

## Kinder suchtkranker Eltern.

Fakten und Interventionen.

**Suchtkranke Eltern wollen in der Regel genauso gute Eltern sein wie nicht Suchtkranke. Ihr Dilemma besteht meist darin, dass sie gerade aufgrund ihrer Suchterkrankung scheitern und diesen Prozess nicht realistisch wahrnehmen und deshalb nicht früh genug unterbrechen können. Deshalb sind sie besonders auf fremde Hilfe und Motivierung angewiesen. Die oft zu beobachtenden Phänomene der Leugnung und Bagatellisierung sind suchttypische, also krankheitsimmanente, Verhaltensweisen.**

### Zahlen und Fakten

In Deutschland leben circa 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche mit einem Elternteil, der im Laufe seines Lebens eine Alkoholstörung entwickelt. Zu den Alkoholstörungen zählen insbesondere der Alkoholmissbrauch (nach DSM-IV) beziehungsweise der schädliche Alkoholgebrauch (nach ICD 10) und die Alkoholabhängigkeit. Somit ist jedes siebte Kind – wenigstens zeitweise – von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen (Lachner & Wittchen, 1997). Väterliche Alkoholstörungen (11,9 Prozent) sind deutlich häufiger anzutreffen als Alkoholstörungen bei Müttern (4,7 Prozent). Bei 1,5 Prozent aller Jugendlichen im Alter ab 14 Jahren weisen beide Elternteile eine Alkoholstörung auf. Von der Abhängigkeit und dem Missbrauch einer illegalen Droge sind circa 40.000 Kinder betroffen (Klein, 2003). Kinder aus suchtblasteten Familien entwickeln erhöhte Risiken für eigene Suchtstörungen ab der späten Kindheit (12. Lebensjahr) und der frühen Jugend (14. Lebensjahr). Außerdem sind sie von allen psychischen Störungen der Kindheit und des Jugendalters (zum Beispiel Ängsten, Depressionen, Hyperaktivität, Antisozialität) deutlich häufiger betroffen als Kinder aus nicht suchtblasteten Familien. Insgesamt ist für Kinder aus alkoholbelasteten Familien zusätzlich ein Risiko für Kindesmisshandlung (physisch, emotional, sexuell) und Kindesvernachlässigung nachgewiesen (Dube et al., 2001). Im Einzelnen sind zwei- bis sechsfach erhöhte Risiken zu konstatieren. Die höchsten Werte finden sich, wenn beide Elternteile eine Alkoholstörung aufweisen. Jedoch ist ausdrücklich nicht davon auszugehen, dass *alle* Kinder von Alkoholikern eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln müssen. Kinder suchtkranker Eltern müssen daher als eine der größten und am stärksten gefährdeten Risikogruppen für Suchtstörungen und andere psychische Störungen ab der frühesten Kindheit angesehen werden (vgl. Klein, 2001).

