

Kinder aus suchtbelasteten Familien: Risiken, Resilienzen, Lösungen und Hilfen

PROF. DR. MICHAEL KLEIN

*Professor für Klinische Psychologie und Sozialpsychologie
an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln,
Forschungsschwerpunkt Sucht*

1. Einleitung

Lange Zeit wurde in der Praxis der Jugendhilfe genauso wie in der professionellen Suchthilfe übersehen, dass Suchtkranke häufig Kinder haben und dass Suchtkranke als Kinder selbst vielfach in suchtbelasteten Familien lebten. Dies gilt sowohl für Alkoholabhängige als auch für Drogenabhängige, die durch ihr niedriges Durchschnittsalter fast ausnahmslos im zeugungs- und gebärfähigen Alter sind. Dass Suchterkrankungen in der Familie – besonders in Form von Alkoholstörungen – ein Risiko für die nächste Generation darstellen, ist jedoch schon seit langem bekannt. Schon bei den alten Griechen galt der Satz „Trinker zeugen Trinker“. Dennoch wurde dieses Problem überwiegend ignoriert, geleugnet oder verdrängt, so dass erst allmählich eine fundierte Forschung hierzu [siehe 1] entstand.

In der Bundesrepublik Deutschland sind, sicherlich auch durch die rassehygienischen Perversionen der Nazi-Zeit, die auch vor Alkoholikern keinen Halt machten [vgl. 2], diesbezügliche Forschungen im Vergleich zu den USA und Skandinavien noch stark unterentwickelt. Dies ist besonders bemerkenswert angesichts der Tatsache, dass der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol hierzulande nach wie vor in der internationalen Spitzengruppe liegt.

In der internationalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit, speziell Alkoholabhängigkeit, seit langem als eine der gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben. Insbesondere amerikanische und skandinavische Forschungen haben das hohe Risiko der Kinder, die alkoholabhängigen Eltern oder Elternteilen exponiert sind, wiederholt und eindrucksvoll gezeigt [siehe zusammenfassend z.B. 1; 3; 4; 5].

Es gibt eine klare Evidenz dafür, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits Vater beziehungsweise Mutter oder beide Elternteile abhängig waren. Im Falle allein erziehender suchtkranker Eltern oder zweier suchtkranker Elternteile ist von einem nochmals erhöhten Risiko der Kinder auszugehen. Kinder von Suchtkranken gelten daher insgesamt zu Recht

als die größte Risikogruppe hinsichtlich der Entwicklung von Suchtstörungen. Zusätzlich sind sie im Hinblick auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter stark auffällig. Ihre Lebenssituation ist von vielfältigen Stressfaktoren gekennzeichnet. Hinzu kommt für eine Subgruppe der Söhne von Alkoholabhängigen ein erhöhtes genetisches Risiko. All dies macht sie in der ärztlichen Praxis zu einer besonders relevanten Gruppe, speziell was die fachgerechte Behandlung und Frühintervention angeht.

2. Überblick

Kinder von Suchtkranken wurden in der Forschung wiederholt als eine hochgradig gefährdete biopsychosoziale Risikogruppe identifiziert und mit ihren Risikomerkmale ausführlich beschrieben [1; 3; 4; 5]. Der Großteil dieser internationalen Forschung wurde jedoch in Bezug auf Kinder von Alkoholabhängigen durchgeführt. Nur wenige Studien beschäftigten sich bislang mit der Langzeitentwicklung der Kinder drogenabhängiger Eltern. Daher werden im Folgenden schwerpunktmäßig Ergebnisse in Bezug auf die erste, zahlenmäßig größere Gruppe berichtet. Soweit möglich und vorhanden werden Resultate und Fakten in Bezug auf die zweite, nicht minder relevante Gruppe erwähnt.

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit dem Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ gliedert sich in **Risiko- und Resilienzstudien**. Unter Resilienz wird die Widerstandskraft gegen besonders ungünstige Umweltbedingungen und hohen psychosozialen Stress verstanden [6].

Zu den besonders relevanten **Risikomerkmale** auf Seiten der **Eltern** zählen vor allem: eine längere Zeit andauernde Alkoholabhängigkeit eines Elternteils; eine häufigere und schwerwiegendere Exposition gegenüber dem intoxikierten Elternteil; die Tatsache, dass der suchtkranke Elternteil unbehandelt bleibt, er sich weigert, in Behandlung zu gehen oder dass die Behandlung erfolglos bleibt.

Auf Seiten der **Kinder** zählen zu den **Risikomerkmale**: frühe, ebenfalls unbehandelt bleibende Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel Hyperaktivität, Konzentrationsprobleme, Ängste, sozialer Rückzug, extreme Schüchternheit; keine verlässliche Bezugsperson oder häufiger Wechsel der Bezugspersonen; direkte Gewalterfahrungen (Viktimisierungen) oder häufige Zeugenschaft bei Gewalthandlungen (zum Beispiel gegen die Mutter).

Das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil wird von den meisten Kindern als chronisch stresshafter Zustand empfunden [7; 8; 9]. Für die Familie als Ganzes besteht eine stärkere Exposition gegenüber Stressoren. Dies gilt besonders für Kinder und Jugendliche. Wenn dieser Stress dauerhaft

vorherrschend und als nicht veränderbar wahrgenommen wird, ist von Duldungsstress, wenn es zu krisenhaften, bisweilen traumatischen Ereignissen kommt, von Katastrophenstress auszugehen [10].

In einer inzwischen klassischen Überblicksarbeit hatte der berühmte amerikanische Psychiater und Suchtforscher Goodwin [11] analysiert, dass 25 Prozent der Väter und Brüder alkoholabhängiger Patienten ebenfalls alkoholabhängig sind. 80 Prozent der engen biologischen Verwandten klinisch behandelter Alkoholiker weisen demnach eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholprobleme auf. Diese Konstellation, die als hohe familiäre Dichte von Suchtstörungen beschrieben wird, kann als ein besonders relevanter Risikofaktor für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung des Kindes in der betroffenen Familie verstanden werden

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass Kinder von Alkoholikern als größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit angesehen werden müssen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen [12].

