsse sie mit ihr das Bett teilen. Sie habe keine Möglichkeit, sich auf das Lernen zu konzentrieren, da sie immer wieder von Zimmer zu Zimmer geschoben werde und keinen eigenen Rückzugsraum besitze. Das von ihr gewünschte Gespräch mit Mutter und den Schwestern sei ergebnislos geblieben, es habe nicht zu einer Veränderung der Situation geführt, sodass für sie das Gefühl entstanden sei, dass sich keiner für ihre Belange interessiere.

Ein weiteres Problem sei, dass sich die Mutter ihren Erziehungspflichten entziehe. Sie sei ständig unterwegs, würde morgens häufig spät aufstehen und mittags nach der Schule gebe es nur sehr selten etwas zu essen. Dass ihre Mutter ein Alkoholproblem habe, zeige sich häufig

schon gegen Mittag, wenn sie aus der Schule komme und Frau F. mit einer geöffneten Flasche Wein im Wohnzimmer sitze. Die Lautstärke sei nachts für keines der Kinder erträglich. Wenn Frau F. und ihr Lebensgefährte - auch alkoholabhängig - tränken, würden sie nachts häufig lautstark diskutieren und streiten und nähmen keine Rücksicht auf die schlafenden Töchter. Sarah wünsche sich, dass sich einige Dinge grundlegend änderten. Sie sei die Einzige in der Wohnung, die nicht rauche. Auch hierauf würde niemand Rücksicht nehmen. Alle rauchten, trotz der Bitten von Sarah, dieses doch auf der Terrasse zu tun, weiter in der gesamten Wohnung. Streitereien mit dem Lebensgefährten der Mutter kämen erschwerend hinzu. Abmachungen, die Sarah mit ihrer Mutter getroffen habe, würden von ihr einfach revidiert, sobald der Lebensgefährte anderer Meinung sei. Insgesamt fehle für alle Kinder die Klarheit darüber, was den Beziehungsstand zwischen der Mutter und ihrem Freund angehe. Manchmal sehe es so aus, als ob die Mutter wieder Single sei, da der Lebensgefährte sich ein oder zwei Wochen nicht mehr in der Wohnung aufhalte, danach tauche er dann plötzlich wieder auf. Auch die Geldproblematik beeinträchtige das Verhältnis zur Mutter. Die Zusage für Zuschüsse für den Erwerb des Führerscheins, die ihre Mutter ihr gemacht habe, würde sie wieder nicht einhalten. Auch sei es zurzeit aufgrund der Finanzlage ungewiss, ob sie mit auf die bevorstehende Klassenreise fahren könne.

Im den folgenden Kapiteln sollen die Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit auf das System Familie, die Rollen und auch die Veränderung dieser Rollen bedingt durch die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils innerhalb des Systems Familie dargestellt werden.

3.2 Die Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit auf das Familiensystem mit besonderem Blick auf die Kinder

Viele Jahre wurde der Situation von Kindern aus Familien mit einem alkoholabhängigen Elternteil wenig Beachtung beigemessen. Der fehlenden Sensibilität für dieses Thema wurde entgegengewirkt, nachdem im Jahre 1969 durch die Arbeit „The forgotten children“ von Cork ein Einblick in die verschiedenen auffälligen Symptome bei Kindern gegeben wurde, die in Suchtfamilien aufwachsen. Dies war der Durchbruch, endlich dieser weitgehend unbeachteten Problematik für diese Kinder verstärkt Aufmerksamkeit zu schenken. Zusätzliche Aspekte dieses Bereichs gerieten in den Fokus, vgl. z.B. die Veröffentlichungen von Sharon Weg-

scheider (1981)[8], Claudia Black (1982)[9] und Janet G. Woititz (1990)[10]. Besonders Ursula Lambrou sensibilisierte mit ihrem Buch „Familienkrankheit Alkoholismus“ aus dem Jahre 1990 in Deutschland für diese Thematik. (vgl. Zobel 2006, 22) In einer Familie, in der eine Alkoholabhängigkeit seitens eines Elternteil besteht, ist nicht nur das abhängige Elternteil mit den daraus resultierenden Problematiken konfrontiert, sondern die gesamte Familie - einschließlich der Kinder - wird damit extrem belastet. Gerade die Kinder haben nicht die Möglichkeit, sich den oft tagtäglich stattfindenden Auseinandersetzungen zwischen den Familienmitgliedern zu entziehen und sich von den deprimierenden Szenen abzugrenzen. (vgl. Lambrou 1993, 18)

> *Die Kinder der Familie F. erleben ihre Mutter häufig schon am frühen Nachmittag alkoholisiert, und auch die lautstarken Auseinandersetzungen zwischen der Mutter und ihrem Lebensgefährten zu später Nachtstunde halten sie vom Schlafen ab.*

„Das Suchtsystem betrifft alle Personen in der Familie. Nicht nur der Einzelne – am Anfang die süchtige Person – ist krank, sondern das System Familie selbst.“ (Lambrou 1993, 19) Suchterkrankungen haben die Macht, die Familie zu zerstören - und mit ihr auch Partnerschaften und Kindheiten. Wenn nicht mehr nur ab und zu getrunken wird, sondern das Verlangen und der Konsum von Alkohol chronische Züge annimmt, strukturiert der Alkohol das Leben der ganzen Familie neu. Alle Abläufe des Tages werden in der Regel bis ins kleinste Detail der Beschaffung und dem Konsum angepasst. Jedes Familienmitglied, sei es der Partner oder die Kinder, steht unter dem Zwang, sich an diese Situation anzupassen. (vgl. Hantel-Quitmann 1997, 182) Die Abhängigkeit des Vaters oder der Mutter ist für die Kinder im Grunde unübersehbar. Denn der Geruch von Alkohol ist ein alltäglicher Begleiter. Doch trotz des Wissens wird in alkoholbelasteten Familien in der Regel nicht über Alkohol gesprochen. Es besteht geradezu ein Zwang, dieses Thema geheim zu halten. Nicht nur auf die Umwelt - z.B. die Verwandtschaft oder Nachbarschaft - bezogen, sondern gerade in der Familie, in der alle über die Alkoholproblematik Bescheid wissen, wird über dieses Thema meist geschwiegen. (vgl. Lambrou 1993, 26f) Wegscheider fasst dieses Phänomen als sechste *unausgespro-*

---

[8] „Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholikerfamilie.“

[9] „Mir kann das nicht passieren. Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene.“

[10] „Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken.“

chene Familienregel[11] in Suchtfamilien zusammen. In Kapitel 4.2 soll noch einmal ausführlicher auf die Familienregeln eingegangen werden.

Da Kinder nicht die Wahl haben, sich gegen ihre Familie zu entscheiden, müssen sie in diesem kranken Familiensystem leben und passen sich den Mechanismen von Verschweigen, Verleugnung und Verdrängung an. Diese Verhaltensweise führt bei den Kindern häufig zur Isolation im Familienverband. (vgl. Lambrou 1993, 32) Das Verhalten der Eltern ist für sie häufig nicht vorhersehbar und sie befinden sich ständig in einer beobachtenden Position, da sie gelernt haben, ständig auf der Hut zu sein, um auf die kommende Situation richtig reagieren zu können, also Schwierigkeiten zu vermeiden. (vgl. Zobel 2006, 22) „Kinder aus Suchtfamilien werden zu Reagierenden: Sie müssen auf Verhaltensweisen ihrer Eltern sofort anspringen“ (Lambrou 1993, 37). Die Kinder erleben das Elternteil mit der Alkoholproblematik als eine Person mit zwei Gesichtern. Auf der einen Seite ist es für sie liebevoll, wertschätzend und interessiert an ihren Belangen, auf der anderen Seite - unter dem Einfluss von Alkohol - geht das Interesse schlagartig verloren und den Kindern werden oft entgegengesetzte Emotionen wie Ablehnung und Wut entgegengebracht. Dieses Wechselbad der Gefühle ist für die Kinder nur schwer zu ertragen. Z.B. hat Sarah berichtet:

> *Sie wurde mitten in der Nacht von ihrer schwer alkoholisierten Mutter geweckt und für ihre missliche Lage, weder ein eigenes Zimmer noch ein eigenes Bett zu besitzen, ausgelacht.*

Je nachdem ob das betroffene Elternteil getrunken hat oder nicht, ist die Stimmung innerhalb der Familie gelöst und fröhlich oder extrem angespannt. (vgl. Zobel 2008, 42ff) Der stetige Alkoholkonsum führt bei den Betroffenen immer häufiger zu Gedächtnislücken. Sie kommen nicht nur während eines Rausches selbst vor, sondern machen sich bei starker Alkoholabhängigkeit immer häufiger auch im nüchternen Zustand bemerkbar. Dies hat dann oft zur Folge, dass das betroffene Elternteil Verabredungen mit den Kindern schlichtweg vergisst und sich z.B. anderweitig verabredet bzw. sich nicht an die Absprachen hält. Für die übrigen Familienmitglieder ist dies nur schwer zu verstehen; es macht sich ein Gefühl von Angst breit, da gerade die Kinder nicht verstehen, wie der Vater oder die Mutter die für sie so wichtige Ver-

[11] „6. Niemand darf darüber reden, was ‚wirklich’ los ist“ (Wegscheider 1988, 89)

abredung vergessen konnte. Das Vertrauen und die Kommunikation werden durch die alkoholbedingten Ausfälle schwer in Mitleidenschaft gezogen. (vgl. Wegscheider 1988, 83)
Sarah berichtet:

> *Absprachen bezüglich finanzieller Unterstützung für den Führerschein oder die anstehende Klassenreise wurden durch Frau F. negiert. Sie habe nie gesagt, dass die Kinder für diese Aktivitäten Geld von ihr bekommen würden.*

Da das alkoholabhängige Elternteil immer mehr Zeit für die Beschaffung und den Konsum des Alkohols benötigt, ist es immer seltener zu Hause und - wenn im Haus - für die Kinder nicht ansprechbar und in der Lage, ein verlässlicher Vater oder eine verlässliche Mutter zu sein. Der alkoholisierte Zustand und das Erleben dieser Situationen lösen bei den anderen Familienmitgliedern eine Mischung aus verschiedensten Gefühlen wie Enttäuschung, Ekel, Ärger, Wut oder Frustration aus. Auch fühlen sie sich häufig wegen dieser Gefühle zusätzlich schuldig, denn sie werfen sich dann vor, nicht so über Mutter oder Vater denken zu dürfen. (vgl. Wegscheider 1988, 84) Alkoholabhängigkeit und ständiger Konsum eines Elternteils können bei den Kindern eine Vielzahl von Auswirkungen haben. Neben psychosomatischen Störungen wie Störungen des Essverhaltens können abweichende Verhalten entstehen wie z.B. überraschend auftretende Schübe von extremer Aggressivität oder Depressionen. (vgl. Hinze/ Jost 2006, 13) Von ihrer Schwester berichtet Sarah:

> *Jennifer bleibt immer häufiger der Schule fern. Sie betrinkt sich schon am Nachmittag mit ihren Freunden und reagiert aggressiv und abweisend, wenn die Mutter wissen will, wo sie sich während der Schulzeit und auch den Tag über bis in den Abend hinein aufgehalten habt.*

Bei diesen Anpassungsstrategien, die die Kinder entwickeln müssen, um sich zu schützen und mit der familiären Situation fertig zu werden, kommt es häufig zu Rollenveränderungen, die durch das alkoholkranke Elternteil hervorgerufen werden.

3.3 Dynamische Rollenveränderungen innerhalb der Familie durch ein alkoholabhängiges Elternteil und die Folgen für die Kinder

Die Alkoholabhängigkeit eines Elternteils veranlasst die gesamte Familie dazu, ein der nur schwer zu ertragenden Situation angepasstes Rollenverhalten zu entwickeln. (vgl. Lambrou 1993, 32) Besonders Kinder zwingt das ambivalente Verhalten des betroffenen Elternteils dazu, auf die Situation in besonderer Weise zu reagieren. Dass jedes Familienmitglied über kurz oder lang eine bestimmte Rolle in der Familie übernimmt, ist den Rollenträgern zu Anfang nicht wirklich bewusst. Würde man sie darauf ansprechen, würden sie diese Feststellung sehr wahrscheinlich vehement von sich weisen. (vgl. Wegscheider 1988, 92) „Je dysfunktionaler eine Familie ist - und Suchtfamilien sind meist extrem dysfunktional -, desto starrer und extremer sind die Rollenfächer festgeschrieben." (Kolitzus 2004, 65) Die Übernahme dieser Rollen setzt den zerstörerischen Leidensweg für die Familie fort. Die Übernahme der Rollen versetzt die Kinder in die meist aussichtslose Lage, ihre wahren Gefühle hinter die zugeschriebene Rolle zurückzustellen. Sie verlieren die Fähigkeit, ihre wahren Gefühle auszudrücken, stattdessen verstecken sie diese hinter Doppelbotschaften, immer darauf bedacht, den Schein zu wahren. Die Dauer des Ausfüllens einer Rolle lässt einen Prozess entstehen, in dem das Kind und seine Rolle zu einer Einheit werden. Es ist in ihr gefangen und schlussendlich kann es nicht auf die Rolle verzichten, um im sonst nicht zu ertragenden Alltag der Familie bestehen zu können. (vgl. Wegscheider 1988, 92ff) „Man könnte sagen, die Familienmitglieder werden schließlich suchthaft abhängig von ihrer Rolle, weil sie nur darin überleben können." (Wegscheider 1988, 94) Zu diesem Themenbereich haben die Autoren Wegscheider (1988), Black (1988), Ackermann (1987), Lambrou (1990) und Jacob (1991) verschiedene Rollenmodelle entwickelt. Der Fokus dieser Arbeit soll auf Wegscheiders Modell liegen, das mir als besonders geeignet erscheint. Sie beschreibt in ihrem Rollenmodell fünf Typen von Rollen, die Mitglieder aus alkoholbelasteten Familien übernehmen. Die Rolle des „Zuhelfers"[12] wird zumeist vom Ehepartner übernommen. Da bei dieser Arbeit jedoch die Auswirkungen für die Kinder beleuchtet werden sollen, werden nur die vier übrigen Rollen erläutert, die meist von den Kindern übernommen werden.