### Sucht als innerfamiliäre Stresssituationen

Die Suchtstörung eines oder gar beider Elternteile bedeutet für den Partner und noch mehr für die Kinder einen erhöhten **Stress**. Die gewohnten familiären Abläufe verändern sich nachhaltig, oftmals kommt es zu vermehrten **Streitigkeiten, Disharmonie und Konflikten** innerhalb der Familie. Auch Gewalthandlungen zwischen den Partnern und gegenüber den Kindern nehmen an Häufigkeit und Schwere zu. Für den nicht suchtkranken Partner und die älteren Kinder ergibt sich meistens der Konflikt, den Alkoholkranken gegenüber Dritten zu decken oder sein Verhalten schonungslos offen zu legen, was gerade bei alkoholkranken Müttern und nicht suchtblasteten Vätern oft zur Trennung führt. Da die nicht suchtkranken Partner aus Liebe oder Abhängigkeit in der Regel lange zu ihrem alkoholabhängigen Angehörigen halten – Frauen häufiger und länger als Männer – entwickelt sich ein spezifisches Verhaltens- und Interaktionsmuster, Co-Abhängigkeit, das Außenstehenden zunehmend nicht nachvollziehbar und unverständlich erscheint. Unter Co-Abhängigkeit wird – kurz gefasst – ein Verhalten verstanden, das unter scheinbarer Aufopferung der eigenen Bedürfnisse und der eigenen Würde das suchtkranke Verhalten des Partners entschuldigt, erklärt, deckt und somit meist unangreifbar macht. Es entwickelt sich ein Prozess zunehmender Selbstverleugnung, Schuld- und Schamgefühle entstehen, oft auch gekoppelt mit Angst und Depressionen. Dies wird von den Betroffenen als starker **psychischer Stress** empfunden. Dabei kann zwischen dem Duldungsstress (etwas auszuhalten, was schon lange nicht mehr tolerierbar ist), dem Katastrophenstress (immer wieder schlimmste Erlebnisse und Verhaltensweisen des Suchtkranken ertragen und ausbügeln zu müssen) und dem Krisenstress (Stress, der durch die Unfähigkeit zur Bewältigung von Stressoren entsteht) unterschieden werden (Schneewind, 1991). In suchtblasteten Familien kommt es zu einer **auffälligen Häufung (Kumulierung) von Stressoren**. Es entwickeln sich dann - häufig als Reaktion und Anpassung - psychosomatische oder psychische Störungen. Darunter sind Angsterkrankungen, Depressionen und eigene Substanzabhängigkeiten am häufigsten. Außerdem nehmen die sozialen Notlagen (Arbeitslosigkeit, Schulden, Wohnungsprobleme) zu.

## Kinder sind besonders schwer betroffen

Für die Kinder stellt die familiäre Situation meist einen noch größeren Stress dar als für die Erwachsenen, da ihnen entsprechende Bewältigungsmechanismen in der Regel völlig fehlen. Bei jüngeren Kindern fehlen zusätzlich einfachste Verbalisierungsmöglichkeiten. Dieses Phänomen findet sich verstärkt bei Kindern drogenabhängiger Eltern, da diese in jüngerem Alter ihre Kinder bekommen. Die Kinder und Jugendlichen fühlen sich noch einsamer und isolierter als die Erwachsenen. Schuld- und Schamgefühle sind oft sehr ausgeprägt, im ungünstigsten Fall machen sie sich selbst für die Suchterkrankung ihres kranken Elternteils verantwortlich. Sie erleben in hohem Maße **Disharmonie, Unberechenbarkeit und Instabilität als die Realität ihrer Familien**. Physische und psychische Gewalt sind häufiger als in Normalfamilien, Kindesmisshandlung und –missbrauch sowie vor allem **Vernachlässigung** treten häufiger auf. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass Kinder alkoholkranker Eltern häufiger **kindliche Verhaltensauffälligkeiten** zeigen. Dabei neigen Mädchen eher zu **internalisierenden Störungen** (Ängste, Depressionen, Selbstverletzungen, auffälliges Essverhalten), Jungen eher zu **externalisierenden Störungen** (Aggressivität, Gewalt, Dissozialität, frühe Devianz).

## Transmission

Unter Transmission wird die Weitergabe einer Störung von einer Generation zur nächsten verstanden. Beim Vorliegen familialer Suchtbelastungen wird eine Transmissionsquote von 30 Prozent (Alkoholstörungen) bis circa 45 Prozent (Drogenabhängigkeit) beobachtet. Das Transmissionsrisiko bei Alkoholstörungen ist damit um das Sechsfache im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht. Falls eine schwangere Frau Alkohol missbraucht, kann es zu vorgeburtlichen Schädigungen des Fötus kommen. Diese werden **Alkoholembryopathie** oder **Fetales Alkoholsyndrom** genannt. Die stärkeren Formen dieser Schädigung, die in Deutschland jährlich bei etwa 2.000 Neugeborenen auftreten, beinhalten Hirn- und Organschädigungen, Dysfunktionen des zentralen Nervensystems, abnormale Gesichtselemente, Verhaltensdefizite und Wachstumsrückstände (Retardierung). Auch werden häufig enge Zusammenhänge mit Hyperaktivität, geistiger Retardierung und EEG-Anomalien berichtet. Auch in Bezug auf eine Vielzahl illegaler Drogen (insbesondere Kokain, Amphetamine) sind spezielle **Drogenembryopathien** bekannt. Töchter alkoholkranker Väter heirateten in mehr als 40 Prozent aller Fälle wieder einen alkoholkranken Partner und sind besonders anfällig für co-abhängige Verhaltensweisen (Schuckit et al., 1994).