Wie die Forscher Lachner und Wittchen [13] vom Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie zeigen konnten, entwickeln Kinder von Eltern mit einer alkoholbezogenen Diagnose im Alter zwischen 14 und 24 Jahren außerordentlich häufig Störungen mit klinischer Relevanz. Im Falle einer elterlichen Alkoholdiagnose, die sich in der Lebenszeitprävalenz für 15,1 Prozent der Stichprobe ergab, wiesen Söhne wie Töchter signifikant erhöhte Risiken für Alkoholstörungen auf. Im Falle einer väterlichen Alkoholdiagnose hatten die Söhne ein um das 2,01-fache, die Töchter ein um das 8,69-fache erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit. Im Falle einer mütterlichen Alkoholdiagnose erhöhte sich bei den Söhnen das Risiko um das 3,29-fache und bei den Töchtern um das 15,94-fache. Dass die Risikoerhöhung (relatives Risiko) bei den Söhnen nicht so deutlich wie bei den Töchtern ausfällt, hängt unter anderem mit der größeren absoluten Zahl (absolutes Risiko) junger Männer zusammen, die ungeachtet ihrer familialen Vorbelastung Alkoholprobleme entwickeln. Im Falle einer Alkoholdiagnose für beide Elternteile ist das Risiko einer eigenen Alkoholabhängigkeit bei den Söhnen um das 18,77-fache, bei den Töchtern um das 28-fache erhöht. Im Falle elterlicher Komorbidität, also dem Vorhandensein weiterer psychischer Störungen neben der Alkoholstörung (wie beispielsweise Depressionen, Ängsten, Persönlichkeitsstörungen), sind diese Risiken noch höher.

In einer Langzeitstudie von der Geburt der Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr [6] wurde festgestellt, dass die Söhne aus suchtbelasteten Familien mehr psychologische Probleme aufwiesen als die Töchter und dass im Falle mütterlicher Abhängigkeit stärkere Probleme entstanden als im Falle väterlicher Abhängigkeit. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen vieler anderer Studien. Klar ist auch, dass für Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien das Risiko für Erkrankungen an anderen psychischen Störungen (neben den bereits erwähnten Angststörungen insbesondere affektive Störungen und späterhin Persönlichkeitsstörungen) deutlich – wenn auch nicht so stark wie für Abhängigkeitserkrankungen – erhöht ist. Jedoch ist ausdrücklich nicht davon auszugehen, dass **alle** Kinder von Alkoholikern eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln müssen. Vielmehr gibt es eine Untergruppe innerhalb der Kinder alkoholkranker Eltern, die trotz großer Belastungen psychisch gesund, weitgehend stabil und belastbar bleiben. Dieses Phänomen wurde wiederholt als Stressresistenz oder auch Resilienz beschrieben und bietet gute Ansatzpunkte für Prävention und Frühintervention [vgl. 9].

3. Zahl der Betroffenen

Es ist in der Bundesrepublik Deutschland nach neueren Untersuchungen von 2,65 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter bis zu 18 Jahren auszugehen, die von elterlicher Alkoholstörung (Missbrauch oder Abhängigkeit) betroffen sind [12]. Nach den Schätzungen einer finnischen Arbeitsgruppe leben 7,7 Millionen Kinder bis 15 Jahren in den alten 15 EU-Staaten mit einem alkoholabhängigen Elternteil, davon 1,57 Millionen in der Bundesrepublik Deutschland [14]. Die bereits erwähnte Studie des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie [13] in München ergab, dass bei einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe von 3.021 Jugendlichen und Jungerwachsenen im Alter zwischen 14 und 24 Jahren der Anteil der Eltern ohne eine Substanzabhängigkeit oder Substanzmissbrauch nach wenigstens einmal in ihrem Leben mit einem Alkoholproblem diagnostiziert wurden, sind es in 11,9 Prozent der Fälle die Väter, in 4,7 Prozent die Mütter und in 1,5 Prozent beide Elternteile, die einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit aufweisen. Bei 16,58 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahren, die im Jahre 1999 nach den Ergebnissen des Mikrozensus in der Bundesrepublik Deutschland lebten, sind demnach 2,65 Millionen im Laufe ihres Lebens dauerhaft oder wenigstens zeitweise von einer elterlichen Alkoholstörung betroffen.

Somit sind Kinder aus jeder siebten Familie im Sinne der Lebenszeitprävalenz von der Alkoholabhängigkeit oder dem Alkoholmissbrauch wenigstens eines Elternteils betroffen. In jeder zwanzigsten Familie betreiben beide Elternteile Alkoholmissbrauch oder sind alkoholabhängig.

Bei den Jugendlichen und Jungerwachsenen wurde in Abhängigkeit vom Suchtstatus der Eltern nach komorbiden Störungen geforscht [13]: Am häufigsten waren phobische Störungen, depressive Episoden, manische oder hypomanische Episoden, Panikattacken, Essstörungen, Drogenmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Panikstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und generalisierte Angststörungen zu finden. Die Aufzählung macht deutlich, dass sich die Auswirkungen elterlicher Alkoholprobleme auf die gesamte Psychopathologie der nachfolgenden Generation beziehen. Generell ergab sich die höchste komorbide Belastung, wenn für beide Eltern eine DSM-IV Diagnose für Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit vorlag. So zeigten sich die klinischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung in solchen Fällen 14,77-mal häufiger als in der Normalbevölkerung. Wenn nur **ein** Elternteil Suchtprobleme hatte, betrug das entsprechende relative Risiko 5,53 (Vater Suchtprobleme) beziehungsweise 5,15 (Mutter Suchtprobleme). Bei den meisten Störungen ist ein linearer Anstieg zu finden mit den niedrigsten Belastungen, wenn nur der Vater Suchtprobleme aufweist, gefolgt von der Gruppe, in der nur die Mutter Suchtprobleme berichtet, bis hin zu der schon erwähnten, am stärksten belasteten Gruppe mit zwei Elternteilen, die Suchtprobleme zeigen.

Der Zusammenhang zwischen **phobischen Störungen und Substanzabhängigkeiten** wird auch retrospektiv deutlich. In einer Untersuchung von Hesselbrock et al. [15] hatten 44 Prozent der weiblichen und 20 Prozent der männlichen stationär behandelten Alkoholiker unter einer Phobie in der Vorgeschichte gelitten. Wenn ein sexueller Missbrauch vor dem 13. Lebensjahr stattfand, berichten Spak et al. [16] einen sehr starken Zusammenhang zwischen einer frühen Angststörung und einem späteren Alkoholmissbrauch.

Eine weitere, gehäuft auftretende kritische Lebenserfahrung von Kindern suchtkranker Eltern ist die **Disharmonie und Instabilität** der elterlichen Partnerschaft. Trennungen und Scheidungen steigen in der Gesamtbevölkerung mit steigenden Pro-Kopf-Konsumquoten für Alkohol an. Eine Zunahme der Pro-Kopf-Konsumquote um einen Liter führte nach entsprechenden Untersuchungen zu einer Zunahme der Scheidungsquote von 20 Prozent [17].

Die Zahl der Kinder, die im Laufe ihrer Entwicklung einer elterlichen Alkoholstörung exponiert sind, ist in den modernen Gesellschaften außerordentlich hoch. In dem National Longitudinal Alcohol Epidemiology Sample, einer amerikanischen Studie zur public health, in der die Daten von 42.862 repräsentativ ausgewählten Personen im Alter von mehr als 18 Jahren verarbeitet wurden [18], zeigte sich, dass jedes 2,3 Kind in einer Familie aufwächst, in der ein Elternteil eine Lebenszeitdiagnose für eine Alkoholstörung aufweist. Jedes 6,6 Kind wächst in einer Familie auf, in der ein Elternteil im

letzten Jahr eine alkoholbezogene Diagnose aufwies. Als konservativen Schätzwert weist die Studie aus, dass etwa jedes vierte Kind (genauer 28,6 Prozent aller Kinder) in seiner Bezugsfamilie elterlichem Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit ausgesetzt ist [18]. Da epidemiologische Studien für die Bundesrepublik höhere Pro-Kopf-Verbrauchsquoten liefern, ist davon auszugehen, dass die Verhältnisse hierzulande mindestens denen der USA entsprechen.