[12] vgl. zur Rolle des Zuhelfers Wegscheiders Ausführungen in: „Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie" (1988, 96ff).

3.3.1 Die Rolle des Helden und ihre Auswirkungen

Die erste Rolle, die Wegscheider beschreibt, ist die Rolle des *Helden*. Sie wird in einer alkoholbelasteten Familie zumeist vom ältesten Kind besetzt. Es ist engagiert und darauf bedacht, z.B. durch gute Noten in der Schule oder sportliche Erfolge Anerkennung und Lob zu erhalten. Es strengt sich besonders an, erfolgreich dazustehen, weil es für das Kind äußerst wichtig ist, auf diese Weise sich geachtet und wertvoll zu fühlen. Auch für die übrige Familie sind diese Erfolge von unermesslichem Wert, denn hierdurch erfährt sie eine Aufwertung neben den sonst bestehenden Gefühlen von Scheitern und Misserfolg. Der Held zeichnet sich durch Selbstständigkeit aus, übernimmt – scheinbar wie selbstverständlich – wichtige Aufgaben in der Familie und ist sich schon früh darüber im Klaren, dass es aber am besten ist, sich einzig und allein auf sich selbst zu verlassen. Er ist ständig damit beschäftigt, die Familie wieder ins Gleichgewicht zu bringen, immer im Blick, dass es ihm hierdurch auch besser gehen würde. Aufkommende Gefühle wie Angst und Hilflosigkeit bekämpft der Held durch beständiges Aktiv-Sein oder verstärkten Einsatz.

Alle seine Bemühungen, die Familie durch Erfolge und damit durch öffentliches Ansehen zu stärken, bleiben für den Helden als eigenständige Person jedoch nicht ohne Schaden. Die ständigen Überforderungen, die er sich selbst zumutet, um für die Familie Lob und Anerkennung zu erringen, führen dazu, dass er körperlich sehr anfällig wird. Der Held leidet häufig z.B. unter Erkrankungen der Atemwege, des Magen-Darm-Traktes und er ist für Kinderkrankheiten anfälliger als andere Kinder. Da er sich und seine Bedürfnisse ständig und dauerhaft unbewusst unterdrückt, zeigen sich diese psychischen Komponenten häufig in weiteren körperlichen Krankheiten. Im späteren Erwachsenenalter kann es wegen des Strebens nach Erfolg zu Magengeschwüren oder auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen kommen. (vgl. Wegscheider 1988, 116)

Auch die Emotionen des Helden sind negativ behaftet. Seine vordergründigen Gefühle sind Schuld und Minderwertigkeit: Schuld daran zu haben, nie das erreichen zu können, was für ihn das Ziel all seiner Bemühungen ist – die Familie wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Das aufkommende Gefühl von Wut über die Bedingungen, die es zu erfüllen gilt, um seinen Auftrag zu erfüllen, verdrängt der Held wiederum, da solche Gefühle zu seiner Rolle nicht passen. Die Unterdrückung dieser Gefühlsregung hat zur Folge, dass sein Gefühl von Schuld weiter geschürt wird. (vgl. Wegscheider 1988, 117) Eine zusätzliche Folge der Helden-Rolle

zeigt sich darin, dass er nur schwer Freundschaften eingehen kann. Sein Sozialverhalten ist verkümmert, da der Held in seiner Familie nie gelernt hat, offen auf andere zuzugehen oder auch bedenkenlos mit anderen in Kontakt zu treten. Früh musste er lernen, dass es am besten ist, sich nur auf sich selbst zu verlassen. Da der Held in der Regel das erstgeborene Kind ist, sind die Erwartungen seiner Eltern dementsprechend hoch, die Defizite im Familienleben auszugleichen. Egal wie sehr sich dieses Kind auch anstrengt, es wird den Erwartungen nie ganz entsprechen können, da das alkoholabhängige Elternteil immer mehr erwarten wird, als das Kind zu schaffen vermag. Das Kind in der Rolle des Helden ist nicht in der Lage, willentliche Verantwortung für sein eigenes Handeln zu entwickeln. In der frühen Kindheit wird sein Wille durch den Willen der Eltern gelenkt, im späteren Jugend- und Erwachsenenalter hat sich dieses zwanghafte Bemühen um Erfolg, das seine Rolle impliziert, bei dem Kind seelisch gefestigt. (vgl. Wegscheider 1988, 118ff)

3.3.2 Die Rolle des Schwarzen Schafs und ihre Auswirkungen

Das zweite Kind einer Familie übernimmt zumeist die Rolle des *Schwarzen Schafes*. Ihm wird in der Regel schnell klar, dass es nicht wegen seiner guten Noten Aufmerksamkeit, Liebe und Anerkennung durch die Eltern erhält. Diese Rolle ist bereits besetzt durch den älteren Bruder oder die Schwester. Egal wie sehr sich das Kind anstrengt, es muss die Erfahrung machen, dass immer das ältere Kind mehr Beachtung und Aufmerksamkeit für die Mühen im Sport oder wegen der guten Noten in der Schule bekommt. Wegen dieses Wissens schlägt das zweitgeborene Kind unbewusst den Weg in die ihm vorgegebene Rolle des Schwarzen Schafes ein. Die Versuche, sich zumindest durch übertriebene Abwesenheit Aufmerksamkeit zu verschaffen, schlagen fehl, schon allein weil die erhoffte Aufmerksamkeit schnell in Bestrafung umschlägt; das Kind bleibt, über diese Erkenntnis frustriert, immer häufiger von zu Hause weg. Seine Rolle entwickelt sich gegensätzlich zur schon besetzten Rolle des Helden. Das Schwarze Schaf bündelt alle negativen Eigenschaften, die der Familie weder individuelles Lob noch Anerkennung, sondern allein Missgunst und herablassende Blicke durch die Umgebung bescheren. (vgl. Wegscheider 1988, 124f) Claudia Black beschreibt die Rolle des Schwarzen Schafes ähnlich und nennt sie das „ausagierende Kind“. (vgl. Black 1988, 37) Das Verhalten dieses Kindes verhindert eine Stabilisierung des eigenen Lebens und führt zu einer weiteren Isolierung der Familie. Als vermeintlich kleiner Vorteil für die Familie erreicht das Schwarze Schaf, dass es durch sein negatives Verhalten und die Folgen für sich und die Fami-

lie von der eigentlichen Problematik der Alkoholabhängigkeit des betroffenen Elternteils ablenkt. (vgl. Black 1988, 37)

Die Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeiten dieses Kindes sind immens. In der Rolle des Schwarzen Schafes bezahlt es den höchsten Preis im Vergleich zu den anderen Familienmitgliedern. Da es schon sehr früh gelernt hat, durch möglichst negatives Auftreten Aufmerksamkeit zu erlangen, agiert dieses Kind in vielen Fällen so, dass das Ergebnis für es selbst bedrohlich wird. Der Hass auf sich selbst und die Unfähigkeit, mit Problemen fertig zu werden, lassen Kinder in der Rolle des Schwarzen Schafes in der Jugendzeit häufig zu Drogen und Alkohol greifen - immer darauf bedacht, die Problematiken dadurch zu verdrängen. Das Schwarze Schaf hat nie gelernt sich selbst zu lieben. Die auffälligste Emotion des Schwarzen Schafes ist der Hass: Hass auf seine Eltern, Hass auf den Helden, der immer alles besser macht und mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung bekommt, und schlussendlich der Hass auf sich selbst. Dieses Gefühl kann sich im Laufe der Zeit zu einem tief sitzenden Ressentiment gegen sich selbst und seine Umwelt entwickeln. (vgl. Wegscheider 1988, 129) Hinter dem starken Gefühl von Wut versteckt sich jedoch meist „[...] das charakteristische Gefühl des Schwarzen Schafes: tiefe Verletztheit.“ (Wegscheider 1988, 130) Seine daraus resultierenden Verhaltensweisen ständiger Grenzüberschreitungen und das damit verbundene Gefühl von Schuld sind für das Schwarze Schaf nur schwer zu ertragen. Seine Schuldgefühle weiß es jedoch gut zu verbergen. Es entfernt sich von seiner Familie und wendet sich Kindern oder Jugendlichen in seinem Alter zu. Da es aber nie gelernt hat, was es bedeutet, ein umfassendes ehrliches Interesse von Seiten der Eltern zu erfahren, ist es in der Regel auch in den Freundschaften zu Gleichaltrigen nicht in der Lage, ehrliches Interesse aufzubringen, und verbaut sich so die Chance auf wirklich ehrliche Beziehungen und Freundschaften. Das Schwarze Schaf ist ebenso wie der Held in seiner Rolle gefangen, ist sich aber in seinem Inneren bewusst darüber, dass es diese Rolle - mit all ihren negativen Elementen - in Wirklichkeit nicht verkörpern möchte. Es kann sich aber nicht lösen und fühlt sich regelrecht dazu verdammt, aber weiß gleichzeitig, dass die Übernahme dieser Rolle keine willentliche Entscheidung war. (vgl. Wegscheider 1988, 130ff)

3.3.3 Die Rolle des Stillen Kindes und ihre Auswirkungen

Das in der Regel drittgeborene Kind – in der Rolle des Stillen Kindes – spürt ziemlich früh, dass sowohl die positive als auch die negative Rolle, mit der Aufmerksamkeit in der Familie

erreicht werden könnte, bereits von den Geschwistern belegt ist. Ein Verständnis für die sich abspielenden Probleme und Konflikte innerhalb der Familie hat ein Kleinkind noch nicht entwickeln können, und aufgrund fehlender Gespräche und stark eingeschränkter Kommunikation wird dieses Kind auch später auf seine Fragen keine klärenden Antworten bekommen. Deshalb zieht sich das Stille Kind schon sehr früh zurück und verbringt viel Zeit alleine in seinem Zimmer. Es wird zum soziale Kontakte meidenden Außenseiter innerhalb der Familie und bringt sich mit dieser Haltung auch um das letzte Positive, das seine Familie ihm noch geben könnte. (vgl. Wegscheider 1988, 136f) Black „[...] nennt diese Rolle zuweilen auch ‚das vergessene Kind'"(Black 1988, 137). Es muss mit jedem Gefühl, sei es nun positiv oder negativ, ganz alleine fertig werden. Niemand in der Familie bekommt etwas von seinen Nöten oder auch Freuden mit. Wegen des antrainierten, eher zurückhaltenden Verhaltens hat es dieses Kind schwer, Freunde zu finden und Beziehungen zu ihnen aufzubauen. Es ist aufgrund fehlender Übung nicht in der Lage, Gefühlsregungen anderer, aber auch die eigenen zu interpretieren und darauf angemessen zu reagieren. Liebe und Geborgenheit zu erleben, wie es Kinder aus intakten Familien von klein auf tun, kennt dieses Kind nicht. Es ist nicht oder nur sehr sporadisch mit diesen Gefühlen in Kontakt gekommen und hat die Liebe durch Mutter und Vater kaum zu spüren bekommen. Es versucht sich daher aus allen Problemen rauszuhalten und macht im Umgang mit anderen Menschen, also in zwischenmenschlicher Interaktion, immer wieder Fehler, die dazu führen, dass es gerade in der Pubertät zur Zielscheibe für Demütigungen durch Mitschüler und andere Jugendliche wird. Daraus resultiert ein erneuter Rückzug, Interaktion mit anderen Menschen wird so weit wie möglich vermieden. In der Konsequenz fühlt sich das Stille Kind einsam und wertlos. (vgl. Wegscheider 1988, 137f)

Vom dritten Kind in der Rolle des Stillen Kindes wird im Gegensatz zum Helden oder schwarzen Schaf nichts erwartet. Das hat zur Folge, dass es sich wenig zutraut und damit auch das Selbstvertrauen nur spärlich entwickelt ist. Das Stille Kind ist nicht in der Lage, seine Gefühle, seien sie positiv oder negativ, anderen mitzuteilen. Die Reduktion der Gefühlswelt äußert sich oft in vermehrten Krankheiten wie Asthma und allergischen Reaktionen. Die Besuche mit Mutter oder Vater beim Arzt bieten diesem Kind zumindest die Möglichkeit, wenigstens für kurze Zeit die Aufmerksamkeit der Eltern ganz für sich zu haben. Typisch für viele Kinder in der Rolle des Stillen Kindes ist es, die gefühlsmäßige Leere mit übermäßigem Essen zu bekämpfen. Nicht selten führt dies zu einer ausgeprägten Esssucht. Der Alltag des Stillen Kindes ist vom Gefühl der Einsamkeit geprägt; es zieht sich ständig zurück. In Bezug auf die Familie ist es durch sein Alleinsein nur ein entfernter Zuschauer des familiären Ge-

schehens. (vgl. Wegscheider 1988, 141f) Ursula Lambrou bezeichnet die Rolle als das „unsichtbare Kind“. „Diese Kinder erhalten kaum Aufmerksamkeit, keine Anerkennung, höchstens für ihr Stillhalten und Bravsein werden sie mal gelobt, [...].“ (Lambrou 1993, 147) Als Folge aufgezwungener Einsamkeit ergibt sich, dass dieses Kind schwerwiegende Verzögerungen in der Entwicklung seines Sozialverhaltens aufweist. Es hat nie gelernt, wie man Beziehungen und Freundschaften aufbaut und diese wachsen lässt. Die Nähe zu einer anderen Person fühlt sich für das Stille Kind daher eher befremdlich an.

