

» Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven

Michael Klein

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen,
Forschungsschwerpunkt Sucht, Köln

Zusammenfassung: Kinder aus alkoholbelasteten Familien stellen eine Risikogruppe zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie Suchtstörungen ab dem Jugendalter dar. In jeder siebten Familie erfüllt ein Elternteil eine Lebenszeitdiagnose für eine alkoholbezogene Störung. Das Risiko für diese Kinder, selbst an einer Alkoholstörung zu erkranken, ist bis zum Sechsfachen erhöht. Mehr als 30% von ihnen werden selbst im Laufe ihres Lebens alkoholabhängig. Kinder aus alkoholbelasteten Familien stellen somit die größte Risikogruppe bezüglich der Entwicklung von Suchtstörungen dar. Kinder alkoholkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe bezüglich der Entwicklung von Suchtstörungen ab dem Jugendalter. Ihnen sollten daher besondere Anstrengungen im Bereich Früherkennung und Frühintervention (Sekundärprävention) gelten. In der Praxis werden diese in ihrer Lebenssituation oft nicht erkannt und erhalten dementsprechend keine frühzeitigen Hilfen.

Schlüsselwörter: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Transmission – Hochrisikogruppe – Frühintervention

Children of Alcohol Abusing or Dependent Parents – a Review of Research Results and Treatment Perspectives: Children from families with alcohol abusing parents are a special risk population for conduct problems, psychological disturbance during childhood and youth and for addictive diseases, especially. In Germany, one of seven children grows up with a parent that has a lifetime diagnosis for alcohol related disorders. These children's risk to become addicts is up to sixfold increased. More than 30% of them will have a lifetime diagnosis for alcohol addiction. Children of alcoholics, therefore, have the greatest risk for addictive diseases from all relevant subgroups ever investigated. These children often are not recognized as such and, therefore, are not addressed specifically. These children should be addressed, especially, by efforts of early detection and early intervention. In practice, they are too often not recognized as such and therefore not treated properly.

Key words: Children of Alcoholics – Transmission – High Risk Group – Early Intervention

Einführung

Dass Alkoholbelastungen in der Familie ein Risiko für die Entwicklung der Kinder der nächsten Generation darstellen, ist seit langem bekannt. Dennoch wurde dieses Problem überwiegend ignoriert und geleugnet, so dass die diesbezügliche Forschung am Anfang des 21. Jahrhunderts, speziell in Deutschland, weit hinter den Notwendigkeiten zurückliegt. Der vorliegende Beitrag vermittelt daher zunächst grundlegende Ergebnisse der bisherigen Forschung, die überwiegend aus den USA kommt. Abschließend werden Perspektiven für die weitere Forschung und die Innovation der Praxis diskutiert.

Überblick

Kinder alkoholabhängiger Eltern weisen insgesamt ein erhöhtes Risiko in Bezug auf eine spätere Suchtstörung sowie Verhaltens- und Erlebensstörungen in Kindheit und Jugend auf [1]. Kinder von Suchtkranken wurden wiederholt in der Forschung als die größte Risikogruppe bezüglich der Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung identifiziert und mit ihren Risikomerkmale ausführlich beschrieben [2]. Diese Gefährdung naher Familienangehöriger im Umfeld von Suchtstörungen ist bereits seit langem bekannt. Nachdem in der Antike Plutarch den Leitsatz „Trinker zeugen Trinker“ prägte, begann seit dem 18. Jahrhundert, ausgelöst durch die Ginepidemie in England und wenig später durch weitere Alkoholkrisen in den Ländern der frühen industriellen Revolution, eine systematische Beschäftigung auch mit den familiären Risiken des Alkoholismus [3]. In einem für die damalige Zeit beeindruckenden Sammelreferat hat Oort [4] den Stand der epidemiologischen und experimentellen Forschung zum Einfluss elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die folgende Generation zusammengefasst. Dennoch gerieten die Probleme der Kinder in suchtblasteten Familien immer wieder in Vergessenheit. Erst seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts ist eine nennenswerte empirische Forschung zu diesem Thema zu verzeichnen, vorrangig in den USA und in Skandinavien. In einer inzwischen klassischen Überblicksarbeit hatte Goodwin [5] zusammenfassend analysiert, dass 25% der Väter und Brüder alkoholabhängiger Patienten ebenfalls alkoholabhängig sind. 80% der engen biologischen Verwandten klinisch behandelter Alkoholiker weisen eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholprobleme auf [6]. Das Zusammenleben mit einem alkoholabhängigen Elternteil wird von den meisten Kindern als stresshafter Zustand [7] empfunden. Für die Familie als Ganzes besteht eine größere Exposition gegenüber Stressoren. Wenn diese dauerhaft vorherrschen

und als nicht veränderbar wahrgenommen werden, kann von Duldungsstress [8], wenn es zu krisenhaften, bisweilen traumatischen Ereignissen kommt, von Katastrophenstress gesprochen werden.