Die Zahl der Kinder drogenabhängiger Eltern wird für die Bundesrepublik Deutschland auf 30.000 geschätzt [19]. Von Alkoholembryopathie, einer durch Alkoholmissbrauch während der Schwangerschaft erworbenen Schädigung des Embryos, ist nach Schätzungen der Universitäts-Kinderklinik in Münster jedes 300. Neugeborene betroffen [20]. Dies wären etwa 2.200 Neugeborene in Deutschland jährlich. Die Zahl der erwachsenen Kinder aus suchtbelasteten Familien beläuft sich auf fünf bis sechs Millionen. Viele leiden unter psychischen Beeinträchtigungen oder Störungen. Mehr als 30 Prozent der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst suchtkrank, meistens sehr früh in ihrer Leben [12]. Bei Jugendalkoholikern (Alkoholabhängigkeit ab dem 14. bis zum 21. Lebensjahr) und anderen besonders beeinträchtigten Personengruppen (zum Beispiel im Jugendstrafvollzug oder in Jugendheimen) stammen mehr als 50 Prozent aus einer Familie mit alkoholkranken Vätern und/oder Müttern.

Eine klassische amerikanische Übersichtsstudie [21] zeigte, dass von knapp 4.000 alkoholabhängigen Personen 30,8 Prozent einen abhängigen Elternteil aufwiesen. Eine Langzeitstudie über einen Zeitraum von 33 Jahren [22] brachte für erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in 28 Prozent der Fälle eine Diagnose für Alkoholabhängigkeit. Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit als Männer ohne abhängigen Vater.

Nun ist die Anzahl der Kinder von Suchtkranken nicht automatisch identisch mit der Anzahl der Kinder, die aktuell mit einem suchtkranken Elternteil in einem Haushalt zusammenleben oder dies jemals taten. Bei älteren Alkoholkranken mögen die Kinder bis zum Ausbruch der Störung den Haushalt bereits verlassen haben. Außerdem kann es zu einer freiwilligen oder amtlich angeordneten Fremdplatzierung, zum Beispiel in eine Pflegefamilie, kommen. Die Zahl der Fremdplatzierungen ist bei Kindern von Alkoholabhängigen mit 13,3 Prozent deutlich geringer als bei Kindern drogenabhängiger Eltern, wo meist Quoten über 50 Prozent erreicht werden.

Deshalb interessiert besonders die Zahl der real mit suchtkranken Eltern zusammenlebenden Kinder und Jugendlichen. Der Anteil der suchtkranken Eltern, die mit Kindern in einem Haushalt zusammenleben, beträgt nach den Ergebnissen der Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland

[23] für das Jahr 1998 je nach Abhängigkeitssubstanz zwischen 13 Prozent (Cannabis) und 45 Prozent (Alkohol) bei Frauen und zwischen 7 Prozent (Cannabis) und 32 Prozent (Alkohol) bei Männern. Sehr viel höher sind die Zahlen der Abhängigen, die jemals Kinder hatten. 75 Prozent der alkoholabhängigen Frauen, 63 Prozent der alkoholabhängigen Männer, 46 Prozent der opiatabhängigen Frauen und 30 Prozent der opiatabhängigen Männer sind wenigstens in einem Fall Mutter beziehungsweise Vater eines Kindes.

Ein besonders kritischer Punkt bezüglich der Situation der von familialen Suchtstörungen betroffenen Kinder besteht darin, dass von den alkoholabhängigen Klientinnen 11 Prozent allein mit einem Kind leben [23]. Hier dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder sehr schnell erreicht sein und für die Kinder ein besonderes Risiko besteht, wenn die unvollständige Familie nicht adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt. Die aus der Entwicklungspsychopathologie bekannte Kompensation der malignen Effekte eines Elternteils („buffering“-Effekt) kann durch das Fehlen eines nicht betroffenen Elternteils nicht geschehen.

Während die Zahl der Kinder alkoholabhängiger Eltern und die daraus resultierenden Probleme international inzwischen gut erforscht sind, besteht über Zahl und Auswirkung der Kinder alkoholmissbrauchender Eltern noch große Uneinigkeit. Gleiches gilt für die Kinder von Eltern mit anderen Suchtproblemen (Spielsucht, Internetsucht u. ä.). Hier dürfte in Zukunft eine größere Zahl von Kindern in ihrer seelischen Entwicklung potenziell betroffen sein.

4. Risiken und Resilienzen

Wie bereits ausgeführt, sind die Entwicklungsverläufe von Kindern suchtkranker Eltern das Ergebnis komplexer pathogener und protektiver Faktoren. Diese sind im Folgenden näher erläutert.

4. 1. Globale Risiken

Die internationale Forschung zu den Entwicklungsrisiken der Kinder alkoholkranker Eltern liefert wiederholt eine Reihe von Hauptrisiken [vgl. 1; 24; 12], die in der **Tabelle 1** zusammengestellt sind.

Tabelle 1 wird beim Umbruch eingebaut !

Je nach Ausprägung dieser Merkmale erhöht sich das globale Risiko einer kindlichen Verhaltensstörung und einer späteren Suchtmittelabhängigkeit beziehungsweise schwächt sich ab. Auch können komplexe Interaktionen zwischen diesen Merkmalen auftreten. Die gezielte, positive Beeinflussung der genannten Merkmale bietet die Chance der Minderung bzw. Kompensation besonders negativer Einflussfaktoren. So kann sich zum Beispiel der Rückzug des alkoholkranken Elternteils aus dem abendlichen Familienleben [25] oder die Aufrechterhaltung alkoholfreier Familienrituale [26], etwa anlässlich von Weihnachten, Geburtstagen oder anderen Familienfeiern, positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken.

4. 2. Differenzielle Risiken

Eine genauere Betrachtung der genannten globalen Risiken liefert tiefere Einsichten in die Transmissionsrisiken elterlicher Suchterkrankungen. Da nicht alle betroffenen Kinder Störungen entwickeln, ist von differenziellen Transmissionsmustern auszugehen. Zahlreiche pathogene und protektive Faktoren spielen bei der Transmission von Störungen, also der Weitergabe einer Krankheit von der Elterngeneration auf die Kinder, eine wichtige abschwächende oder verstärkende Rolle. Auch ist bekannt, dass mütterliche Abhängigkeit im Vergleich zu väterlicher Abhängigkeit oder eine komorbide Erkrankung eines Elternteils (gleichzeitiges Vorhandensein einer Suchtdiagnose und einer weiteren psychiatrischen Diagnose) ein größeres Risiko einer späteren Suchterkrankung oder anderen psychischen Störung des Kindes in sich birgt [1; 27; 4].