Für den Ausbau seiner geistigen Fähigkeiten hat das Stille Kind eigentlich viel Zeit, da es sich meist alleine beschäftigt und die Möglichkeit hätte, eigene Interessen und Ziele zu entwickeln. Aber wegen des fehlenden Antriebs und der kaum vorhandenen Erwartungen durch die Eltern, gepaart mit den eigenen Minderwertigkeitsgefühlen, werden die Voraussetzungen nicht genutzt. (vgl. Wegscheider 1988, 142f) Die frühe Entscheidung des Kindes, gezwungenermaßen die Einsamkeit zu suchen, hat starke Auswirkungen auf das spätere Jugend- und Erwachsenendasein. Einmal für den Weg des Alleingangs entschieden, fällt es diesen Kindern später schwer, eine andere Richtung als die der sozialen Vereinsamung zu wählen. Sie sind gefangen in sich und mit sich. (vgl. Wegscheider 1988, 144)

3.3.4 Die Rolle des Clowns und ihre Auswirkungen

Der *Clown* ist meist das letzte Kind in der Familie, oft der Nachzügler. Es wird beschützt und nur spärlich mit belastenden Informationen versorgt, da es als Nesthäkchen behutsam behandelt werden muss. Seine Rolle ist es, immer lustig zu sein und Scherze zu machen. Durch dieses Verhalten schafft es das Kind manchmal, die Familie zum Lachen zu bringen und kurzfristig von der familiären Problematik abzulenken. Das hat zur Folge, dass der Fokus, der sonst fast ausschließlich auf dem abhängigen Elternteil und dessen Alkoholmissbrauch liegt, für kurze Zeit verschoben wird. (vgl. Wegscheider 1988, 149) Lambrou nennt diese Rolle das „Familienmaskottchen“. Die Kinder in der Rolle des Maskottchens „[...] dienen dazu, dass die anderen ihre Spannungen untereinander wenigstens für ein paar Stunden sen.“ (Lambrou 1993, 152)

Beim Kind in der Rolle des Clowns besteht ein ständiges Gefühl von Angst, zu versagen und die an es gestellten Erwartungen nicht erfüllen zu können. Es hat mit mehreren Problemen zu kämpfen: einerseits mit dem Gefühl, dass irgendetwas in der Familie nicht stimmt. Zum ande-

ren kommt, bedingt durch die Beschwichtigungen seitens der Familie, zusätzlich die Befürchtung auf, dass es verrückt ist und nicht mitbekommt, was sich abspielt. Die Familie möchte das kleinste Mitglied unbedingt schützen und uneingeschränkt behüten und tut dies u.a. durch die fortwährende Verneinung der bestehenden Probleme in der Familie und lässt so den Clown in seiner Verunsicherung allein. (vgl. Wegscheider 1988, 148f)

Dem Kind in der Rolle des Clowns wird eine besondere Bürde auferlegt; es empfindet sie als absolute Einschränkung: „Angst ist das vorherrschende Gefühl des Clowns." (Wegscheider 1988, 153) Diese Angst führt meist dazu, dass das Kind emotional unter starken Druck gerät. Es besteht eine kontinuierliche Anspannung, die zu stressbedingten Erkrankungen wie ADS bzw. ADHS führen kann. Lambrou beschreibt diese Kinder mit ihrer anhaltenden inneren Unruhe als hyperaktiv. Der Zustand bringt sie fortwährend in Situationen, in denen sie ungewollt zerstörerisches Verhalten an den Tag legen. (vgl. Lambrou 1993, 152) Emotional fühlt sich dieses Kind dabei so verlassen, dass es - obwohl ständig im Fokus der Menschen um es herum - absolute Vereinsamung verspürt. Auf die Menschen in seiner Umgebung macht der Clown irrtümlich den Eindruck, als hätte er einen guten sozialen Zugang zu anderen Menschen. Sein clownhaftes Verhalten lässt vermeintlich darauf schließen. Der Clown fühlt sich nur dann sicher, wenn er agiert, wie es die Menschen von ihm erwarten, und ist daher nicht imstande, in der jeweiligen Situation angemessen zu reagieren. Das fällt den Menschen in seiner Umgebung auf Dauer unangenehm auf und er wird schnell nicht mehr richtig ernst genommen. Das bleibt dem Clown natürlich nicht verborgen und verhindert, dass sein Selbstbewusstsein sich zum Positiven ausbildet. (vgl. Wegscheider 1988, 154f)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass jedes Familienmitglied im Laufe der Zeit „ein Sklave seiner Rolle" wird. (Wegscheider 1988, 94) Bei ihnen besteht eine Art Sucht nach Verhaltensweisen und Regeln, die die Rollen von ihnen erwarten, immer darauf bedacht, diese so gut wie möglich einzuhalten, um in der belastenden Situation zu überleben.

> *Die Verteilung der Rollen in der Familie F. entspricht nicht den üblichen Mechanismen. Dies liegt vermutlich daran, dass Melanie, die Älteste, sich schon sehr früh nur sporadisch – wegen ihres Freundes – zuhause aufgehalten hat. Sarah hat die Rolle des Helden übernommen. Dies wird bspw. durch ihr vehementes Streben nach einem guten Abiturabschluss deutlich. Jennifer hingegen füllt die Rolle des Schwarzen Schafes aus. Mit ihrem ziemlich exzessiven Alkoholkonsum und dem häufigen Fernbleiben*

von zu Hause versucht sie indirekt auf sich und ihre Bedürfnisse nach Liebe und Geborgenheit aufmerksam zu machen.

4. Kommunikation innerhalb der Familie

„Sobald ein Mensch zur Welt gekommen ist, ist Kommunikation der einzige und wichtigste Faktor, der bestimmt, welche Arten von Beziehungen er mit anderen eingeht und was er in seiner Umwelt erlebt.“ (Satir 2004, 39) Jeder Mensch erfährt die ersten Kommunikationsprozesse in der eigenen Familie. Wenn ein Kind geboren wird, erlebt es im besten Falle Wärme, Liebe und ein Gefühl von Geborgenheit seitens der Mutter, dem Vater und möglichen Geschwistern. Ihm wird, wenn es z.B. in den Arm genommen wird, gezeigt, wie sehr es geliebt und gewollt ist. Die Nähe zur Mutter als nonverbale Kommunikation übermittelt dem Kind die ersten kommunikativen Signale. Die Grundlage des Lernens in Bezug auf Kommunikation wird in der Familie gelegt. Ein Merkmal einer gesunden Familienbeziehung besteht in der Fähigkeit, offen und direkt kommunizieren zu können. (vgl. Hantel-Quitmann 1997, 15) In den folgenden Abschnitten wird näher erläutert, was Kommunikation ist, wie sie stattfindet und welche Störungsmuster sich in der Kommunikation dysfunktionaler Familien entwickeln können.

4.1 Was ist Kommunikation?

„Das Wort ‚kommunizieren’ bezeichnet allgemein sowohl die nonverbalen wie die verbalen Verhaltensweisen innerhalb eines sozialen Kontextes.“ (Satir 1997, 80) Kommunikation findet in fast jedem Moment des Alltags statt. Jeder Mensch ist, wenn er nicht sehbehindert oder gehörlos ist, mit den gleichen Komponenten für den Prozess der Kommunikation ausgestattet. Alle Sinne - wie hören, riechen, schmecken, sehen und tasten - tragen zur Kommunikation bei. Neben den Sinnesorganen hat auch der Körper in seiner Form und Gestalt Anteil an der Kommunikation. Von Beginn des Lebens an erfahren wir Werte und Normen, die als Leitlinien für den Umgang mit anderen Menschen für die jeweilige Person gelten. Sie vermitteln Vorstellungen, wie eine Begegnung vonstatten gehen könnte oder sollte; und auch die Stimme in ihrer Lautstärke und ihrem Klang spielt eine Rolle in der Kommunikation. Zuletzt ist das Gehirn mit seinen komplexen Funktionen ein weiterer wichtiger Bestandteil, da in ihm die bereits erlebten Situationen vom kommunikativen Umgang mit anderen gespeichert sind. (vgl. Satir 2004, 40) Mit all den genannten Elementen findet Kommunikation statt; und bei jedem

einzelnen Kommunikationsprozess werden Botschaften sowohl gesendet als auch empfangen. Hinzu kommt, dass jede Kommunikation immer einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt enthält. Zum einen wird eine Information übermittelt, zum anderen wird auf der Beziehungsebene durch die Art und Weise, wie sie übermittelt wird, der Beziehungsstand zwischen den Gesprächspartner deutlich. Die Beziehungsebene hat bei jedem kommunikativen Prozess großen Einfluss auf die Ausgestaltung der inhaltlichen Ebene. (vgl. Watzlawick/ Beavin/ Jackson 2000, 53; 56) „Kommunikation ist der wichtigste Einzelfaktor, der die Gesundheit einer Person und ihre Beziehungen zu anderen beeinflusst." (Satir 2004, 66)

4.2 Störungsmuster in der Kommunikation einer dysfunktionalen Familie

Wegen der Tatsache, dass Kommunikation, je nachdem ob sie gelingend und förderlich oder das Gegenteil ist, die Gesundheit eines jeden Menschen beeinflussen und oft auch den Umgang mit seiner Umgebung stark beeinträchtigen kann, erscheint es wichtig, einen Blick auf dysfunktionale Familien und ihre Kommunikation zu werfen.

Die Kommunikation in einer suchtbelasteten Familie vollzieht sich häufig verletzend und oft fast durchgehend negativ, wodurch die Fähigkeit, Probleme in der Familie einvernehmlich zu lösen, stark verringert ist. (vgl. Zobel 2006, 25) Die verbale Kommunikation ist dann von doppeldeutigen Aussagen seitens der Eltern geprägt. Diese Doppeldeutigkeit entsteht, wenn sich die verbalen Aussagen von bspw. der Mimik und Gestik stark unterscheiden. Auf das nicht trinkende Elternteil trifft dieses aufgrund der Co-Abhängigkeit genau so zu, da es stets bemüht ist, den Schaden zu begrenzen. Die Mutter möchte sich bspw. vor ihren Kindern nicht anmerken lassen, wie sehr sie unter der Situation leidet, und antwortet bei der Frage, ob es ihr gut gehe, mit gequältem Gesicht, dass mit ihr alles in Ordnung sei. Wegen solcher inkongruenten Aussagen und der fehlenden Unterstützung und Bestärkung ihrer eigenen Gefühle und Wahrnehmungen seitens der Eltern fangen die Kinder an, an ihren eigenen Gefühlen und Beobachtungen zu zweifeln. (vgl. Zobel 2006, 22f) Den Kindern wird im Verlauf des Familienlebens schmerzlich bewusst, dass die Eltern oft nicht das meinen, was sie sagen, oder das tun, was sie versprochen haben. Hierdurch verlieren die Kinder auf lange Sicht auch das Vertrauen in die verbale Kommunikation. Es stellt sich für sie das Gefühl ein, dass sie sich keinesfalls auf die Aussagen der Eltern verlassen können. Sarah berichtet hierzu:

Eine Abmachung zwischen Frau F. und ihren Kindern über die Zahlung eines wöchentlichen Taschengeldes bestand. Nur kurze Zeit später tat die Mutter so, als habe sie ihnen dieses Zugeständnis nie gemacht.

Häufig wird die Doppeldeutigkeit in der Kommunikation von den Kindern übernommen. (vgl. Wegscheider 1988, 90) Wenn Konflikte auftauchen, werden sie entweder durch Verleugnen oder Flucht überhaupt nicht ausgetragen, oder bei Streit zwischen den Eltern wird dieser unter häufiger Einbeziehung des Kindes schlimmstenfalls mittels Anklagen, Schuldzuweisungen oder körperlicher Gewalt ausgetragen. Wegscheider (1988) hat in ihren Ausführungen die Familienregeln, nach denen in einer Alkoholikerfamilie gelebt wird und die damit die Kommunikation innerhalb der Familie stark beeinflussen, wie folgt zusammengefasst:

1. „Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol.
2. Der Alkohol ist nicht die Ursache des Problems.
3. Der Alkoholiker ist nicht für seine Abhängigkeit verantwortlich – schuld sind die Anderen, sind die Umstände.
4. Der status quo muss erhalten bleiben, koste es, was es wolle.
5. Jeder in der Familie ist ein ‚Enabler', sozusagen ein ‚Zuhelfer'.
6. Niemand darf darüber reden, was in der Familie wirklich los ist, weder untereinander noch mit sonst jemandem.
7. Niemand darf sagen, was er wirklich fühlt." (Wegscheider 1988, 88ff)

Der Alltag wird durch den Alkohol bestimmt und alle Familienmitglieder sind in ständiger Anspannung und Furcht davor, dass Vater/Mutter wieder getrunken hat. Die Ahnung, dass eine Alkoholproblematik bei einem Elternteil besteht, wird von allen geteilt. Jedoch darf über das Problem Alkohol weder untereinander noch mit dem unmittelbaren Umfeld gesprochen werden. Die Kinder haben somit keine Möglichkeit, über ihre Ängste und Sorgen zu sprechen. Die Kommunikation wird unterbunden. (vgl. Zobel 2006, 23) Gerade die letzten beiden Regeln machen deutlich, wie sehr die Kommunikation in einer dysfunktionalen Familie gestört ist. Alle Familienmitglieder werden durch diese Regeln dazu genötigt, ihre wahren Gefühlsregungen hinten anzustellen und sich den meist unausgesprochenen Regeln und den Forderungen nach deren Einhaltung zu beugen. Das jeweils Gesagte entspricht selten der Wahrheit; es gibt somit Einblick in eine verzerrte und starre Kommunikation. Wegen der 6. Regel ist es den Kindern zusätzlich nicht möglich, sich einer Person außerhalb der Familie anzuvertrauen;

das geschlossene System der alkoholbelasteten Familie bleibt bestehen. Jedes Familienmitglied ist mit seinen Gefühlen und Ängsten allein. (vgl. Wegscheider 1988, 88ff)