Es gibt eine klare Evidenz dafür, dass Alkoholabhängige überzufällig oft aus Familien stammen, in denen bereits Vater bzw. Mutter oder beide Elternteile abhängig waren [1,9,10]. Eine oft zitierte amerikanische Übersichtsstudie [11] zeigte, dass von knapp 4000 alkoholabhängigen Personen 30,8% einen abhängigen Elternteil aufwiesen. Eine Langzeitstudie über einen Zeitraum von 33 Jahren [12] brachte für erwachsene Kinder aus Suchtfamilien in 28% der Fälle eine Diagnose für Alkoholabhängigkeit. Männer mit einem abhängigen Vater hatten mehr als doppelt so häufig eine Alkoholabhängigkeit als Männer ohne abhängigen Vater.

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass Kinder von Alkoholikern als *größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit* 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*. Wie Lachner & Wittchen [10] 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 für 15,1% der Stichprobe ergab, wiesen Söhne wie Töchter signifikant erhöhte Risiken für Alkoholstörungen auf. Im Falle einer väterlichen Alkoholdiagnose hatten die Söhne ein um das 2,01fache, die Töchter ein um das 8,69fache erhöhtes Risiko für Alkoholabhängigkeit. Im Falle einer mütterlichen Alkoholdiagnose erhöhte sich bei den Söhnen das Risiko um das 3,29fache und bei den Töchtern um das 15,94fache. Dass die Risikohöherung bei den Söhnen nicht so deutlich wie bei den Töchtern ausfällt, hängt u.a. mit der größeren absoluten Zahl 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 18,77fache, bei den Töchtern um das 28fache erhöht. Im Falle elterlicher Komorbidität sind diese Risiken nochmals erhöht [13].

In einer Langzeitstudie bezüglich differenzieller Risiken wurden Kinder von ihrer Geburt bis zum 18. Lebensjahr wiederholt untersucht [14]. Es zeigte sich, 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 [15]. 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 [16]. 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 und belastbar bleiben. Dieses Phänomen wurde als Resilienz (Stressresistenz) bekannt [14].

Die Zahl der Kinder, die im Laufe ihrer Entwicklung einer elterlichen Alkoholstörung exponiert sind, ist in den modernen Gesellschaften außerordentlich hoch. Grant [17] konnte auf der Basis des National Longitudinal Alcohol Epidemiology Sample, in dem die Daten von 42862 repräsentativ ausgewählten Personen im Alter von mehr als 18 Jahren gesammelt wurden, zeigen, dass jedes 2,3. Kind in einer Familie aufwächst, in der ein Elternteil eine Lebenszeitprävalenz für eine Alkoholstörung aufweist. Jedes 6,6. Kind wächst in einer Familie auf, in der ein Elternteil im letzten Jahr eine alkoholbezogene Diagnose aufwies. „... it can conservatively be estimated that approximately 1 in every 4 (28.6%) children in the United States is exposed to alcohol abuse or dependence in the family“ [17]. Da die epidemiologischen Daten für die Bundesrepublik höhere Pro-Kopf-Verbrauchsquoten liefern, ist davon auszugehen, dass die Verhältnisse hierzulande mindestens denen der USA entsprechen.

Klinische Studien

Am Anfang der wissenschaftlichen Beschäftigung mit der Situation der Kinder von Alkoholikern standen klinische Studien, bei denen mittels Interviews oder Spieltherapie Situations- oder Erlebensbeschreibungen von betroffenen Kindern erhoben wurden. Später kamen ausführliche Fragebogenstudien hinzu. Zu den von Kindern alkoholkranker Eltern in Interviews und Fragebogenstudien insgesamt am häufigsten genannten Erfahrungen [7,18] gehören *die familiäre Instabilität, eine starke Disharmonie zwischen den Eltern und die Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens*. Die familiären Abläufe sind genauso wie die Familienatmosphäre von *einer sehr starken Varianz einzelner Merkmale* geprägt. Dies macht den Kindern eine antizipative Anpassung und selbstwertdienliche Bewältigung besonders schwer. Inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten herrschen in der Erziehung 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 wird deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern schuldhaft auf sich selbst attribuieren, z.B. wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten nach Meinung der meisten Kliniker [19] besondere Regeln, z.B. dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen sind. Es herrschen auch oft extreme Belastungssituationen vor. Diese sind zusammenfassend für die Kinder 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 Eltern teilen gebracht werden;
- Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechungen eher gebrochen werden;
- sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) und Vernachlässigung werden.