Dennoch lassen sich verschiedene Muster differenzieller Risiken in wiederholt durchgeführten Studien feststellen, die in der **Tabelle 2** aufgelistet sind. Dabei wird zwischen alkoholspezifischen und alkoholunspezifischen Familieneinflüssen unterschieden. Alkoholspezifische Familieneinflüsse sind solche, die direkt mit dem problematischen Trinken der Eltern zu tun haben. Alkoholunspezifische Familieneinflüsse umfassen Risikofaktoren, die unabhängig vom Alkoholmissbrauch (zum Beispiel prämorbid psychische Störungen der Eltern) oder von diesem vermittelt (zum Beispiel sozialer Abstieg; Gewalterfahrungen) auf die Kinder einwirken.

Tabelle 2 wird beim Umbruch eingebaut !

4. 3. Genetische Risiken

Neuere Studien belegen [29], dass vor allem Söhne von Alkoholabhängigen aufgrund genetischer Besonderheiten auf Alkohol oft anders reagieren als Vergleichspersonen, und zwar sowohl subjektiv (das heißt in ihrem eigenen

Empfinden) als auch objektiv (das heißt mit physiologischen Parametern). Dies bedeutet ab dem Jugendalter eine Gefahr hinsichtlich der Entwicklung eines Missbrauchs- oder Abhängigkeitsmusters in Bezug auf Alkohol. Im Einzelnen ergab sich, dass sie einerseits die berauschenden Effekte des Alkohols erst bei einer höheren Konzentration wahrnahmen – also mehr trinken mussten, um den gleichen berauschenden Effekt zu spüren wie Vergleichspersonen. Die später einsetzenden unangenehmen Effekte (Kater, Hangover usw.) nahmen sie ebenfalls in geringerem Maße wahr.

Andererseits wurde für Söhne von Abhängigen eine erhöhte Stressdämpfung nach Alkoholkonsum nachgewiesen [30]. Dies hat zur Folge, dass Alkoholtrinken positiv erlebt wird, da es das subjektive Stresserleben verringert. Für Töchter wurden diese Effekte bislang nicht bestätigt. Aus diesen Ergebnissen folgt, dass eine besonders sensible Alkoholerziehung bei den Söhnen aus alkoholbelasteten Familien erfolgen sollte, die verhindert, dass diese frühzeitige Erfahrungen mit übermäßigem Trinken und Alkoholintoxikationen sammeln.

Die genetische Forschung in Bezug auf das Transmissionsrisiko von Suchtstörungen hat in den letzten Jahren deutliche Fortschritte zu verzeichnen [31]. Es handelt sich dabei vor allem um Zwillings-, Adoptions- und Geschwisterstudien [siehe zum Beispiel 32; 33], die insbesondere für Söhne alkoholabhängiger Väter wiederholt ein genetisches Transmissionsrisiko erbrachten. Hinzu kommen in wachsender Zahl Studien mit genetischen Markern und Tierstudien. Zwillingsstudien zur Heredität des Alkoholismus, die üblicherweise den Umwelteinfluss ausschalten, indem nur Zwillingspaare untersucht werden, die nach der Geburt getrennt aufgewachsen sind, kommen zu Konkordanzraten bezüglich Alkoholabhängigkeit zwischen 26 Prozent und 59 Prozent bei männlichen monozygoten Probanden und zwischen 12 Prozent und 36 Prozent bei männlichen dizygoten Probanden. Bei den weiblichen Probanden ergeben sich Werte zwischen 8 Prozent und 26 Prozent für monozygote Probandinnen und zwischen 5 Prozent und 13 Prozent für dizygoten Probandinnen, so dass von einer stärkeren Gefährdung der Söhne auszugehen ist.

Bei Töchtern alkoholabhängiger Eltern besteht **im Falle der Weitergabe der Suchterkrankung ein erhöhtes genetisches Risiko**. Kendler et al. [34] konnten zeigen, dass bei 1.030 weiblichen Zwillingspärchen im Falle einer Weitergabe der Störung 51 Prozent bis 59 Prozent der Anfälligkeit genetische Ursachen hat. Die genetische Vulnerabilität wurde sowohl von den Vätern als auch von den Müttern an die Töchter weitergegeben. Zwillinge nicht suchtkranker Eltern wiesen eine Quote für Alkoholabhängigkeit von 6,2 Prozent auf, Töchter alkoholabhängiger Mütter eine Quote von 9,1 Prozent, alkoholabhängiger Väter von 10,4 Prozent. Von den monozygoten Zwillingschwestern suchtkranker

Töchter waren 26,2 Prozent ebenfalls erkrankt, bei den dizygoten waren es dagegen lediglich 11,9 Prozent. Auch wenn sich in dieser Untersuchung insgesamt keine höhere Transmissionsquote für Töchter nachweisen ließ, ist die zwischen den Zwillingschwestern im Falle einer Alkoholabhängigkeit festzustellende Co-Evolution einer Abhängigkeitserkrankung von Bedeutung, die sich nach Meinung der Autoren am ehesten mit genetischen Ursachen erklären lässt.

Ein interessantes, zusätzlich bemerkenswertes Ergebnis der neueren Adoptionsstudien wird von McGue et al. [35] berichtet: Sie fanden, dass die wegadoptierten Kinder von Alkoholabhängigen signifikant häufiger Alkohol tranken, wenn ein Geschwisterkind in der Adoptivfamilie, das genetisch nicht verwandt war, starken Alkoholgebrauch zeigte. Der Effekt war am stärksten bei Geschwistern gleichen Geschlechts und einigermaßen gleichen Alters.

Während bei männlichen Probanden ein genetischer Verursachungsanteil als gesichert gilt, schätzt Maier [31] die Datenlage für genetisch bedingten Alkoholismus bei Frauen für weiterhin klärungsbedürftig ein. Zu ähnlichen Einschätzungen kommen die durchgeführten Adoptionsstudien. Auch hier ist die Datenlage für männliche Probanden eindeutiger als bei weiblichen Probandinnen. Alle genetischen Studien zeigen jedoch, dass die Verursachung familial übertragenen Alkoholismus nicht durch eine einzige Variable, genetische Belastung, familiäre Umwelt oder individuumsspezifische Entwicklungsfaktoren, erklärbar ist. Vielmehr liegen komplexe und sicherlich in vielen Fällen mehrfach interagierende Faktoren vor (Mediatoreffekte), die zum Verständnis und zur Erklärung von Transmissions- und Nicht-Transmissionseffekten herangezogen werden müssen.