Kinder, die im Verlauf ihrer Kindheit in alkoholbelasteten Familien die in Kapitel 3.3 beschriebenen Rollen übernommen haben, weisen häufig Aspekte eines besonderen Kommunikationsstils nach Satir (2004) auf. Der *Held* mit seiner distanzierten und steifen Sprache verkörpert „den Rationalisierer". Er versucht bspw. durch das häufige Verwenden von ‚man' und ‚es' den Eindruck zu erwecken, nicht so leicht angreifbar zu sein. Gefühlsäußerungen werden von ihm vermieden und er begründet Situationen und Handlungen rational. Das Muster von Entweder-Oder-Aussagen gibt ihm ein Gefühl von Verhaltenssicherheit und Orientierung. (vgl. Satir 2004, 75f)

Ein Kind in der Rolle des *Schwarzen Schafes* zeigt häufig Merkmale des Kommunikationsstils „der Ankläger". Er kommuniziert, indem er anklagt, Schuldzuweisungen macht, fordert oder Gespräche unterbricht. Er gilt als „Fehler-Sucher" und ‚Diktator'. Obwohl ihm gängige moderatere Gesprächsregeln bekannt sind, kann er sie nur schwer akzeptieren oder hält sich in den meisten Fällen nicht daran. (vgl. Satir 2004. 73f)

Das *Stille Kind* nimmt von sich aus aktiv keine Kommunikation auf; es reagiert anstatt zu kommunizieren. Kontakte über Augen- und Körperausdruck finden nur sehr selten statt. Um dem Gegenüber zu gefallen, sagt es fast immer Ja zu allem und spricht, wenn es sein muss, in einschmeichelnder Weise. Satir nennt diesen Kommunikationsstil den des „Beschwichtigers". (vgl. Satir 2004, 71f)

Kinder in der Rolle des *Clowns* weisen häufig die sprachlichen Merkmale des „Ablenkers" auf. Ihre Aussagen sind belanglos und ihnen fehlt oft jeglicher direkter Bezug zum bestehenden Gesprächsthema. Während des Kommunizierens sind sie sowohl sprachlich als auch körperlich ununterbrochen in Bewegung. Sie sprechen hektisch, viel und schnell. Selten äußern sie sich konkret auf eine ihnen gestellte Frage. (vgl. Satir 2004, 76f)

Die Ausführungen zu den unterschiedlichen Kommunikationsstilen zeigen deutlich, dass es in einer dysfunktionalen Familie keine klare und offene Kommunikation gibt. Klare Mitteilungen sind nicht möglich und die Familienmitglieder sind nicht in der Lage, ihren Bedürfnissen und eigenen Empfindungen Ausdruck zu verleihen. Diese Muster der Kommunikation, über

Jahre erlernt und verinnerlicht, lassen sich im späteren Jugend- und Erwachsenenalter nur schwer wieder ablegen. Für die Kinder sind sie Teil der Überlebensstrategie, alle Probleme mit sich selbst auszumachen und auf keinen Fall anderen von ihrem Leid zu erzählen. Die Erfahrungen, die sie in ihrer Familie in Bezug auf Kommunikation gemacht haben, haben sie gelehrt, dass sie ihren eigenen Gefühlen nicht trauen können und das Gegenüber oft nicht das tut, was es verspricht, oder dass ihnen gar nicht erst zugehört wird.

5. Resilienz oder die kindliche Widerstandsfähigkeit

Das Wort Resilienz ist auf das lateinische Wort „resilire“ - „zurückspringen“ zurückzuführen und bedeutet ins Deutsche übersetzt soviel wie Widerstandsfähigkeit der Psyche oder auch die Fähigkeit zu gesunder Entwicklung trotz widriger Umstände. (vgl. Duden online) Die Forschungen zu diesem Thema begannen 1955 durch die Pionierin Emmy Werner, die alle in diesem Jahr auf Kauai geborenen Kinder in ihre Kauai-Studie[13] aufnahm und deren Verhalten und Entwicklung über 32 Jahre verfolgte. Die Ergebnisse dieser Längsschnittstudie waren ein bedeutender Beitrag in der Entstehung des Resilienzkonzeptes. (vgl. Bengel/ Meinders-Lücking/ Rottmann 2009, 14)

Das Bestehen eines guten Bindungsmusters in der Familie, bedingt durch die Akzeptanz, Stütze und Ermutigung des Kindes seitens der Eltern, trägt dazu bei, dass Kinder sich zu eigenständigen Menschen mit einer stabilen Psyche und gesundem Selbstvertrauen entwickeln. (vgl. Bowlby 2008, 9f) Kinder mit einer solch sicheren Basis zeigen Bindungsverhalten, indem sie sich in für sie schwierigen Umständen wie Angst, Krankheit oder Unsicherheit an Menschen wenden, die ihnen vertraut sind und Sicherheit geben können. (vgl. Bowlby 2008, 21) Bei Kindern aus Alkoholikerfamilien hat sich dagegen eine wie oben beschriebene sichere

[13] Bei der Kauai-Studie handelt es sich um eine Längsschnittstudie, bei der eine Gruppe von Mitarbeitern aus verschiedensten Bereichen des Gesundheits- und Sozialdienstes mit Psychologen und Kinderärzten zusammen erforschen, wie schon in der pränatalen Entwicklung von 698 auf der Insel Kauai geborenen Kindern verschiedene psychosoziale und biologische Risikofaktoren, belastende Ereignisse im Leben, aber auch protektive Faktoren Einfluss nehmen. (vgl. Werner 2008, 21)

Basis häufig nicht aufbauen können, da das abhängige ebenso wie das co-abhängige[14] Elternteil viel zu sehr mit sich und der Thematik Alkohol beschäftigt ist, als dass es sich den Bedürfnissen ihrer Kinder ausreichend widmen könnte. Diesen Kindern steht die sichere Basis nicht als Grundstein für ihre Entwicklung zu einem eigenständigen Menschen mit stabiler Persönlichkeit zur Verfügung. Kinder, die sich trotz riskanter Belastungen durch widrige Lebensumstände positiv entwickeln und zu einer gefestigten Persönlichkeit heranwachsen, werden als resilient beschrieben. (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2010, 43) Resilient zu sein bedeutet jedoch nicht, dass man mit dieser Eigenschaft geboren wird. Es handelt sich eher um eine Fähigkeit, die sich das Kind im Laufe seiner Entwicklung und in der Interaktion mit seiner Umwelt aneignet, die sich aber im Verlauf der Kinder- und Jugendzeit auch wieder verändern kann. (vgl. Wustmann 2004, 28) Das Erlernen dieser Widerstandsfähigkeit gelingt am besten in den ersten zehn Lebensjahren, jedoch kann sich auch jeder Erwachsene resilientes Verhalten zu eigen machen. (vgl. Myers 2005, 694) Wenn Kinder schon in jungen Jahren Stabilität und Anerkennung durch ihre Umwelt erfahren, wirkt sich dies positiv auf die Herausbildung von Bewältigungskompetenzen aus. (vgl. Wustmann 2004, 28) Näheres zu unterschiedlichen Bewältigungsstrategien wird in 5.2 ausgeführt.

Resiliente Kinder werden in der Forschung häufig als aktiv beschrieben. Denn sie versetzen sich nicht selbst in die Opferrolle, lassen sich nicht in sie hinein drängen oder fühlen sich schuldig wegen der bestehenden Situation, „[...] sondern erleben sich als Handelnde mit einem gewissen Maß an Kontrolle über die Stressoren.“ (Myers 2005, 694) Resilienz ist eine Eigenschaft, die zwar variabel und flexibel ist, aber bei Bestehen in bestimmten Phasen des Lebens nicht ohne Weiteres auf andere Kompetenzbereiche übertragbar ist. Beispielsweise kann ein Kind in der Schule resilientes Verhalten zeigen in Bezug auf sein Sozialverhalten, ist - bedingt durch den Einfluss der häufig streitenden Eltern - jedoch verletzbarer als seine Altersgenossen. Kinder können trotz bestehender resilienter Verhaltensweisen wegen ihrer Erfahrungen mit besonders negativen Ereignissen kurzzeitig Beeinträchtigungen in ihrer psychischen Stabilität und dadurch ein emotionales Ungleichgewicht erleiden. (vgl. Wustmann 2004, 30ff) Eine Anfälligkeit für psychische Erkrankungen - bedingt durch widrige Lebensumstän-

[14] M. Rennert versteht unter Co-Abhängigkeit die Unfähigkeit Angehöriger, sich unbeschadet und häufig ohne selbst zu erkranken, an die bestehende süchtige Entwicklung des bspw. Partners anzupassen. (vgl. dazu Rennert 2008, 72ff)

de - nennt man Vulnerabilität, und diese steht der Resilienz gegenüber. (vgl. Wustmann 2004, 22)

Das komplexe Zusammenspiel der innewohnenden Eigenschaften eines Kindes mit dem unterstützenden Einfluss seiner Lebensumwelt lässt Resilienz entstehen und wachsen. Die Widerstandsfähigkeit und damit ihre Entwicklung haben ihre Wurzeln in risikomindernden Einflüssen, die das Kind von Natur aus besitzt, die aber auch durch das Umfeld wirken. (vgl. Wustmann 2004, 32) Es wird deutlich, dass gerade sozialen Schutzfaktoren in Bezug auf die Bewältigung von Belastungen ein hoher Stellenwert eingeräumt werden sollte. Neben den Schutzfaktoren haben auch die Risikofaktoren Einfluss auf die Bewältigungsstrategien. Die Balance der beiden Komponenten, und damit deren Einfluss auf die Entstehung und Stärkung bzw. Verringerung resilienten Verhaltens, steuert die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben der betroffenen Personen. (vgl. Fröhlich-Gildhoff 2010, 43)

5.1 Risiko- und Schutzfaktoren als Teil des Resilienzkonzepts

Das Resilienzkonzept beinhaltet die Erfassung und den Umgang mit den Risiko- und Schutzfaktoren und deren Einfluss auf die positiv oder negativ verlaufende Bewältigung unterschiedlicher problematischer Lebensumstände bei Kindern. Risikofaktoren sind Umstände, die bei betroffenen Personen - im Vergleich zu Personen, die dieses Merkmal nicht betrifft - dazu führen können, dass sich eher eine bspw. psychische Erkrankung einstellen kann. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass es aufgrund vom Vorhandensein solcher Risikofaktoren zu einer Beeinträchtigung der Psyche oder einem negativen Verlauf kommen muss. Man spricht eher von einem erhöhten Risiko für eine Anfälligkeit bei diesen Kindern. (vgl. Wustmann 2004, 36)

Risikofaktoren, die die Entwicklung von Kindern negativ beeinflussen können, sind verschiedenen Ursprungs. Sie können biologisch, sozial aber auch psychologischer Natur sein. (vgl. Werner 2008, 20) In der Entwicklung eines jeden Kindes gibt es Zeitspannen, in denen es über weniger Schutzmechanismen verfügt und daher anfälliger auf auftretende Risiken reagiert. Risikofaktoren können im unmittelbaren Umfeld des Kindes entstehen und seine Widerstandsfähigkeit herabsetzen. Die Arbeitslosigkeit der Eltern und die damit häufig einhergehende Abkapselung vom sozialen Umfeld beschreibt Wustmann (2004) als häufig auftretende Risikofaktoren. Darüber hinaus zählen auch ein niedriger Bildungsstand, fortwährende

Streitigkeiten und Auseinandersetzungen innerhalb der Familie sowie der ständige Konsum und Missbrauch von Alkohol und/oder Drogen durch die Eltern zu den risikoreichen Faktoren. In Familien mit einer Alkoholproblematik werden deren Kinder häufig durch multiple Risikofaktoren belastet. (vgl. Wustmann 2004, 38ff) Aus diesem Grund ist zu beachten, dass „je mehr Belastungen und Risiken vorliegen, desto mehr Ressourcen [...] auf der protektiven Seite erforderlich“ sind. (Lösl/ Bender 2008, 63) Lösl und Bender haben eine Übersicht über Merkmale erarbeitet, die eine schützende Funktion gegenüber Störungen besitzen. Einige dieser protektiven Faktoren sind:

- mindestens eine stete und andauernde Beziehung zu Mutter oder Vater oder einer anderen Bezugsperson;
- soziale Hilfe und Unterstützung durch Menschen aus dem Umfeld Schule, Nachbarschaft usw.;
- eine Erziehung, die das Kind positiv unterstützt und ihm Struktur gibt;
- eine mindestens durchschnittliche Intelligenz;
- eine aktive Herangehensweise an die Bewältigung von Belastungen anstatt nur darauf zu reagieren oder vermeidendes Verhalten an den Tag zu legen. (vgl. Lösl/ Bender 2008, 57)