Epidemiologie

Die Anzahl der Kinder von Suchtkranken ist 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. Auch können Fremdunterbringungen (z. B. bei Pflegeeltern oder in Heimen) geschehen. Die Zahl dieser Fremdplatzierungen ist bei Kindern von Alkoholabhängigen mit 13,3% zwar höher als in der Normalbevölkerung, aber deutlich geringer als bei Kindern drogenabhängiger Eltern, wo oft Quoten von um oder über 50% erreicht werden [25].

Die Zahl der aktuell mit suchtkranken Eltern(teilen) zusammenlebenden Kinder und Jugendlichen interessiert wegen der potenziellen Gefahren einer dauerhaften Exposition besonders. Der Anteil der alkoholabhängigen Eltern, die mit Kindern in einem Haushalt zusammenleben, betrug nach den Ergebnissen der Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland EBIS [20] für das Jahr 1998 45% bei Frauen und 32% bei Männern. Sehr viel höher sind die Zahlen der Abhängigen, die jemals Kinder hatten. 75% der alkoholabhängigen Frauen und 63% der alkoholabhängigen Männer, sind wenigstens in einem Fall Mutter bzw. Vater eines Kindes. Werden die einzelnen genannten Zahlen mit dem Ergebnis kontrastiert, dass *nur 10%* aller Beratungsstellen in Deutschland überhaupt ein Angebot – gleich welchen Umfangs und welcher Qualität – für Kinder von Suchtkranken vorhalten, so wird deutlich, dass von den mehr als 22000 Kindern, deren Eltern jährlich in ambulanter Suchtbehandlung sind, nur gut 2000 überhaupt die Chance haben, ein familienbezogenes adäquates Angebot aus der Suchthilfe zu erhalten. Die Kinder alkoholkranker Eltern außerhalb der Suchthilfe dürften kaum eine Chance auf ein fachgerechtes Versorgungs- und Präventionsangebot haben.

Ein besonders kritischer Punkt bezüglich der Situation der von familialen Suchtstörungen betroffenen Kinder ist, dass von den alkoholabhängigen Klientinnen 11% alleine mit einem Kind leben [20]. Hier dürfte die Überforderungsschwelle für die Mütter und Kinder sehr schnell erreicht sein und für die Kinder ein besonderes Risiko bestehen, wenn die unvollständige Familie nicht adäquate psychosoziale Hilfe und Unterstützung erfährt. Die aus der Entwicklungspsychopathologie bekannte Kompensation der malignen Effekte eines Elternteils („buffering“) kann durch das Fehlen eines nicht betroffenen Elternteils nicht geschehen. „Aus diesen Zahlen wird ersichtlich, dass zum einen spezielle Angebote für die Kinder von Abhängigen vermehrt bereitgestellt werden müssten, um in dieser Risikogruppe möglichst auch präventiv ansetzen zu können. Zum anderen ist auch der Situation der suchtkranken Eltern Rechnung zu tragen, die oft

allein ihre Kinder großzuziehen versuchen, und das Angebot entsprechend zu erweitern“ [20].