4. 4. Psychosoziale Risiken

Ein zweiter wesentlicher Risikofaktor, neben den biologischen Anlagen, ist in der Familienumwelt der Kinder suchtkranker Eltern zu sehen. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation, bestehend aus einem alkoholabhängigen Vater und einer nicht suchtkranken, aber co-abhängigen Mutter, bringt entscheidende Veränderungen und Gefahren in der Dynamik der betroffenen Familien mit sich. Die Eltern können oft ihren Pflichten als Erzieher der Kinder nicht mehr in genügendem Maße nachkommen, da der Abhängige stark auf das Suchtmittel fixiert ist und daher die Kinder kaum mehr wahrnimmt. Die Mutter braucht ihre Kräfte meist für das grundlegende Funktionieren der Familie und die Wahrung einer vermeintlich intakten Fassade nach außen hin. All diese suchtbedingten intrafamilialen Veränderungen zeigen Wirkungen hinsichtlich einer negativeren Familienatmosphäre, einer deutlich schwächeren oder stärkeren, das heißt

extremere, Familienkohäsion sowie in Bezug auf die Frustration kindlicher Bedürfnisbefriedigungen (zum Beispiel nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit) und die Qualität der Eltern-Kind-Bindungen. Als besondere Veränderungen in der Familienatmosphäre konnten das Vorherrschen von Instabilität, Unberechenbarkeit, Disharmonie und Anspannung festgestellt werden [9]. Hinzu kommen häufig auch Auffälligkeiten im Bereich emotionaler, physischer oder sexueller Gewalt.

Auch die Grenzen in der Familie ändern sich oft dramatisch: Einer schärferen, oft rigiden Abgrenzung nach außen, zur Umwelt, entsprechen diffuse, unklare Grenzen innerhalb der Familie. Kinder übernehmen bisweilen Eltern- oder Partnerrollen, das System gerät in seiner ursprünglichen Ordnung durcheinander, wird im Extremfall auf den Kopf gestellt.

Die Familienatmosphäre bringt es meist mit sich, dass die Kinder sich oft selbst überlassen sind und Aufgaben übernehmen müssen, denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes noch nicht gewachsen sind. Außerdem werden eine mangelhafte elterliche Beaufsichtigung („parental monitoring“), weniger Eltern-Kind-Interaktionen und eine chronisch stresshafte Familienatmosphäre als wichtige Risikovariablen für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen berichtet. Von Klinikern wird oft unterstrichen, dass diese Kinder frühreifes, erwachsenes und somit altersunangemessenes Verhalten zeigen [8, 36], indem sie in ihren Familien übermäßig viel Verantwortung für zahlreiche tägliche Abläufe übernehmen.

In diesem Zusammenhang haben eine Reihe von Autorinnen Konzepte entwickelt, die die Situation der Kinder anschaulich vor Augen führen sollen. Am bekanntesten sind die so genannten Rollenmodelle nach Black [8] und Wegscheider [37] geworden. Nach diesen Modellen sind Kinder alkoholabhängiger Eltern gefährdet, bestimmte Rollen in fixierter und rigider Form zu lernen und auszuführen, so dass sie selbst im Erwachsenenalter noch dysfunktionales Rollenverhalten zeigen können. Zu den beschriebenen Rollen zählen unter anderem der „Familienheld“, der „Sündenbock“, das „unauffällige Kind“ und der „Clown“.

4. 5. Haupterfahrungen und Hauptsymptome

Am häufigsten werden bei Kindern von Suchtkranken die Symptomgruppen Hyperaktivität, Störungen des Sozialverhaltens, Intelligenzminderungen, somatische Probleme und Misshandlungen sowie Angst und depressive Symptome [38] gefunden.

Zu den von Kindern selbst in Interviews am häufigsten genannten Erfahrungen [vgl. 7] gehört die der **Unberechenbarkeit** des elterlichen Verhaltens. Dies bezieht sich verstärkt auf den Alkohol trinkenden, aber auch auf den jeweils anderen (meist als co-abhängig bezeichneten) Elternteil. Versprechungen, Vorsätze, Ankündigungen usw. werden oft nicht eingehalten, aber auch inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten herrscht vor. Generell werden sehr viele **Ambivalenzerfahrungen** und **Loyalitätskonflikte** berichtet (z.B. manchmal übermäßig verwöhnt und manchmal übermäßig bestraft zu werden; den alkoholabhängigen Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen; den alkoholabhängigen Elternteil auch im Erwachsenenalter noch kontrollieren zu müssen). In manchen Fällen wurde deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuierten, zum Beispiel wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, zum Beispiel dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen [37] sind. Es herrschen auch oft extreme Belastungssituationen vor. Diese sind zusammenfassend dadurch gekennzeichnet, dass

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

Es wäre wünschenswert, in Zukunft stärker die subjektiven Sichtweisen und kognitiven Konstrukte der betroffenen Kinder in Bezug auf das elterliche Problemverhalten zu erforschen. Dies könnte auch dem ärztlichen Praktiker den Zugang zum inneren Erleben des betroffenen Kindes erheblich erleichtern und im Rahmen von Interventions- und Präventionsprogrammen verstärkten Nutzen einbringen.

West und Prinz [39] benennen in ihrer klassischen Überblicksarbeit aus dem Jahre 1987, in der sie 46 empirische Studien aus den Jahren 1975 bis 1985 auswerten, Auswirkungen in den folgenden Bereichen:

1. Hyperaktivität und Verhaltensauffälligkeiten,
2. Substanzmissbrauch, Delinquenz und Schuleschwänzen,
3. kognitive Funktionsstörungen,
4. soziale Interaktionsprobleme,
5. körperliche Probleme,
6. Angst und Depressionen,
7. körperliche Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung,
8. dysfunktionale Familieninteraktionen.

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

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

4. 6 Resilienzen

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind [4; 24; 12]. Gemäß dem vorherrschenden pathologieorientierten Forschungsparadigma war bislang bei erwachsenen Kindern aus Familien mit einem Abhängigen meist die

psychopathologische und weniger die salutogenetische Entwicklung untersucht worden. Dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das Raum für positive Entwicklung lässt. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können.

Wolin und Wolin [40] identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Unter Resilienz wird eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität verstanden. Es handelt sich also um Kinder, die auf der einen Seite eine hohe Toleranz für stressreiche, widrige Ökologien, und auf der anderen Seite eine gute Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Lebensbedingungen aufweisen.

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

Bereits wesentlich früher war eine erste Langzeitstudie zur psychischen Entwicklung der Kinder alkoholkranker Eltern unter dem Resilienzaspekt durchgeführt worden [6]. Diese Langzeitstudie aus Hawaii lieferte differenzierte Ergebnisse zu Resilienzen und protektiven Faktoren für Kinder aus Alkoholismusfamilien. Im Einzelnen ergaben sich folgende, individuell wichtige protektive Faktoren:

- ein Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft;

- durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, auch im Schreiben;
- stärkere allgemeine Leistungsorientierung;
- eine verantwortliche, sorgende Einstellung;
- positives Selbstwertgefühl;
- internale Kontrollüberzeugung (internal locus of control);
- Glaube an die Möglichkeit, sich selbst helfen zu können (positive Selbstwirksamkeitserwartung).