## Alkohol- versus drogenabhängige Eltern

Obwohl die Zahl der Alkoholabhängigen in Deutschland mehr als 15-mal höher ist als die der Drogenabhängigen, sind drogenabhängige Eltern durch die Besonderheiten der Drogenabhängigkeit (Illegalisierung, soziale Marginalisierung, Verarmung, Langzeitarbeitslosigkeit) bei den allgemeinen sozialen Diensten (ASD) besonders häufig als Klienten vertreten. Bevor es in Deutschland eine flächendeckende Substitution gab, betrug die Fremdplatzierungsquote der Kinder drogenabhängiger Eltern mehr als 70 Prozent (Vergleichsquote bei alkoholabhängigen Eltern: circa 13 Prozent). Bei substituierten Eltern beläuft sie sich auf circa 30 Prozent. Es ist zu bedenken, dass substituierte drogenabhängige Eltern in ihrer Erziehungskompetenz nicht unbedingt automatisch besser sind, als dies nicht Substituierte sind. Sie bedürfen spezieller, kontinuierlicher Betreuung und Beratung. Bei suchtkranken Eltern wurden wiederholt höhere Quoten für alle Formen der Kindesmisshandlung festgestellt. Im Falle elterlicher Alkoholabhängigkeit sind es sexueller Kindesmissbrauch und physische/emotionale Kindesmisshandlung, die sich verstärkt zeigen, während im Falle elterlicher Drogenabhängigkeit vermehrt Fälle von Kindesvernachlässigung zu finden sind. Diese geschehen besonders dann, wenn ein Elternteil massiven, kontinuierlichen Drogenmissbrauch ohne Konsumunterbrechung zeigt.

## Die süchtige Familiendynamik

Die innerfamiliäre Dynamik in alkoholbelasteten Familien ist besonders durch Unberechenbarkeit, Instabilität, Disharmonie und Gewalt gekennzeichnet. Alles dreht sich um den Alkohol und die Sucht des Indexelternteils, aber alle Familienmitglieder arbeiten zunächst an der hartnäckigen Leugnung des Suchtproblems mit. In drogenbelasteten Familien herrschen neben Instabilität und Unberechenbarkeit zusätzlich starke Ängste, Verzweiflungsgefühle, suizidale Phantasien und Verfolgungsideen vor. Zur Sicherstellung des Kindeswohls ist, solange Alkohol und Drogen kon-

sumiert werden, die kontinuierliche Kontrolle und Beratung der jeweiligen Familie sicherzustellen. Hierzu gehören auch unangemeldete Besuche. Gleichzeitig sollte versucht werden, einen Beratungs- und Hilfeprozess in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit Fachkräften der Suchthilfe aufzubauen. Dieser soll den Eltern Gelegenheit zur gezielten Verhaltensänderung geben, wobei dem Kindeswohl in allen Phasen höchste Aufmerksamkeit zu widmen ist.

## Stärke und Aufrechterhaltung der Sucht

Suchtstörungen können einen sehr langfristigen, bisweilen chronischen Verlauf nehmen. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die Betroffenen keine adäquate Hilfe erhalten beziehungsweise annehmen. Die Suchtsymptomatik wird dabei an Stärke zunehmen und auch die Kinder und den Partner stärker betreffen. Im Einzelnen sind es folgende Merkmale, die verstärkt zu beobachten sind: (1) Toleranzerhöhung, (2) Entzugerscheinungen, (3) Verlust der Verhaltenskontrolle, (4) Fokussierung des Denkens und Handelns auf das Suchtmittel, (5) Vernachlässigung familiärer, sozialer und beruflicher Pflichten, (6) erfolglose Kontroll- oder Abstinenzversuche und (7) Substanzeinnahme trotz offensichtlicher Schädigungen. Zur Screening- und Differenzialdiagnostik stehen zahlreiche Instrumente zur Verfügung: Zur Screeningdiagnostik haben sich unter anderem der CAGE und der AUDIT bewährt (Abdruck in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2003). Für Zwecke der Differenzialdiagnostik kann zum Beispiel das Trierer Alkoholismusinventar (Funke et al., 1987) eingesetzt werden. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument misst die Stärke und die Folgen der Alkoholabhängigkeit auf den Dimensionen (1) Schweregrad, (2) Einsames Trinken, (3) Trinkstil, (4) Trinkmotive, (5) Schädigung sowie (6) Partnerprobleme wegen Trinken beziehungsweise (7) Trinken wegen Partnerproblemen.