Aus der Aufzählung wird ersichtlich, dass die risikomindernden Faktoren sowohl auf personaler als auch auf sozialer Ebene zu finden sind. (vgl. Wustmann 2004, 46) Die personellen Ressourcen können bspw. Offenheit und Mitteilungsbereitschaft auf Seiten des Kindes sein. Soziale Ressourcen entstehen auf zweierlei Ebenen – der Interaktion zwischen dem Kind und seiner Umwelt und den daraus resultierenden Bewältigungsstrategien (resilientes Verhalten) in Bezug auf schwierige Lebenssituationen sowie gefestigte Beziehungen zu einer engen Bezugsperson wie einem Elternteil oder jemanden aus der unmittelbaren Umgebung der Familie. Ein Kind mit der Fähigkeit, sich einer nahen Person vorbehaltlos anvertrauen zu können, weckt in dieser Person in der Regel auch den Wunsch, das Kind bei der Bewältigung seiner bspw. Ängste unterstützen und ihm beiseite stehen zu wollen. Es zeigt sich deutlich, dass sich die personalen und sozialen protektiven Faktoren in einem Verhältnis wechselseitiger Bedingtheit befinden und von großer Dynamik sind. (vgl. Weiß 2008, 159f) Dabei ist jedoch zu beachten, dass ein vorhandener Schutzfaktor natürlich nur dann eine protektive Wirkung haben bzw. als solcher wirken kann, wenn eine belastende oder risikoreiche Situation tatsächlich vorliegt. (vgl. Rutter 1990, zit. n. Wustmann 2004, 45)

Mit der Aussage:

> „Die Lebensgeschichten der widerstandfähigen Kinder in unserer Längsschnittstudie lehren uns, dass sich Kompetenz, Vertrauen und Fürsorge auch unter sehr ungünstigen Lebensbedingungen entwickeln können, wenn sie Erwachsene treffen, die ihnen eine sichere Basis bieten, auf der sie Vertrauen, Autonomie und Initiative entwickeln können.“ (Werner 1997, 202)

versucht Emmy Werner deutlich zu machen, wie wichtig eine unterstützende Interaktion im sozialen Rahmen für Resilienzprozesse ist, und zeigt hierdurch auch die Nähe zur Bindungstheorie auf.
Brigid Daniel und Sally Wassell (2002) geben in ihrer Arbeit zur Frühförderung von Kindern, veröffentlicht in ihrer Abhandlung mit dem Titel „The Early Years. Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children“, ihre Ansichten über die Grundbausteine der Resilienz wieder. Ihres Erachtens stützt sich Resilienz auf „drei Entwicklungsbausteine“, die dem betroffenen Kind ein Gefühl von:

- ICH HABE
- ICH BIN
- ICH KANN

geben. Das „ICH HABE“ bedeutet für das Kind, dass es Menschen um sich herum hat, die es gern haben und ihm helfen wollen. Daniel und Wassell sprechen hier von einer „sicheren Basis“ und damit dem ersten Grundbaustein. „ICH BIN“ beinhaltet für ein Kind das Gefühl, liebenswert sich und den Menschen in seiner Umgebung gegenüber zu sein und somit eine gut entwickelte Selbstwertschätzung zu besitzen. Diese Wertschätzung stellt sich häufig zusammen mit der Erfahrung der eigenen Kompetenzen ein. Der dritte und letzte Baustein ist der der Selbstwirksamkeit. Das Kind verspürt ein Ich-Gefühl von „ICH KANN“. Es traut sich zu, Probleme selbst zu lösen und Wege aus den belastenden Situationen zu finden. (vgl. Daniel/ Wassel 2002, 13; 86)

5.2 Bewältigungsstrategien

Als Bewältigungsstrategien werden konkrete Handlungsmöglichkeiten bezeichnet, bei denen kognitiv und emotional der Versuch unternommen wird, mit belastenden Situationen umzugehen. Der Fokus liegt hierbei auf der Reduzierung, Minimierung bzw. Tolerierung der Anforderungen, die die bedrohliche Situation mit sich bringt, also auf diese adäquat zu reagieren und diese zu meistern. Im Vordergrund steht hierbei, die schädigenden Einflüsse der Bedingungen aus der Umgebung zu minimieren, Möglichkeiten zur Erholung zu optimieren, soziale Beziehungen und emotionales Wohlbefinden aufrecht zu erhalten und sich selbst und das eigene Handeln positiv zu sehen. Laut Lazarus und Launier[15] bilden zwei subjektive Bewertungsprozesse die Grundlage für den Prozess der Bewältigung. Zum einen gehört die Einschätzung dazu, ob es sich bei der Stresssituation um eine Bedrohung, Herausforderung oder einen möglichen Schaden handelt und der Vergleich mit schon erlebten Erfahrungen vergleichbarer Momente möglich ist. Hierbei werden dann Informationen aus der Umwelt hinzugezogen. Zum anderen gehört die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten dazu, die Risikosituation zu bewältigen oder zumindest zu kontrollieren und daraus resultierend Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Bei dieser Ressourceneinschätzung prüft die Person eigene Kompetenzen, Überzeugungen und das Bestehen sozialer Unterstützung im unmittelbaren Umfeld. (vgl. Lazarus/ Launier (1981) zit. n. Wustmann 2004, 76f) „Die Stresssituation gewinnt somit ihre Bedeutung erst durch das Selbstbild des Individuums hinsichtlich seiner eigenen Handlungskompetenzen und Kontrollmöglichkeiten.“ (Holtz (2000) zit. n. Wustmann 2004, 77)

Bewältigungsstrategien lassen sich verschieden kategorisieren. Die defensive Bewältigungsstrategie zeichnet sich laut Brenner (1984) bspw. durch Rückzug, Verleugnung der Situation bzw. des Geschehens oder Flucht vor Auseinandersetzung aus - mit der Problematik unangemessenen Verhaltens und verschärfter Isolationsbestrebungen; alle diese Strategien haben das gemeinsame Ziel, die Stressereignisse möglichst zu vermeiden. (zit. n. Wustmann 2004, 82) Hierbei wird in der Fachliteratur häufig von einer dysfunktionalen Bewältigungsstrategie gesprochen, die zur Folge haben kann, dass betroffene Kinder zu Rauschmitteln wie Alkohol greifen, - ganz gleich, ob der Alkohol wie in alkoholbelasteten Familien der Grund für die aktuelle problematische Situation ist. Die aktive Bewältigungsstrategie, die die Auseinander-

[15] Lazarus und Launier sind Vertreter der transaktionalen Stresstheorie. Nähere Ausführungen hierzu in ihrer Veröffentlichung „Stressbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt“ aus dem Jahre 1981.

setzung mit der jeweiligen Problemlage sucht, veranlasst das Individuum dazu, sich z.B. mit Hilfe von Informationsbeschaffung oder der Suche nach sozialer Unterstützung einen Weg aus der bedrohlichen Situation zu bahnen. Hierbei ist die konkrete Auseinandersetzung mit dem bestehenden Problem wichtigster Bestandteil.

Ferner wird in Hinsicht auf Bewältigungsstrategien zwischen emotionsregulierenden und problemorientierten Strategien unterschieden. Die emotionsregulierenden Methoden zielen auf den Selbstschutz des Individuums und nicht direkt auf die Lösung des Problems selbst ab. (vgl. Zimbardo (1995) zit. n. Wustmann 2004, 78) Diese Strategien „[...] dienen vielmehr der Kontrolle bzw. Regulierung der somatischen und emotionalen Reaktionen.“ (Wustmann 2004, 78), mit möglichen Verhaltensmustern wie dem Träumen, der Entspannung oder des sich Abreagierens.

Mit Hilfe der problemlösenden Strategie wird eine konkrete Modulation der bestehenden, durch die Situation bedingten Merkmale der Umwelt wie z.B. eine Umstrukturierung des Umfeldes angestrebt. Des Weiteren versucht die betroffene Person durch Abänderung von Zielen und Gewohnheiten oder auch das Erlernen neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten das eigene Verhalten zu verändern. Ein dritter Aspekt der Veränderung geschieht auf der Ebene der Bewertung des bestehenden Problems: Es wird bspw. aus einem anderen Blickwinkel betrachtet und bewertet. Jede dieser Veränderungen zielt durch die unmittelbare Auseinandersetzung mit der Problematik darauf ab, dem durch das Problem entstandenen Stress aus dem Weg zu gehen.

Welche Bewältigungsstrategie vom betroffenen Individuum eingesetzt wird, hängt zum einen von der Art der belastenden Situation und ihrer Einschätzung, zum anderen von der Person und ihrem Wesen selbst ab. Ergibt die Einschätzung einer Situation, dass sie kontrollierbar ist, wird häufig die problemlösende Strategie gewählt. In weniger überschaubaren, also eher unkontrollierbaren Situationen fällt die Entscheidung häufig auf die emotionsregulierenden Strategien. In jungen Jahren werden von den Kindern eher die problemorientierten Strategien gewählt, im Verlauf ihrer Entwicklung tendieren viele Kinder jedoch zur Wahl der emotionsregulierenden Strategien. Dies hängt damit zusammen, dass vielen Kindern die Einschätzung der bedrohlichen Situation, je jünger sie sind, häufig sehr schwer fällt. Diese Schwierigkeit führt oft dazu, dass nicht alle Bewältigungsversuche deren erwünschte Milderung erreichen

und manchmal sogar zu einer Verschlimmerung der Situation bzw. zur Häufung von Stressoren führen können. (vgl. Wustmann 2004, 76ff)

5.3 Resilientes Verhalten fördern

Die Resilienzforschung hat herausgestellt, dass allen Kindern und besonders denen, die risikoreichen Lebensumständen ausgesetzt sind, schon sehr früh und dauerhaft intensive Hilfen angeboten werden sollten, um ihnen in misslichen Lagen unterstützend zur Seite stehen zu können. Nach Erwerb der für bewältigendes Verhalten nötigen Basiskompetenzen gelingt es den Kindern dann deutlich besser, mit Problemen umzugehen. (vgl. Wustmann 2004, 124) Wichtig hierbei ist, die Verletzlichkeit des Kindes nicht aus den Augen zu verlieren; was bedeutet, die Belastungen, denen die Kinder ausgesetzt sind, soweit wie möglich zu reduzieren. Dabei erst einmal von einer vorhandenen zumindest geringen Widerstandsfähigkeit eines jeden Kindes ausgehen zu können, sollte vorausgesetzt werden, da man besagte Kinder - so naiv sollte man nicht sein - nicht gänzlich vor belastenden Erlebnissen schützen kann. Förderung von Resilienz beinhaltet laut Daniel und Wassell (2002) eher, die vorhandenen Stärken der Kinder - im Hinblick auf schützende Faktoren in der Betreuungswelt - zu sehen und auf ihnen aufzubauen und bei Defiziten das Augenmerk auf den Aufbau eines schützenden Netzwerks zu richten. Die Herangehensweise sollte ganzheitlich geschehen, also die Familie und Personen aus der unmittelbaren Umgebung in die Netzwerkarbeit mit einbeziehen. (zit. n. Zander 2008, 202) Ein weiterer wichtiger Aspekt, den es bei der Förderung zu berücksichtigen gilt, ist das Anliegen, dafür zu sorgen, dass das Kind eine veränderte Wahrnehmung in Bezug auf den bestehenden Stress entwickeln kann und daraus resultierend den Stress als nicht mehr so belastend empfindet. Ebenso gilt es, sowohl die Erweiterung der personalen Ressourcen des Kindes als auch die Verbesserung sozialer Ressourcen anzustreben - wie gute Bindungen im Schulalltag, in der Familie und der Nachbarschaft. (vgl. Wustmann 2004, 122)

Um die Förderung von Resilienz zu unterstützen, ist es insbesondere wichtig, bei der Arbeit mit Kindern deren personale Ressourcen wie Empathie, Verantwortungsbewusstsein, ihre Fähigkeit, Probleme auch mal selbst zu lösen, Gefühle von Selbstwirksamkeit und ein gesundes Selbstwertgefühl herauszuarbeiten. Mit solchen stetig erworbenen Fähigkeiten kann es den Kindern - wie in empirischen Studien erwiesen - gelingen, sich trotz äußerst schwieriger Umstände „normal“ zu entwickeln. (vgl. Wustmann 2004, 125)

Neben der Förderung auf der personalen Ebene lässt sich Resilienz unter der Voraussetzung, dass stabile Bindungen einen großen Stellenwert in der Entwicklung eines jeden Kindes besitzen, auch auf der Beziehungsebene selbst fördern und ausbauen. Die stetige Interaktion und damit auch Kommunikation zwischen Erziehendem und Kind trägt dazu bei, resilientes Verhalten aufzubauen und zu stärken. Die Arbeit mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen, sei es in den Bereichen Schule oder Kindergarten, soll zum Ziel haben, ihnen die Wirksamkeit der Interaktion für den Prozess der Entstehung von Resilienz deutlich zu machen. Angemessenes Handeln seitens der Eltern oder Erzieher führt dazu, dass die Kinder sich wertvoll fühlen können und sie in die Lage versetzt werden, Veränderungen selbst vorzunehmen. Den Eltern und Erziehenden muss bewusst werden, dass sie und wie sie durch ihr erzieherisches Handeln dazu beitragen können, das Verantwortungsbewusstsein des Kindes für sich und sein Handeln zu stärken und damit auch die Fähigkeit zu entwickeln, Probleme selbst zu lösen. Einige Möglichkeiten hierfür bestehen darin, das Kind ohne Ausnahme zu akzeptieren und wertzuschätzen und ihm dadurch ein Gefühl von Geborgenheit zu vermitteln. Vorgefertigte Lösungen und zu schnelles Eingreifen führen zum Gegenteil von Verantwortungsübernahme. Ein „Du schaffst das schon. Ich bin mir sicher“, kann dem Kind z.B. dazu verhelfen, ein stärkeres Selbstwertgefühl zu entwickeln. Die Chance, an Entscheidungsprozessen des Alltags teilzunehmen, fördert die Selbstwirksamkeit des Kindes. Wichtig ist auch, dem Kind Ziele zu stecken, die es tatsächlich auch erreichen kann. Dadurch entwickeln die Kinder Durchhaltevermögen und Zielorientierung. Die Unterstützung in oben benannten Bereichen führt dazu, dass das Kind eine positive und optimistische Einstellung im Hinblick auf bevorstehende schwierigere Momente im Leben bekommt. Im Bezug auf die in Kapitel 5.1 aufgeführten Grundbausteine von Resilienz ICH HABE, ICH BIN und ICH KANN bedeutet dies für das Kind, Menschen um sich zu haben, die es unterstützen, von denen es Wertschätzung erhält und sich damit im Stande fühlt, Probleme selbstständig zu bewältigen. (vgl. Wustmann 2004, 133ff)