Als protektive Faktoren aus dem interaktionalen Bereich kommen hinzu:

- ein hohes Ausmaß an Aufmerksamkeit und
- keine längeren Trennungen während des Kleinkindalters;
- keine weiteren Geburten in den beiden ersten Lebensjahren;
- keine schweren elterlichen Konflikte bis zum zweiten Lebensjahr.

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Die steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass das Kind versteht, dass Schmerz und Leiden in der Familie ungerecht sind und dass es in keinem Falle daran schuld ist [41]. Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfamiliäre Isolation mit sich, die am besten durch Helfer außerhalb der Familie zu überwinden ist.

Ganz allgemein wird die schwierige Situation der Kinder in suchtbelasteten Familien bisweilen auch unter dem Blickwinkel einer Entwicklungsherausforderung („challenge-Modell“) betrachtet [40]. Darunter ist zu verstehen, dass die schwierige psychosoziale Ökologie der Suchtfamilie für manche Kinder offenbar eine besonders starke Stimulation darstellt, welche sie unter geeigneten intrapsychischen und interaktionalen Bedingungen zu stabilen, belastbaren und anpassungsfähigen Menschen heranreifen lässt.

5. Besonderheiten bei Kindern Drogenabhängiger

Die Entwicklung der Drogenforschung zeigt eine interessante Parallele zur Alkoholforschung. In beiden Feldern spielten die Kinder der Konsumenten und Abhängigen jahrzehntelang keine Rolle, waren sozusagen nicht existent. Dann setzte ein Wandel ein, beginnend in den USA, der nach mehr als 15 Jahren dann auch Deutschland erreichte. Zunächst entstand so in den USA ab 1969 ein Fokus auf die Kinder alkoholabhängiger Eltern, dem ab etwa 1979 ein Fokus auf die Kinder drogenabhängiger Eltern folgte. Dementsprechend überrascht es nicht, dass in den vergangenen Jahren erste Langzeitstudien zur Entwicklung dieser Kinder in den USA erschienen [42, 43]. In der Bundesrepublik Deutschland begann eine ernsthafte Beschäftigung mit den Kindern alkoholkranker Eltern um das Jahr 1990. Kinder drogenabhängiger Eltern sind (von einigen sehr lobenswerten Ausnahmen abgesehen) gerade erst dabei, von der Fachwelt als eigenständiges, relevantes Thema wahrgenommen zu werden.

In ihrem Review zur Forschung über die postnatale Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern kommt Hogan [44] zu dem wenig erfreulichen Schluss, dass es nur wenig Forschung zur postnatalen Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern gibt, es an einer klaren Forschungsrichtung und einer gemeinsamen Linie und theoretischen Basis mangelt. Die Ergebnisse seien bestenfalls nicht zusammenfassbar, schlimmstenfalls völlig widersprüchlich.

Die Mehrzahl der Forschungsbeiträge fokussiert bislang auf die prä- und perinatale Phase oder auf die Zeit des ersten Drogenkonsums in der frühen Jugend. In der Folge ist zu konstatieren, dass über die Kinder drogenabhängiger Eltern im Alter zwischen vier und 14 Jahren besonders wenig bekannt ist. Dass dann der frühe Einstieg von Kindern und Jugendlichen in den Drogenkonsum ohne ihren familiengeschichtlichen Hintergrund gesehen wird, ist nur eine Folge dieser beklagenswerten Forschungslücke. Eine weitere Konsequenz dürfte in einem Mangel geeigneter Praxiskonzepte im Bereich der zielgruppenorientierten Prävention und Frühintervention liegen.

Die Globalhypothese, die hinter den Forschungsbemühungen um Kinder drogenabhängiger Eltern steht, beinhaltet die Vorstellung, dass elterlicher Drogengebrauch einen starken negativen Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung der exponierten Kinder haben kann. Dieser Einfluss bezieht sich vor allem auf die drei folgenden Aspekte:

- Den Kindern wird die notwendige körperliche Versorgung und Zuwendung vorenthalten.
- Die sozio-emotionale und kognitive Entwicklung wird verzögert, behindert oder gar dauerhaft zerstört.

- Die Kinder werden insgesamt in einer Weise beeinflusst und erzogen, dass sie selbst Drogengebraucher werden.

Selbstmordversuche bei Drogenabhängigen sind kein seltenes Ereignis. Daher besteht die Möglichkeit, dass Kinder dadurch negativ beeinflusst, traumatisiert, im Extremfall Zeuge vollendeter Suizide werden. In der niedersächsischen Methadonstudie [45] waren es 30,3 Prozent der betreuten Klienten, die vor Betreuungsbeginn einen Suizidversuch unternommen hatten, 18,0 Prozent mehrfach. 39,6 Prozent der Betreuten wurden als suizidgefährdet, 63,7 Prozent als depressiv eingeschätzt.

Wie die Forschung zu Kindern von alkoholabhängigen Eltern bereits gezeigt hat, ist das Aufwachsen bei zwei alkoholabhängigen Elternteilen riskanter als bei nur einem. Entsprechendes ist hypothetisch – weil bislang empirisch nicht bestätigt – auch für drogenabhängige Eltern anzunehmen. Hier liefert die niedersächsische Methadonstudie [45] eine Zahl von 20,8 Prozent der betreuten 259 Klienten, die mit einem abhängigen Partner zusammenleben. Viele Praktiker berichten von noch höheren Quoten. Während bei alkoholabhängigen Eltern Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch häufiger vorkommen als in der Normalbevölkerung, ist es bei drogenabhängigen Eltern Kindesvernachlässigung, die von allen Formen der Kindesmisshandlung am häufigsten zu beobachten ist. Dies bedeutet, dass auch der Arzt, der Drogenabhängige etwa im Bereich der Substitution betreut, ein besonderes und kontinuierliches Augenmerk auf das Wohlergehen der Kinder der betreuten Patienten haben sollte. Regelmäßige Sprechstundenbesuche zusammen mit dem Kind sollten eher die Regel als die Ausnahme sein.

Die von Klinikern berichteten Schädigungen bei Kindern von nicht substituierten drogenabhängigen Eltern erscheinen in mehreren Bereichen gravierender als bei den Kindern Alkoholabhängiger. Dies resultiert aus folgenden Gründen:

- Die Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, da bei Drogenabhängigen ein entsprechendes Partnerwahlverhalten viel üblicher ist als bei Alkoholabhängigen. Dadurch können die negativen Effekte des drogenabhängigen Elternteils nicht in ausreichendem Maß kompensiert werden.

- Die Kinder sind häufiger von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel bei der Mutter, auf.

- Die Kinder erleben im Zusammenhang mit der Beschaffungskriminalität mehr traumatische Situationen, zum Beispiel Prostitution der Mutter, Verhaftung des Vaters u.ä..