## Veränderung und Hilfen

Beendet der alkoholranke Elternteil sein süchtiges Fehlverhalten frühzeitig im Laufe der Entwicklung der eigenen Kinder, so haben diese eine hohe Chance auf eine normale, störungsfreie Entwicklung. Besonders schädlich für die kindliche Entwicklung ist andererseits eine lang anhaltende Exposition gegenüber dem alkoholkranken Elternteil mit vielen negativen Verhaltensexzessen. Suchtbelastete Eltern gelten nicht als offene Klientel, was Beratung und Hilfe angeht. Insbesondere alkoholranke Eltern entwickeln ein Höchstmaß an Abgrenzung, Tabuisierung und Verleugnung gegenüber Außenstehenden. Kinder werden zumeist in diesen Abkapselungsprozess integriert, übernehmen oft starre und rigide Verhaltensrollen und tragen den Leugnungsprozess unbewusst mit. Dennoch ist die Frühintervention und die Schaffung von Veränderungsmotivation das Mittel der Wahl in der Arbeit mit suchtbelasteten Familien. Prochaska & DiClemente (1986) konnten zeigen, dass die Veränderung süchtigen Verhaltens ein langwieriger zyklischer Prozess ist, der oft viele Jahre in Anspruch nimmt. Rückfälle sind dabei die Regel und nicht die Ausnahme. Die einzelnen Phasen der Veränderung werden wie folgt beschrieben:

1. **Vorbesinnung:** Der Betroffene hat noch keinerlei Problemeinsicht und reagiert auf diesbezügliche Ansprache mit Abwehr und Unverständnis, bisweilen mit Aggression.
2. **Besinnung:** Die Person entwickelt allmählich ein Problembewusstsein und erkennt ihre Lage. Gleichzeitig entwickeln sich starke Schuld- und Schamgefühle, die einer schnellen Veränderung im Wege stehen. Innerlich herrscht eine starke Ambivalenz vor. Ansätze von Leidensdruck sind vorhanden, werden aber gegebenenfalls verleugnet. In dieser Phase können kritische Lebensereignisse (zum Beispiel: Trennung, Kündigung) konstruktiv in den Veränderungsprozess einfließen.
3. **Entscheidung:** Der Abhängige entwickelt die Bereitschaft zur Veränderung, wenigstens in einem Bereich und unternimmt erste diesbezügliche Anstrengungen.
4. **Handlung:** Die Anstrengungen führen ihn zu konkreten Handlungen. Diese können im Bereich der Selbstveränderung, der Selbsthilfe und/oder der professionellen Hilfe liegen. In dieser Phase ist die enge Abstimmung zwischen verschiedenen Hilfebereichen (zum Beispiel Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinische Primärversorgung) von höchster Wichtigkeit.
5. **Aufrechterhaltung:** Von entscheidender Bedeutung zur Entwicklung neuer Verhaltensweisen ist der Transfer in den Alltag und das Training unter realistischen Bedingungen. In der Familie können hier neue Transaktionsmuster entstehen. Ebenso droht aber auch der Rückfall in alte Verhaltensweisen, weil das familiäre Gesamtsystem die neuen Muster nicht mittragen kann oder will.
6. **Rückfall:** In den meisten Fällen kommt es längerfristig zu Rückfällen mit dem Suchtmittel. Diese Rückfälle entstehen insbesondere im Umgang mit negativen Emotionen und belastenden

sozialen Situationen (Stressmodell). Sie stellen jedoch auch eine Chance zur Fortsetzung des Veränderungsprozesses dar und sollten zu neuerlicher Besinnung und dem Durchlaufen der weiteren Phasen führen.