6. Erwachsene Kinder aus alkoholbelasteten Familien

Das Resilienzkonzept legt Wert auf die Feststellung, dass es auch Kinder gibt, die trotz widriger Umstände Strategien entwickeln und damit einen Weg finden können, mit der belastenden Situation umzugehen. Kinder, die in Alkoholikerfamilien aufgewachsen und damit in die verschiedenen in Kapitel 3.3 näher erläuterten Rollen geschlüpft sind, besitzen im Erwachsenenalter häufig unterschiedlich ausgeprägte Identitäten. Auf der einen Seite sind sie die Kinder

von Alkoholikern und bleiben es ein Leben lang, zum anderen haben sie sich häufig bei der Partnerwahl trotz ihrer Erfahrungen für einen Partner mit einer Alkoholabhängigkeit entschieden. Eventuell leiden sie selbst unter einer Alkoholabhängigkeit. Jede einzelne oder auch eine dieser Verhaltensvarianten können sich - in ihrer generellen Orientierung - bei den erwachsenen Kindern zeigen. (vgl. Black 1988, 131) Aber wie entwickeln sich diese Kinder im Konkreten tatsächlich; mit welchen Problemen haben jene zu kämpfen, die seit frühester Kindheit in der Rolle des Helden, des Schwarzen Schafes, des Stillen Kindes oder auch des Clowns, mit den dazugehörigen Verhaltensmustern gelebt haben, wenn sie erwachsen sind? Die Übernahme von bestimmten Verhaltensweisen über Jahre führt oft dazu, dass sich bei ihnen Persönlichkeitsmerkmale ergeben, die ihr Leben und ihre Weiterentwicklung auch nach dem Auszug aus der elterlichen Wohnung und im Erwachsenenalter sehr negativ beeinflussen können. (vgl. Rennert 2008, 80) Kolitzus unterscheidet die Intensität der Auswirkungen jedoch je nach dem, ob eine erfolgreiche Bearbeitung der Problematiken stattgefunden hat oder nicht. (vgl. Kolitzus 2004, 67)

Wie schon angesprochen werden Kinder aus suchtbelasteten Familien im späteren Erwachsenenalter häufiger krank oder leiden unter Störungen als solche aus intakten Familien. Mit dem Blick auf die Rollentypologien nach Wegscheider (siehe 3.3) lässt sich für das erwachsene in der Rolle des Helden aufgewachsene Kind sagen, dass es mit Krankheiten wie Migräne und unter dem ständigen Druck, das Beste geben zu müssen, mit Magenproblemen und einem erhöhten Risiko für Herzerkrankungen zu kämpfen hat. (vgl. Schmieder 1992, 67) Zusätzlich verlässt es sich niemals auf andere, da es während seiner Kindheit diesen Rückhalt nicht erfahren hat, und bleibt deshalb häufig einsam und schafft es nicht, Beziehungen und Freundschaften einzugehen. (vgl. Kolitzus 2004, 69)

Der Erwachsene, der in der Rolle des Schwarzen Schafes seine Kindheit und Jugend durchlaufen hat, ist der Gefahr ausgesetzt, seine Probleme - ebenso wie sein suchtkrankes Elternteil - in Alkohol oder Drogen zu ertränken. Die Gefahr eines Selbstmords ist groß, da sein Selbstbewusstsein nicht ausgeprägt ist und er schon als Jugendlicher zu selbstzerstörerischem Verhalten neigte. (vgl. Schmieder 1992, 68) Wegen einer fehlenden therapeutischen Unterstützung kann es dazu kommen, dass das delinquente Verhalten ihrer Kindheit auch im Verlauf ihres Erwachsenendaseins beibehalten wird. Eine abgebrochene Schullaufbahn verbaut dem erwachsen gewordenen Schwarzen Schaf häufig viele Möglichkeiten im späteren Berufsleben. (vgl. Kolitzus 2004, 67)

Das Stille Kind hat in seiner Kindheit erlebt, dass es sich durch Essen einen Ersatz für den stetig währenden Hunger nach Liebe, Zuneigung und Aufmerksamkeit erschaffen kann. Oft führt dies im späteren Leben dazu, dass in Zeiten von Einsamkeit übermäßiges Essen oder der rabiate Entzug von Nahrung ihm als Erwachsenen Befriedigung gibt. Nicht selten entstehen hierbei Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie. (vgl. Schmieder 1992, 68) Der „stille Erwachsene“ hat in seiner Kindheit keine Erfahrungen in Bezug auf Beziehungen, positive Kommunikation oder Intimität gemacht. Daraus resultierend fällt es ihm schwer, Beziehungen einzugehen und, wenn er dies tut, kommt es in seinem Leben häufig zu Abbrüchen und neuen Beziehungen. (vgl. Wegscheider 1988, 144)

Ein Erwachsener, in der Rolle des Clowns aufgewachsen, kann die erlernten Verhaltensweisen, mit denen er auf bestimmte Situationen reagiert, nur schwer ablegen. Die Menschen um ihn herum empfinden sein sich immer ähnelndes Verhalten als nervend und er wird von ihnen geschnitten oder nicht ernst genommen. In diesen Momenten wiederholen sich bei dem erwachsen gewordenen Clown die Empfindungen seiner Kindheit. Er fühlt sich bedeutungslos und versucht dieses wiederum durch hysterisches Verhalten und zwanghaftes Lustig-Sein zu kompensieren. Er befindet sich damit in einer Art Teufelskreis. Schmieder spricht hier vom ewigen „Lächler, der immer Tränen in den Augen hat.“ (Schmieder 1992, 68)

7. Hilfen und Beratungsmöglichkeiten für Kinder alkoholkranker Eltern und deren Ziele

In der Literatur zum Problemkreis von Kindern in alkoholbelasteten Familien wird immer wieder darauf verwiesen, dass es Möglichkeiten zur Unterstützung und Hilfe für eben jene Kinder gibt, die häufig als ‚die vergessenen Kinder’ betitelt werden. Diese Hilfen können aus verschiedenen Richtungen kommen, wie z.B. dem Jugendamt mit Beratungsangeboten und der Vermittlung zu passenden Beratungsstellen mit Einzelberatungen und Möglichkeiten zu Gruppenarbeit mit anderen Kindern. Ebenso gilt es, wie schon in 5.3 beschrieben und in Gesprächen mit Mitarbeitern aus Jugendamt und Suchtberatungsstelle durch diese bestätigt, die Kinder schon sehr früh in ihrem resilienten Verhalten zu fördern und sie auf diese Art zu unterstützen. Diese Arbeit geschieht bspw. in Kitas und Schulen, Sportvereinen oder Jugendtreffs.

Entscheidend ist, dass die Bearbeitung der Problematiken, unter denen die Kinder leiden, nur in Zusammenarbeit mit Institutionen, Personen aus dem unmittelbaren Umfeld und speziellen Hilfesystemen möglich ist. Die Kooperation von Jugend- und Suchthilfe spielt hierbei eine besondere Rolle. (vgl. BKK Bundesverband 2007, 35) Ferner ist wichtig, dass Klarheit und Transparenz in Bezug auf die Zuständigkeiten der beiden genannten Bereiche besteht, um eine gute Zusammenarbeit und damit eine erfolgreiche Unterstützung der betroffenen Kinder und auch deren Familien gewährleisten zu können. (vgl. Bernsdorff/ Holtorf 2008, 150) Sowohl die Gespräche mit Mitarbeitern aus dem ASD als auch mit denen aus der Beratungsstelle „Kompaß“ verdeutlichten inhaltlich, dass eine Vernetzung der verschiedenen Institutionen von großer Bedeutung ist, um Kindern die bestmöglichen Hilfen und Unterstützungen zukommen zu lassen. Die Sensibilisierung in Bezug auf die Themen Alkohol und Sucht kann so schon frühzeitig erzielt werden.

Das Hamburger Netzwerkprojekt „connect – Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ beschreibt beispielhaft, wie Zusammenarbeit effektiv gefördert und damit positiv gelingen kann. Die Arbeit und die daraus resultierenden Ergebnisse verhelfen den Mitarbeitern der unterschiedlichen Institutionen, in denen Hilfe angeboten wird, schnell zu ersten Erfolgen und kann sie für die bestehende Problematik sensibilisieren, eine nachhaltige Zusammenarbeit bewirken und die Koordination verstärken. (vgl. Ehmke 2006, 6)

Im Einzelnen sollten angestrebt werden:

- eine Effektivierung des Hilfenetzwerks;
- die Kooperation der verschiedenen Bereiche wie Jugendhilfe, allgemeine medizinische Versorgung, Freizeiteinrichtungen im Stadtteil, Suchthilfe, Schule und Kita;
- die Sensibilisierung der Mitarbeiter durch Fortbildungen und Beratungen, um insgesamt ressourcenorientierter agieren zu können;
- die Fokussierung auf die Nachhaltigkeit der Ergebnisse bei der kooperativen Zusammenarbeit.

Schon in der Modellphase von „connect“ im Raum Hamburg zeigte sich sehr schnell, dass es zu mehr Sicherheit im Handeln der Mitarbeiter kam und zu engerer Zusammenarbeit auf den beteiligten Arbeitsgebieten führte. Bei qualitativen Befragungen konnte der Gewinn durch

solche Zusammenarbeit eindeutig belegt werden. (vgl. Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.)

Bei der konkreten Arbeit ist die Suche durch den zuständigen Jugendamtsmitarbeiter nach einer für das Kind geeigneten Hilfe ein erster wichtiger Schritt. Dabei kann die Einbeziehung von Gruppen mit anderen betroffenen Kindern Erfolg versprechend sein. Der Druck zur Geheimhaltung, unter dem diese Kinder tagtäglich stehen, lässt es nicht zu, dass sie in der Öffentlichkeit zugeben, Teil einer Familie mit Alkoholproblematik zu sein. In einer Gruppe mit gleichermaßen Betroffenen können sie jedoch sozusagen anonym unter sich bleiben und die Schamgrenze sich zu offenbaren ist geringer. (vgl. Hantel-Qitmann 1997, 247) Innerhalb dieser Gruppen können den Kindern Selbstsicherheit, Vertrauen zu sich, die Zuversicht, Beziehungen problemlos eingehen und Entscheidungen selbstständig fällen zu können, näher gebracht werden.

Wesentliche Ziele der Arbeit mit betroffenen Kindern, ganz gleich ob die Eltern noch trinken oder bereits abstinent leben, bestehen darin, dass die Kinder Beziehungen als dauerhaft erfahren, auch wenn sich Veränderungen im Einzelnen immer wieder ereignen. Des Weiteren sollen betroffene Kinder erleben, dass sie durch eigenes Handeln und Aktiv-Werden bestehende Konflikte bewältigen können. Zudem soll das Vertrauen in die eigenen Gefühle gestärkt und als richtig und berechtigt erlebt werden. Dies geschieht häufig dadurch, dass sie andere Kinder treffen, die ebenfalls aufgrund ihrer suchtbelasteten Familien ähnliche Gefühle haben und mit ihnen in einen Austausch über das jeweils Erlebte kommen. (vgl. Schmieder 1992, 70) Sie sollen in die Lage versetzt werden zu lernen, dass sie sich aus ihrer jahrelangen Rollenübernahme und deren Verhaltensmustern befreien können und somit ihre eigenen Bedürfnisse klarer wahrnehmen. Dadurch können sie erleben, dass sie die Bürde von Verantwortung und Pflicht nicht zwangsläufig tragen müssen. Der Weg aus der sozialen Isolation wird durch diese Erfahrungen für die Kinder erkennbar. In der Arbeit mit den Betroffenen soll für sie deutlich werden, dass sie sich auch innerhalb ihrer eigenen Familie abgrenzen können und auch die Möglichkeit und das Recht haben, sich mit Hilfe durch das Jugendamt gänzlich räumlich von der Familie zu trennen. Ein weiteres wichtiges Lernziel bei der beratenden Unterstützung ist, dass die Kinder die Chance bekommen, über ihre Gefühle von Schuld zu sprechen, und im Laufe des Prozesses merken, dass diese nicht begründet sind. (vgl. Schmieder 1992, 69)

7.1 Arbeitsansätze und Aufgabenbereiche der Beratungsstelle „Kompaß“

Die Beratungsstelle „Kompaß“ in Hamburg befindet sich in der Trägerschaft von „Trockendock e.V.“. Die Finanzierung der Arbeit wird neben Spenden und Vereinsbeiträgen durch die „Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz“ geleistet. „Trockendock e.V.“[16] gehört im Bereich Suchtprävention zu den größten Trägern in Hamburg. Neben der Beratungsstelle „Kompaß“ gehören noch weitere Einrichtungen zur Trägerschaft „Trockendock e.V.“. (vgl. Beratungsstelle „Kompaß“) Diese werden in vorliegender Arbeit jedoch nicht näher erläutert.