- Die Kinder sind meist in ihren frühen Lebensjahren von der Abhängigkeit eines Elternteils betroffen, was nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychopathologie ein stärkeres Entwicklungsrisiko mit sich bringt.
- Die Kinder erleben stärkere soziale Isolation und Ächtung, lernen weniger sozial förderliche Verhaltensweisen und erleben sich dadurch insgesamt in ihrem Selbstwertgefühl als instabiler und gefährdeter.
- Die Kinder leiden stärker unter sozialer Marginalisierung der Familie, zum Beispiel in Form von Armut, Arbeitslosigkeit, beengten Wohnverhältnissen.
- Durch die im Vergleich mit Alkoholabhängigen höhere Komorbidität laufen die Kinder Gefahr, häufiger eine doppelte Schädigung aufgrund des komplexeren Störungsbildes ihrer Eltern zu erleiden.
- In Einzelfällen, die klinisch durchaus bekannt und dokumentiert sind, werden an die Kinder und Jugendlichen früh psychotrope Substanzen, die im Lebensumfeld der Eltern gewöhnlich den Status der Normalität besitzen, verabreicht.
- Aufgrund einer größeren Zahl von Frühgeburten kann es zu verstärkten Problemen beim Beziehungsaufbau („bonding“) zwischen Mutter und Kind kommen.
- Die Kinder weisen häufiger ein schwieriges Temperament auf, was bei den Eltern zu Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen führen kann.

6. Hilfen

Neben den schon erwähnten vielfältigen Möglichkeiten für Hilfen, die insbesondere eine Stärkung der protektiven Faktoren des betroffenen Kindes verfolgen sollten, ist insbesondere die Systematik und Koordination der Hilfen von entscheidender Bedeutung. Dafür bieten Kooperationsformen mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sucht- und Erziehungsberatungsstellen, Kinderschutzdiensten, Frauenhäusern und etlichen anderen Institutionen gute Möglichkeiten. In vielen Städten und Kreisen haben sich psychosoziale Arbeitsgemeinschaften gebildet, die für den fachlichen und persönlichen Austausch sorgen. In der ärztlichen Weiterbildung sollte dem Thema familialer Suchtbelastungen und den möglichen Interventionsformen, wie zum Beispiel dem Motivational Interviewing, größere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Innerhalb der medizinischen Modelle sind insbesondere familienmedizinische Ansätze zu stärken. Erste Erfahrungen in der nachgehenden Sozialarbeit haben

gezeigt, dass eine enge Kooperation im Rahmen des Case-Management Erfolg versprechende Resultate erbringen kann.

Unter präventiven Aspekten erscheint es ratsam, Kindern von Alkoholikern möglichst früh Hilfen bereitzustellen, um eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen beziehungsweise erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegen sich Frühinterventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühinterventionen umfassen meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die bereits vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um beide Bereiche in Präventionsplanung und effektive Frühintervention einfließen zu lassen.

Auch die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen [41]. Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (in der Regel der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen Einzel- und Gruppenarbeit mit den Kindern, begleitender Elternarbeit und freizeitpädagogischen Angeboten zu unterscheiden. Diese geschieht in der Regel im ambulanten pädagogischen oder psychotherapeutischen Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

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

Literatur

- [1] Sher, K. J.: Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research, Chicago: University of Chicago Press (1991)
- [2] Hauschildt, E.: „Auf den richtigen Weg zwingen ...“ Trinkerfürsorge 1922-1945, Freiburg i. Br.: Lambertus (1995)
- [3] Windle, M.; Searles J. S. (eds.): Children of alcoholics: Critical perspectives, New York: Guilford Press (1990)

- [4] Velleman, R.; Orford J.: Risk and resilience. Adults who were the children of problem drinkers, Amsterdam: Harwood Academic Publishers (1999)
- [5] Klein, M.: Klinische Familienpsychologie der Alkoholabhängigkeit. Kinder und Erwachsene aus suchtbelasteten Familien - eine Bestandsaufnahme, In: psychomed, Zeitschrift für Psychologie und Medizin, München: Ernst Reinhardt 8 (1996), S 154-158
- [6] Werner, E. E.: Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 47 (1986), S. 34-40
- [7] Cork, M. R.: The forgotten children: A study of children with alcoholic parents, Toronto: Addiction Research Foundation (1969)
- [8] Black, C.: Mir kann das nicht passieren, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1982
- [9] Klein, M.; Zobel, M.: Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie, In: Zobel, M. (Hrsg.): Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder, Bonn: Psychiatrie-Verlag (2001), S. 90-104
- [10] Schneewind, K. A.: Familienpsychologie, Stuttgart: Kohlhammer (1991)
- [11] Goodwin, D. W.: Alcoholism and heredity, In: Archives of General Psychiatry, New York, NY, USA: Ovid 36 (1979), S. 57-61
- [12] Klein, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven, In: Suchttherapie, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 118-124
- [13] Lachner, G.; Wittchen, H. U.: Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit, In: Watzl, H.; Rockstroh B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe (1997), S. 43-89
- [14] McNeill, A.: Alcohol problems in the family. A report to the European Union, London: Eurocare (1998)
- [15] Hesselbrock, V. M.; Hesselbrock, M. N.; Stabenau, M. D.: Alcoholism in men patients subtyped by family history, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 46 (1985), S. 59-64

- [16] Spak, L.; Spak, F.; Allebeck, P.: Sexual abuse and alcoholism in a female population, In: *Addiction*, Oxford UK: Blackwell 93 (1998), S. 1365-1373
- [17] FeCaces, M.; Harford, T. C.; Williams, G. D.; Hanna, E. Z.: Alcohol consumption and divorce in the United States, In: *Journal of Studies on Alcohol*, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 60 (1999), S. 647-652
- [18] Grant, B. F.: Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family, In: *American Journal of Public Health*, Washington DC, USA: 90 (2000), S. 112-115
- [19] Englert, E.; Ziegler, M.: Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick, In: *Suchttherapie*, Stuttgart: Thieme 2 (2001), S. 143-151
- [20] Löser, H.: *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*, Stuttgart: G. Fischer (1995)
- [21] Cotton, N. S.: The familial incidence of alcoholism, In: *Journal of Studies on Alcohol*, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 40 (1979), S. 89-116
- [22] Drake, R. E.; Vaillant, G. E.: Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics, In: *British Journal of Addiction*, Oxford UK: AA 83 (1988), S. 799-807
- [23] Simon, R.; Palazzetti, M.: Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 1998, In: *Sucht*, Geesthacht, Neuland 45 (1999), Sonderheft 1
- [24] Zobel, M.: *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen*, Göttingen: Hogrefe (2000) (= *Klinische Kinderpsychologie*, Bd. 2)
- [25] Seilhammer, R. A.; Jacob, T.; Dunn, N. J.: The impact of alcohol consumption on parent-child relationships in families of alcoholics, In: *Journal of Studies on Alcohol*, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 54 (1993), S. 189-198
- [26] Bennett, L. A.; Wolin, S. J.: Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe, In: Appel, C. (Hrsg.): *Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung*, Freiburg i. Br.: Lambertus (1994), S. 15-44