Zur Abschätzung der Veränderungsbereitschaft liegen entsprechende Diagnoseinstrumente (zum Beispiel SOCRATES, URICA) vor. Für diese konnten gute teststatistische Ergebnisse bezüglich Reliabilität und Validität festgestellt werden. Zusätzlich sollte der klinische Eindruck festgehalten und beurteilt werden. In enger Anlehnung an dieses Phasenmodell der Veränderung entwickelten Miller & Rollnick (1999) ein Praxismodell zum Umgang mit „unmotivierten“ Klienten (Motivational Interviewing), das empirisch gerade in der Anwendung bei Suchtpatienten gute Ergebnisse gezeigt hat. Zum Motivational Interviewing (MI) gehört eine Abfolge von Interventionsschritten, die auf der Basis einer empathischen Grundhaltung die Verantwortung des Abhängigen stärken sollen. Als effektive motivierende Strategien konnten folgende Interventionen identifiziert werden, die im Rahmen einer längerfristigen Behandlung alle zum Einsatz kommen sollten: (1) Ratschläge geben, (2) Hindernisse entfernen, (3) Alternativen anbieten, (4) Anreize verringern, (5) Empathie zeigen, (6) Rückmeldung geben, (7) Ziele klären und (8) aktiv helfen. Auf Seiten des Klienten gilt es, die Eigenverantwortung für das Handeln immer wieder herauszuarbeiten und zu betonen sowie Aussagen in Bezug auf Veränderungswünsche zu fördern und zu differenzieren.

## Schlussfolgerungen

Da jede achte Familie vorübergehend und jede zwölfte dauerhaft von einer elterlichen Suchtstörung betroffen ist, erscheint es notwendig, dass alle sozialen, psychologischen und medizinischen Fachkräfte sich dieses Themas stärker widmen. Dabei sind dauerhafte und koordinierte Vorgehensweisen wichtig. Eine Kombination aus einzelnen Ansätzen – Familientherapie, Motivational Interviewing und Case Management – erscheint am erfolgversprechendsten. In der Praxis sollte eine enge und langfristige Abstimmung zwischen allen beteiligten Fachkräften erfolgen, die sowohl auf suchtttherapeutische Hilfen für die Eltern als auch auf pädagogische und kinderpsychotherapeutische Hilfen für die Kinder abzielt. Je früher derartig koordinierte Maßnahmen beginnen, desto erfolgreicher dürften sie sein.

Prof. Dr. Michael Klein

## Literatur:

- § Deutsche Hauptstelle für Suchtprobleme DHS (Hrsg.) (2003). *Alkoholabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 1.* Hamm: DHS.
- § Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J. & Giles, W. H. (2001). *Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction.* *Child Abuse & Neglect* 25, 1627 – 1640.
- § Funke, W., Funke, J., Klein, M., Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI).* Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- § Klein, M. (2001). *Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven.* *Suchttherapie* 2, 118 – 124.
- § Lachner, G. & Wittchen, H. U. (1997). *Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit.* In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen.* Hogrefe, Göttingen, S. 43 - 89.
- § Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen.* Freiburg: Lambertus
- § Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). *Toward a comprehensive model of change.* In: Miller, W. R. & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors: Processes of change.* New York: Plenum Press, p.3 –27.
- § Schneewind, K. A. (1991). *Familienpsychologie.* Stuttgart: Kohlhammer.
- § Schuckit M. A., Tipp J. E., Kelner E. (1994). *Are daughters of alcoholics more likely to marry alcoholics?* *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*; 20: 237 - 245.

## Kontakt:

Prof. Dr. Michael Klein, Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen (KFH NW)  
Forschungsschwerpunkt Sucht  
Wörthstraße 10 • 50668 Köln  
E-Mail: [Mikle@kfnw.de](mailto:Mikle@kfnw.de)