Bei der Beratungsstelle „Kompaß“ handelt es sich um eine Einrichtung, die Kindern und Jugendlichen alkoholabhängiger Eltern beratend zur Seite steht. Die Beratung ist kostenlos, vertraulich und wird auf Wunsch anonym durchgeführt. Kinder und Jugendliche haben die Möglichkeit, telefonisch, per Mail oder aber auch persönlich mit der Beratungsstelle in Kontakt zu treten, und erfahren dort Aufklärung über die Krankheit Alkoholismus und Unterstützung durch geschultes Fachpersonal. Neben telefonischer und individueller Beratung können betroffene Kinder und Jugendliche in Gruppen und Workshops mit anderen Betroffenen zusammenkommen und Erfahrungen austauschen und sich dadurch gegenseitig unterstützen. Zum Angebot der Beratungsstelle „Kompaß“ gehört des Weiteren ein recht breit gefächertes Angebot an Ferienaktivitäten für betroffene Kinder und Jugendliche. Das Thema Prävention spielt in der Beratungsstelle „Kompaß“ eine zentrale Rolle. (vgl. Beratungsstelle „Kompaß“)

Neben der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hat sich die Beratungsstelle „Kompaß“ auch die beratende Unterstützung von Eltern und Vertrauenspersonen zur Aufgabe gemacht. Die Beratung soll ihnen dazu verhelfen, auch unter belastenden Familiensituationen Fähigkeiten zu entwickeln, ihren Kindern eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. „Denn Kinder benötigen Erwachsene, die sie in ihrer Entwicklung begleiten. Sie brauchen Menschen, die sich Hilfe holen“. (Beratungsstelle „Kompaß“) Ein Erziehungskurs für Eltern ist gedacht als ein zusätzliches Angebot für diejenigen, die neue Wege in der Erziehung gehen und ihre Erziehungsaufgaben kompetenter wahrnehmen möchten. In diesem Kurs werden unter anderem

[16] Der Verein ”Trockendock" e.V. wurde 1979 noch unter dem Namen " Hilfe für alkoholgefährdete Kinder und Jugendliche" e.V. gegründet und ist gemeinnütziger Träger der freien Jugendhilfe gemäß § 75 KJHG.

Themen wie Kommunikation mit Kindern, konsequentes Verhalten und Grenzen sowie das Thema Suchtvorbeugung mit Hilfe von Informationen und praktischen Übungen bearbeitet und in den Erziehungsalltag übertragen. (vgl. Beratungsstelle „Kompaß“ Erziehungstraining)

Die Arbeit mit Pädagoginnen und Pädagogen ist der dritte, sehr wichtige Arbeitsschwerpunkt der Beratungsstelle. Die aufklärende und informierende Arbeit mit den Pädagoginnen und Pädagogen soll sie dazu befähigen, im pädagogischen Alltag Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien bestmögliche Unterstützung zu bieten und Warnzeichen frühzeitig zu erkennen. Mitarbeiter in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie in Schulen und Kindergärten sind häufig wichtige Bezugspersonen für Kinder aus diesen Familien. Aus diesem Grund bietet die Beratungsstelle ein breites Spektrum an Angeboten wie Fachberatung, Fallsupervision, Informationsveranstaltungen und Vorträgen sowie Fortbildungen zu diesem Thema an. Hier können die Mitarbeiter Suchtpräventionsprojekte und -veranstaltungen mit Fachleuten der Beratungsstelle besprechen und optimieren. Des Weiteren bietet die Beratungsstelle an, an konkreten Fällen aus der Praxis Hilfsmaßnahmen und pädagogische Konzepte zu erarbeiten.

Im Gespräch mit Mitarbeitern der Beratungsstelle wurde deutlich, dass die Hilfen für die einzelnen Kinder ganz individuell für jedes Kind erarbeitet werden müssen. Meist wird bedürfnis- und bedarfsorientiert gearbeitet. Wünschenswert, aber nicht zwangsläufig ist dabei eine Zusammenarbeit mit den Eltern in den Fällen, in denen die Kinder schon sehr früh mit der Alkoholkrankheit eines Elternteils konfrontiert wurden. Oberstes Ziel ist es, Beziehung und Vertrauen aufzubauen. In der Beratung werden systemische, ressourcenorientierte und erlebnispädagogische Ansätze genutzt. Die Beratungsprozesse verlaufen meist über Monate oder Jahre, da die Kinder in der Regel oft sehr beziehungsverunsichert sind. Das Thema Alkohol wird in der Regel erst sehr viel später im Rahmen der Einzelfallhilfen angesprochen. Die Vermittlung eines Gefühls von Vertrauen in die stabile Kontinuität seitens des Sozialarbeiter und die Schaffung einer Beziehung zu ihm sind maßgeblich für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem Kind oder Jugendlichen. Im Rahmen von Kindergruppen werden spielerisch Themen zur Alkoholsucht angesprochen und damit die Möglichkeiten geschaffen, sich zu öffnen und Gefühle auszusprechen. In der Arbeit mit Jugendlichen helfen zusätzliche Aktivitäten, um mit ihnen in ein Gespräch zu kommen und sich zu öffnen. Die Inhalte der Beratungsgespräche gehen häufig über das Thema Alkohol hinaus, da Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien durch den Alkoholkonsum der Eltern mit mehr als nur diesem

Problem konfrontiert sind. In manchen Fällen ist darüber hinaus auch eine Ablösung von der Familie unabdingbar, um die Kinder zu schützen, auch wenn es sich offiziell noch nicht um eine Kindeswohlgefährdung handelt. Innerhalb dieser Grauzonen kann die beratende Hilfe und Unterstützung durch die Beratungsstelle dazu dienen, den Kindern und Jugendlichen bei ihrem Ablösungsprozess zu helfen.

Der Zugang zur Beratungsstelle „Kompaß“ vollzieht sich auf verschiedenen Wegen. Im Netzwerkprojekt „connect“ wird versucht, möglichst viele Institutionen für das Thema Alkohol und die Abhängigkeit zu sensibilisieren. Denn erfahrungsgemäß kommen die meisten Kinder und Jugendlichen nur in Begleitung einer Bezugsperson - sei es der Beratungslehrer der Schule oder eine Vertrauensperson aus dem Haus der Jugend - in die Beratungsstelle „Kompaß“. Die Öffentlichkeitsarbeit und die Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter aus dem sozialen Bereich hat dazu geführt, dass weniger Ängste beim Thema Alkohol bestehen und sich somit für gefährdete Kinder vermehrt Möglichkeiten bieten, sich Personen aus ihrem Umfeld anzuvertrauen. Die Netzwerkarbeit verhilft den betroffenen Kindern und Jugendlichen auf lange Sicht dazu, dass Angebote zur Beratung und Unterstützung genutzt werden und weniger Kinder durch das Netz der Hilfesysteme fallen.[17]

7.2 Arbeitsansätze und Aufgabenbereiche des Jugendamts

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) ist Basisdienst der Ämter für Jugend- und Familienhilfe des jeweiligen Bezirks, besser bekannt unter dem Namen Jugendamt. Als Erstkontaktstelle bietet er Beratung bei psychosozialen Notlagen für Familien, Kinder bzw. Jugendliche und junge Erwachsene an. Zudem können auch Organisationen und Institutionen bei entsprechenden Problemlagen Rat erhalten. Anders als in der freien Kinder- und Jugendhilfe hat der ASD gebündelte Aufgaben. Neben Beratung und Vermittlung von Hilfen, die sowohl notwendig als auch geeignet sein müssen, besteht als zentrale Aufgabe, das Wohl des Kindes zu sichern. Letzteres veranlasst die Mitarbeiter zu regelmäßigen Überprüfung und Bewertung der eingerichteten Hilfen gemäß § 27 SGB VIII in Hinsicht auf das Kindeswohl.

[17] Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen aus dem Gespräch mit den Mitarbeitern der Beratungsstelle „Kompaß“.

Der ASD wird tätig, wenn er davon erfährt, dass Probleme in der Erziehung oder auch psychosoziale Konflikte bestehen. Nicht selten treten Erziehungsprobleme mit anderen sozialen, psychischen oder materiellen Problemen gebündelt auf. Um diesen Multiproblemlagen bestmöglich entgegenwirken zu können und diese zu lösen, ist eine Kooperation mit anderen sozialen Diensten, Freien Trägern und Institutionen wie bspw. Schulen und spezialisierten Beratungsstellen von großer Bedeutung. Nur aufgrund des fachlichen Wissens und der Kenntnisse über bestehende Angebote in den oben genannten Bereichen und durch die Miteinbeziehung in Handlungskonzepte kann es dem ASD gelingen, seine multiplen Aufgabenbereiche im Ganzen zu bewältigen. Der ASD hat zur Aufgabe, als Bindeglied an den Schnittstellen anderer Leistungsanbieter zu fungieren. (vgl. Anlagenband ASD)

In der Arbeit besteht der Grundsatz für den Sozialarbeiter, dass er den Familienmitgliedern deutlich macht, dass die Unterstützung und Hilfestellung immer einhergehen muss mit der willentlichen Entscheidung und der eigenen Anstrengung der Beteiligten. Ermutigende Worte und der Appell an die Mithilfe sind unabdingbar. (vgl. Quast 2006, 155)

Im Gespräch mit der Jugendamtsmitarbeiterin des ASD Eidelstedt ist noch einmal deutlich geworden, dass die Einsicht der Eltern bezüglich der Notwendigkeit einer Unterstützung für ihr Kind sehr wichtig ist. Denn nur mit der Unterstützung durch die Eltern kann eine effektivere Arbeit entstehen. In Bezug auf eine Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII besteht aber Freiwilligkeit. Bei nicht vorhandener Einsicht und unter Berücksichtigung des Schutzauftrages des Jugendamtes können den Eltern zum Wohle des Kindes Auflagen gemacht werden. Die Arbeit des Jugendamtmitarbeiters besteht neben der Beratung auch im Delegieren von Aufgaben an Freie Träger oder Beratungsstellen. Spezielle Angebote für Kinder aus alkoholbelasteten Familien sind bspw. Kindersorgengruppen oder spezielle Betreuungen. Um die passende Beratung oder den Zugang zu einer geeigneten Gruppe für die Kinder zu finden, ist die enge Vernetzung der verschiedenen Institutionen nötig. Auch die Recherche bezüglich sozialer Ressourcen und damit zusätzlicher Schutzfaktoren wie Nachbarn, Freunde oder Großeltern ist Teil der Arbeit. Hierdurch wird den betroffenen Kindern die Möglichkeit geboten, einen Ort für sich zu finden, an den sie sich in brenzligen Situationen zu Hause zurückziehen können. Je nachdem wie alt die Kinder sind, kann man ihnen das Angebot eines Auszugs bspw. in eine betreute Wohngruppe machen. In erster Linie geht es erst einmal zentral

um den Kinderschutz, zusätzlich gehört aber auch das Einfordern und somit die konkrete Aufforderung an die Eltern zur aktiven Mithilfe zu einem gelingenden Prozess.[18]

Bei der Beratung mit der gesamten Familie, aber auch mit Kindern und Jugendlichen allein ist es für den Sozialarbeiter wichtig, sich auf die zu Beratenden einzustellen und einen emphatischen Umgang mit ihnen zu gewähren. Die Scheu Hilfe anzunehmen kann damit verringert werden.

8.Fazit

Während der Recherche zur vorliegenden Arbeit war auffallend, dass zu diesem Thema zwar recht viel Fachliteratur zu finden ist, die jedoch meist aus dem letzten bzw. vorletzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts stammt. Nachdem das Thema Alkohol und die Auseinandersetzung damit in den 80er Jahren ein Hoch erreichte, ist es heute in vielen Köpfen schon wieder in Vergessenheit geraten. Aufgrund der vorliegenden Zahlen wird jedoch mehr als deutlich, wie präsent das Thema in der heutigen Zeit sein sollte. Viele Kinder leben in Familien, in denen der Alkohol zum alltäglichen Begleiter zählt und die Belastung durch den Konsum die ganze Familie in Mitleidenschaft zieht. Durch die Kontaktaufnahme mit Mitarbeitern aus dem ASD und der Beratungsstelle „Kompaß“ ergab sich die Möglichkeit, neben der Literatur auch Erfahrungswerte aus der Praxis in meine Arbeit mit einzubeziehen. Für die Aktualität und zum besseren Verständnis der Arbeitsweisen auf diesem Gebiet war dies von großem Vorteil.

Die Betrachtung der Familie als System und die Miteinbeziehung eines Falls, den ich in der Zeit meines Praktikums selbst erlebt und bearbeitet habe, dienten dazu, einen Vergleich zwischen gesunden und dysfunktionalen Familiensystemen zu ziehen. In einer Familie, in der die Sucht im Vordergrund steht, sind Streitigkeiten und Disharmonie alltägliche Begleiter. Ebenso beeinträchtigen das unberechenbare Verhalten und die Stimmungsschwankungen des süchtigen Elternteils das gesamte Familienleben. Folglich wurde deutlich, in welch prekärer und häufig aussichtsloser Lage sich Familien und vor allem deren Kinder ohne Unterstützung und

[18] Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen aus dem geführten Gespräch mit der Jugendamtsmitarbeiterin vom ASD Eidelstedt.

Hilfe durch die Soziale Arbeit befinden. Die Folgen für die einzelnen Mitglieder der betroffenen Familien lassen ebenso wie die Verhaltensregeln in Form von Rollen, die ihnen durch die Sucht eines Elternteils auferlegt werden, darauf schließen, in welcher Not sich die Kinder befinden. Neben den Verhaltensmustern erlernen die Kinder jedoch auch Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ihnen im späteren Erwachsenenalter von Vorteil sein können z.B. Selbstbeherrschung in Extremsituationen oder auch die Fähigkeit, situationsangemessen zu reagieren. Die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit verhindert aber oft der enorme Druck, unter dem besonders die Kinder stehen. Viel zu früh sind sie mit Problemen und Erfahrungen konfrontiert, die sie häufig kognitiv und emotional überfordern. Das Ausmaß der negativen oft extrem belastenden Einflüsse für die Kinder ist immens und sollte meines Erachtens in der Sozialen Arbeit flächendeckend noch viel mehr Aufmerksamkeit erhalten, als es momentan der Fall ist.