[27] Klein, M.; Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung, In: Kindheit und Entwicklung, Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, Göttingen: Hogrefe 6 (1997), S. 133-140

[28] Ellis, D. A.; Zucker, R. A.; Fitzgerald, H. E.: The role of family influences in development and risk, In: Alcohol Health & Research World, Bethesda, Maryland, USA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 21 (1997), S. 218-226

[29] Pollock, V. E.: Meta-analysis of subjective sensitivity to alcohol in sons of alcoholics, In: The American Journal of Psychiatry, Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association 149 (1992), S. 1534-1538

[30] Levenson, R. W.; Oyama, O. N.; Meek, P. S.: Greater reinforcement from alcohol for those at risk: Parental risk, personality risk, and sex, In: Journal of Abnormal Psychology, Washington DC, USA: APA 96 (1987), S. 242-253

[31] Maier, W.: Mechanismen der familiären Übertragung von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabusus, In: Watzl, H.; Rockstroh, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen: Hogrefe (1997), S. 91-109

[32] Searles, J. S.: The role of genetics in the pathogenesis of alcoholism, In: Journal of Abnormal Psychology, Washington DC, USA: APA 97 (1988), S. 153-167

[33] Merikangas, K. R.: The genetic epidemiology of alcoholism, In: Psychological Medicine, Cambridge UK: Cambridge University Press 20 (1990), S. 11-22

[34] Kendler, K. S.; Neale, M. C.; Heath, A. C.; Kessler, R. C.; Eaves, L. J.: A twin-family study of alcoholism in women, In: The American Journal of Psychiatry, Arlington, VA, USA: American Psychiatric Association 151 (1994), S. 707-715

[35] McGue, M.; Sharma, A.; Benson, P.: Parent and sibling influences on adolescent alcohol use and misuse: Evidence from a U.S. adoption cohort, In: Journal of Studies on Alcohol, Piscataway NJ, USA: State University of New Jersey 57 (1996), S. 8-18

[36] Woititz, J. G.: Um die Kindheit betrogen. Hoffnung und Heilung für erwachsene Kinder von Suchtkranken, München: Kösel (1990)

[37] Wegscheide, S.: Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie, Wildberg: Bögner-Kaufmann (1988), deutsche Übersetzung der englischsprachigen Erstausgabe von 1981

[38] Elpers, M.; Lenz, K.: Psychiatrische Störungen bei Kindern alkoholkranker Eltern, In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Heidelberg, Berlin: Springer 22 (1994), S. 107-113

[39] West, M. O.; Prinz, R. J.: Parental alcoholism and childhood psychopathology, In: Psychological Bulletin, Washington DC, USA: APA 102 (1987), S. 204-218

[40] Wolin, S.; Wolin, S.: Resilience among youth growing up in substance-abusing families, In: Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, Binghamton, NY, USA: Haworth Press 42 (1995), S. 415-429

[41] Robinson, B. E.; Rhoden, J. L.: Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook, 2nd Edition, Thousand Oaks: Sage (1998)

[42] Nurco, D. N.; Blatchley, R. J.; Hanlon, T. E.; O'Grady, K. E.: Early deviance and related risk factors in the children of narcotic addicts, In: American Journal of Drug and Alcohol Abuse, New York, NJ, USA: Dekker 25 (1999), S. 25-45

[43] Nunes, E. V.; Weissman, M. M.; Goldstein, R. B.; McAvay, G.; Seracini, A. A.; Verdelli, H.; Wickramaratne, P. J.: Psychopathology in children of parents with opiate dependence and/or major depression, In: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Chicago, IL, USA: Lippincott Williams & Wilkins 37 (1998), S. 1142-1151

[44] Hogan D. M.: Annotation: The psychological development and welfare of children of opiate and cocaine users: Review and research needs, In: Journal of Child Psychology and Psychiatry, Oxford UK: Blackwell 39 (1998), S. 609-620

[45] Schulzke, M.: Methadongestützte Psycho-/Soziotherapie für Heroinabhängige. Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Hannover: Niedersächsisches Sozialministerium. Berichte zur Suchtkrankenhilfe (1994)

Tabelle 1: Globale Risiken elterlicher Alkoholstörungen für die Entwicklung von Kindern

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

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

Tabelle 2: Familiäre Risikofaktoren, die die psychopathologische Entwicklung bei Kindern von Alkoholikern (KvA) beeinflussen im Vergleich zu Kindern von Nicht-Alkoholikern **Footnote:** nach (28) Ellis, D. A.; Zucker, R. A.; Fitzgerald, H. E.: The role of family influences in development and risk, In: Alcohol Health & Research World, Bethesda, Maryland, USA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 21 (1997), S. 218-226

Risikofaktor	Forschungsergebnisse
Alkoholspezifische Familieneinflüsse	
1. Nachahmung elterlichen Trinkverhaltens	KvA sind genauer mit einer großen Breite alkoholischer Getränke in einem jüngeren Alter vertraut und entwickeln früher ents Alkoholgebrauchs-Schemata, das heißt erfahrungsbasierte „Beliefs“.
2. Alkoholwirkungserwartungen	KvA haben mehr positive Alkoholwirkungserwartungen, das heißt, sie glauben eher, dass sich Alkoholgenuss positiv auf ihre Befindlichkeit auswirkt.
3. Ethnizität und Trinkgewohnheiten	KvA von bestimmten ethnischen Gruppen haben ein erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch aufgrund der Interaktion zwischen Alkoholwirkungserwartungen und Ethnizität.
Alkoholunspezifische Familieneinflüsse	
1. Elterliche Psychopathologie und Komorbidität	Einzelne Subgruppen von KvA wachsen in Familien mit elterlicher Psychopathologie auf, wie zum Beispiel Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Depression, Angststörungen als komorbide Störungen.
2. Sozioökonomischer Status (SES)	KvA kommen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit aus Familien mit niedrigem SES, in denen die Familien größerem finanziellem Stress ausgesetzt sind (Armut, Sozialhilfe, Langzeitarbeitslosigkeit, schlechte Wohnqualität).
3. Allgemeine familiäre Dysfunktionalität	Familien mit substanzbezogenen Störungen sind durch niedrige Kohäsion, hohes Konfliktniveau und schlechte Problemlösungsfähigkeiten charakterisiert. Es entstehen häufiger Broken-home-Konstellationen
4. Familiäre Gewalt, Aggression	KvA haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, Opfer und/oder Zeuge familialer Gewalt zu werden.
5. Kognitive Probleme der Eltern	KvA haben eine größere Wahrscheinlichkeit, von Eltern mit schlechteren kognitiven Fähigkeiten erzogen und damit zu wenig positiv stimuliert zu werden.