Doch nicht nur die Auswirkungen der elterlichen Sucht auf das Verhalten der Kinder und die meist erschwerte Entwicklung zu einer starken, sich selbst liebenden und wertschätzenden Person sind zu beachten. Die in Kapitel 4 zusammengetragenen Ausführungen zur Kommunikation in den betroffenen Familien sind ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf die Folgen. Den Kommunikationsprozessen in alkoholbelasteten Familien fehlt es meist an Eindeutigkeit. Die Doppeldeutigkeit der Aussagen seitens der Eltern löst in den Kindern Verwirrung aus. Das Vertrauen zu sich selbst und zu den eigenen Gefühlen geht verloren. Sie haben keine Erfahrungen sammeln können, wie offen und aufrichtig kommuniziert wird. Bei bestehenden Problemen werden diese häufig „ausgeschwiegen“. Das hat oft zur Folge, dass die Kinder es noch seltener wagen, sich jemandem anzuvertrauen. Gerade in der Sozialen Arbeit ist es daher wichtig, behutsam auf die Kinder einzugehen und ihnen in der Beratung Zeit zu lassen. Erst durch den Aufbau einer vertrauensvollen Basis und die Bestärkung in die Richtigkeit ihrer Gefühle kann die Hilfe gelingen.

Ohne Unterstützung können die Probleme sowohl in der Kommunikation als auch in zwischenmenschlichen Beziehungen und im Verhalten oft bis ins Erwachsenenalter weiter bestehen und den erwachsenen Kindern große Schwierigkeiten bereiten. Gerade weil die Kinder von Suchtkranken die Hochrisikogruppe derer bilden, die später selber an Suchterkrankungen leiden, muss Hilfe durch Schule und Sozialarbeiter aus den verschiedenen Bereichen angeboten werden. Doch nicht jedes Kind ist nach dem Resilienzkonzept, das ich in Kapitel 5 ausführlich erläutert habe, davon betroffen. Trotz widriger Umstände schaffen es einige Kinder,

sich gesund und normal zu entwickeln. Die Förderung dieses in Teilen erlernbaren resilienten Verhaltens sollte daher netzwerkdeckend angestrebt werden. Hierbei sollte sowohl die präventive als auch die begleitende Arbeit für betroffene Kinder und wenn möglich auch unter Einbeziehung der Eltern im Fokus stehen.

Alkoholismus ist eine sehr verbreitete Sucht in Deutschland. In der Mehrzahl der Fälle leben in suchtbelasteten Familien auch Kinder. Deshalb sollte aus sozialarbeiterischer Sicht gefordert werden, dass die Mitarbeiter in allen Bereichen, in denen Kinder betreut werden oder sich in ihrer Freizeit aufhalten, mit dem Thema Alkohol und seinen oft so schwerwiegenden Auswirkungen zumindest relativ umfassend vertraut sind. Nur unter dieser Voraussetzung ist es möglich, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen sich in der Not mit Erfolg an Personen wenden können, die sich dem Umgang mit diesem Thema gewachsen fühlen und dadurch ein offenes Ohr für die speziellen Probleme der Kinder besitzen. Die kooperative interdisziplinäre Arbeit von Sozialarbeitern der verschiedenen Institutionen und Trägern, der Lehrern, Kindergärtner und Ärzte kann eine große Hilfe sein, wenn bei den Kindern ressourcenorientiert angesetzt werden soll, um damit eine bestmögliche Begleitung und Hilfe für Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zu gewährleisten. Der vorurteilsfreie Umgang mit dem Thema Alkohol und spezielle Angebote wie bspw. Kindergruppen bieten betroffenen Kindern Gelegenheiten, sich zu öffnen und ihnen Mut zu machen, sich aus der Enge ihrer suchtbelasteten Familie zu befreien und sich eigenständig zu entwickeln. Denn diese Kinder und Jugendlichen müssen erst Stück für Stück lernen, dass sie sich ihrer eigenen Gefühle sicher sein können und so sich selbst und ihr Können wieder wertschätzen. Das muss eines der zentralen Ziele für gelingende Arbeit mit den Kindern aus diesen Problemfamilien sein. Auf einer solchen Basis und mit kontinuierlicher Zusammenarbeit scheint es möglich zu sein, dass eine adäquate, umfassende und frühe Hilfe und Unterstützung für betroffene Kinder und Jugendliche gelingt.

Abkürzungsverzeichnis

ADS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienst
Bado e.V.	Hamburger Basisdatendokumentation e.V.
BKK Bundesverband	Betriebskrankenkassen Bundesverband
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
HPG	Hilfeplangespräch
ICD-10	10. Revision der International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)
KJHG	Kinder- und Jugendhilfe Gesetz
SGB VIII	8. Sozialgesetzbuch
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe

Literaturverzeichnis

Bengel, Jürgen / Meinders-Lücking, Frauke / Rottmann, Nina (2009): Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 35, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bernsdorff, Dirk / Holtorf, Siegfried (2008): Die Zuständigkeiten müssen klar sein zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe, in: Zobel, Martin (Hg.): Wenn Eltern zu viel trinken – Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien, Bonn: BALANCE Buch + Medienverlag GmbH & Co KG. S.148-153.

BKK Bundesverband (Hg.) (2007): Kindern von Suchtkranken Halt geben – durch Beratung und Begleitung. Leitfaden für Multiplikatoren, 4. Auflage, Essen: BKK Bundesverband.

Black, Claudia (1988): Mir kann das nicht passieren! Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Wildberg: Bögner-Kaufmann.

Bloomfield, Kim / Kraus, Ludwig / Soyka, Michael (2008): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 40, Berlin: Robert Koch-Institut.

Bosshard, Marianne / Ebert, Ursula / Lazarus, Horst (2010): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch, 4., überarbeitete Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.

Bowlby, John (2008): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie, München: Ernst Reinhardt Verlag.

Brenner, Avis (1984): Helping children cope with stress, Massachusetts: Lexington Books.

Cork, Margaret (1969): The forgotten children: A study of children with alcoholic parents, Toronto: Addiction Research Foundation.

Daniel, Brigid / Wassell, Sally (2002): The early years. Assessing and promoting resilience in vulnerable children 1, London; Philadephia: Jessica Kingsley Publishers.

Dehner-Rau, Cornelia / Rau, Harald (2009): Raus aus der Suchtfalle! Wie Sie sich aus Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit befreien und neue Stärken entdecken, Stuttgart: TRIAS Verlag in MSV.

Dietze, Klaus / Spicker, Manfred (2007): Alkohol – kein Problem? Suchtgefahren erkennen – richtig handeln, Weinheim; Basel: Beltz Verlag.

Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H. (Hg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011, Bern: Verlag Hans Huber.

Erler, Michael (2011): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung, 2., überarbeitete Auflage, Weinheim; München: Juventa Verlag.

Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V. / BKK Bundesverband (Hg.) (2011): Kindern von Suchtkranken helfen. Fakten Risiken Hilfen, erweiterte und aktualisierte Fassung, Kassel: Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e.V.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus [u.a.] (2010): Resilienzförderung – eine Grundorientierung für sozialarbeiterisches und –pädagogisches Handeln, in: Gahleitner, Silke; Hahn, Gernot (Hg.): Klinische Sozialarbeit. Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung 3, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 42-53.

Hantel-Quitmann, Wolfgang (1997): Beziehungsweise Familie: Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Bd. 3. Gesundheit und Krankheit, Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Hinze, Klaus / Jost, Annemarie (2006): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe. Ergebnisse einer empirischen Studie in Jugendämtern des Landes Brandenburg, in Hinze, Klaus; Jost, Annemarie (Hg.): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 23-95.

Holtz, Karl L. (2000): Angst, in: Borchert, Johann (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie, Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 771-782.

Klein, Michael (2008): Alkoholsucht und Familie – Kinder in suchtbelasteten Familien, in: Aus Politik und Zeitgeschichte. Droge Alkohol, Nr. 28/2008, S. 22-29.

Kolitzus, Helmut (2004): Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie, München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Lambrou, Ursula (1993): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Lazarus, Richard S. / Launier, R. (1981): Streßbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt, in: Nitsch, J. R. (Hg.): Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, Bern: Huber Verlag, S. 213-295.

Lösl, Friedrich / Bender, Doris (2008): Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung, in: Opp, Günther; Fingerle, Michael (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 57-78.

Myers, David G. (2005): Psychologie, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Myers, David G. (2008): Psychologie, 2., erweiterte und aktualisierte Auflage, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Quast, Anja (2006): Empfehlungen für die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe, in: Hinze, Klaus; Jost, Annemarie (Hg.): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, S. 96-175.

Reichelt-Nauseef, Sabine (1991): Einfluss von Alkoholismus auf die Familienstruktur und deren Veränderung aus der Sicht der Mitglieder, Ammersbek bei Hamburg: Verlag an der Lottbek.

Rennert, Monika (2008): Zwischen Mitgefühl und Ohnmacht: das Leben mit einem Suchtkranken, in: Zobel, Martin (Hg.): Wenn Eltern zu viel trinken – Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien, Bonn: BALANCE Buch + Medienverlag GmbH & Co KG, S.68-84.

Rutter, Michael (1990): Psychosocial resilience and protektive mechanisms, in: Rolf, J. [u.a.] (Hg.): Risk and protective factors in the development of psychopathology, Cambridge: Cambridge University Press, S. 181-214.

Satir, Virginia (1997): Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie, 10., unveränderte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Satir, Virginia (2004): Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe, 16. Auflage, München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Schlippe, Arist von / Schweitzer, Jochen (2002): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, 8. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Schmieder, Arnold (1992): Alkohol & Co – Mitgefangen in der Sucht. Sich aus der Verstrickung lösen, Stuttgart: TRIAS.

Textor, Martin R. (2001): Familie, in: Gernert, Wolfgang (Hg.): Handwörterbuch für Jugendhilfe und Sozialarbeit, Stuttgart [u.a.]: Boorberg Verlag, S.158-161.

Watzlawick, Paul / Beavon, Janet H. / Jackson, Don D. (2000): Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien, 10., unveränderte Auflage, Bern [u.a.]: Huber Verlag.

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

Werner, Emmy E. (1997): Gefährdete Kindheit in der Moderne: Protektive Faktoren, in: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete Nr. 66, S. 192-203.

Werner, Emmy E. (2008): Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz, in: Opp, Günther; Fingerle, Michael (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 20-31.

Woititz, Janet G. (1990): Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken, München: Kösel Verlag.

Wustmann, Corina (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, 1. Auflage, Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen Verlag.

Zander, Margherita (2008): Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz, 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Zimbardo, Philip G. (1995): Psychologie, 6. Auflage, Berlin: Springer Verlag.

Zobel, Martin (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien, Göttingen: Hogrefe Verlag (Klinische Kinderpsychologie; Bd.-Nr. 2).

Zobel, Martin (2008): Die Situation der Kinder in alkoholbelasteten Familien, in: Zobel, Martin (Hg.): Wenn Eltern zu viel trinken – Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien, Bonn: BALANCE Buch + Medienverlag GmbH & Co KG, S. 42-57.

Internetquellen:

Allgemeiner Sozialer Dienst (2009): Anlagenband. Fachanweisung ASD, online unter: http://fhhportal.stadt.hamburg.de/websites/0014/zusammen/FAASD/wiki/Seiten/Gliederung%20Anlagenband%20zur%20Fachanweisung%20ASD.aspx (Zugriff: 28.03.2012).

Anonyme Alkoholiker: Was ist AA?, online unter: http://www.anonyme-alkoholiker.de/content/03info/03index.php#01 (Zugriff:09.12.2011).

Bado e. V. : Basisdatendokumentation im Suchtbereich, online unter: http://www.bado.de/ (Zugriff: 02.01.2012).

Beratungsstelle „Kompaß“: Aufgabenbereiche der Beratungsstelle, online unter: http://www.kompasshamburg.de/home (Zugriff: 13.12.2011).

Beratungsstelle „Kompaß“: Flyer Kompaß-Erziehungstraining, online unter: http://www.kompasshamburg.de/sites/default/files/kompass-erziehungstraining.pdf (Zugriff: 13.12.2011).

Blaues Kreuz: Sucht, online unter: http://www.blaues-kreuz.de/bkd/sucht/sucht.htm (Zugriff: 12.01.2012).

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2007): Alkoholkonsum und Gesundheit, online unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/Alkoholkonsum_und_Gesundheit_2007.pdf (Zugriff: 16.04.2012).

Duden: Resilienz, online unter: http://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz (Zugriff: 19.01.2012).

Dykmans, Mechtild (Hg.) (2011): Drogen und Suchtbericht Mai 2011, online unter: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publikationen/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf (Zugriff: 10.12.2011).

Ehmke, Irene (2006): Abschlussbericht des Modellprojektes connect. Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Kooperation und Vernetzung, online unter: http://www.sucht-hamburg.de/uploads/docs/31.pdf (Zugriff: 05.04.2012).

Hamburg.de: Bürgerinfo & Bürgerservice. Der Allgemeine Soziale Dienst, online unter: http://www.hamburg.de/familienwegweiser/38752/allgemeiner-sozialer-dienst.html (Zugriff: 14.01.2012).

Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V.: Netzwerkprojekt connect, online unter: http://www.sucht-hamburg.de/projekte/connect (Zugriff: 05.04.2012)

Trockendock e.V.: Der Träger, online unter: http://www.trockendock-hamburg.de/ (Zugriff: 13.12.2011).

Martens, Marcus-Sebastian [u.a.] (2010): BADO e.V. Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation, online unter: http://www.bado.de/dokumente/2010/BADO-Statusbericht-2010_www.pdf (Zugriff 02.01.2012).

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.

Hamburg, 07.06.2012 Anne Naarmann