Die Daten der stationären Suchtbehandlung in Deutschland werden im Rahmen des SEDOS-Systems (stationäres einrichtungsbezogenes Dokumentationssystem) dokumentiert. Der entsprechende Jahresbericht für 1998 basiert auf fast 16000 Behandlungsfällen [21]. Die Angaben zur Familiensituation sind leider weniger aussagekräftig als im EBIS-System, da nur das Zusammenleben in einem gemeinsamen Haushalt dokumentiert wird. Im Jahr 1998 lagen diesbezüglich die auswertbaren Daten von 10706 Männern und 2390 Frauen vor. Von den Männern lebten bei Behandlungsanfang 1393 (13%) mit Partner und Kind(ern) und weitere 316 (3%) nur mit Kindern zusammen. Bei den Frauen sind es 387 (16,2%) bzw. 321 (13,4%). Es zeigt sich somit vor allem, dass die Zahl der allein erziehenden Frauen als recht hoch einzuschätzen ist. Allerdings ist die Interpretierbarkeit der Daten durch das Vorhandensein einer weiteren Kategorie „nur mit Partner/in oder Kind/ern und anderen“ (372 Männer und 92 Frauen) erschwert. Es wäre auf jeden Fall dringend erforderlich, dass sich dieses für den Suchthilfebereich wichtige Dokumentationssystem in differenzierterer Weise der Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen im Umfeld elterlicher Suchterkrankungen widmet.

In einer weiteren deutschen Untersuchung, speziell mit suchtkranken Frauen [22], zeigte sich, dass gut die Hälfte der Frauen, die in der ambulanten Suchtberatung um Hilfe nachsuchten, Mütter waren. Zu 21 Kindern im Alter von 4 bis 16 Jahren lagen bei Abschluss der Studie Angaben der Mütter im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen vor. Diese waren mittels der deutschen Form der Child Behavior Checklist (CBCL) erhoben worden. Fast ein Drittel der Kinder (29%) wurde von ihren Müttern als verhaltensauffällig beschrieben. Soziale Probleme zeigten 10% der Kinder. Je ein Sechstel der Kinder zeigten aggressives bzw. delinquentes Verhalten. Ein Zehntel der Kinder litt in auffallendem Maß an körperlichen Beschwerden. 43% der Kinder tendierten zu übermäßigem Essen, 19% essen häufig, 24% manchmal zu viel. 14% der Kinder nässten tagsüber ein. Ein Fünftel zeigte ausgeprägtes ängstliches, depressives Verhalten. Bei 29% der Kinder geben die Mütter an, dass sie dazu tendieren, sich ungewollt zu verletzen. Bei der Hälfte dieser Kinder soll dies häufig vorkommen.

In einer amerikanischen Gesundheitsstudie [23] wurde untersucht, wie viele Krankenhausaufenthalte Kinder alkoholkranker Eltern im Vergleich zu Kindern aus unbelasteten Familien aufwiesen, wie lange diese im Durchschnitt dauerten und welche Indikationen dabei im Vordergrund standen. Während des dreijährigen Beobachtungszeitraums wurden die Gesundheitsstatistiken von insgesamt 1,6 Millionen Versicherten berücksichtigt. Diejenigen erwachsenen Personen, die während der drei Beobachtungsjahre wegen einer alkoholismusbezogenen Diagnose stationär behandelt wurden, galten für diese Studie als alkoholabhängig. Bezüglich ihrer Kinder im Alter bis zu 19 Jahren (bei Studenten und Behinderten wurde der Altersspielraum bis 23 Jahre erweitert) wurden dann die stationären Krankenbehandlungen im gleichen Beobachtungszeitraum analysiert. Es lagen dadurch Daten für 595 Kinder alkoholkranker Eltern vor, denen eine Vergleichsgruppe von 633 Kontrollkindern gegenübergestellt wurde. Die

Zahl der Krankenhausaufenthalte für die Risikogruppe ist um 24,3% höher als für die Kontrollgruppe. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer liegt um 61,7% höher. Die auf diese Behandlungen bezogenen Kosten liegen für die Kinder der Risikogruppe um 36,2% höher als für die anderen Kinder. Von besonderem Interesse sind die Indikationen für die stationären Krankenhausaufenthalte: Für psychische Störungen (insbesondere depressive Reaktionen) liegt die Aufnahmequote der Risikokinder 1,5-mal höher als für Kontrollkinder (9,5% im Vergleich zu 6,3% aller Aufnahmegründe), für Substanzmissbrauch mehr als 2-mal so hoch (3,5% im Vergleich zu 1,5%) und für Verletzungen und Vergiftungen noch um 1,25-mal höher als für die Kontrollkinder (19,4% im Vergleich zu 15,4%).

Direkte und indirekte Transmission der Alkoholstörungen der Eltern

Im Folgenden wird ein Überblick über die *direkten und indirekten Auswirkungen* elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die Entwicklung von Kindern gegeben. Bei den direkten Auswirkungen handelt es sich um Formen offener Transmission (Schädigung von Kindern durch den Alkohol selbst). Im Gegensatz dazu stehen indirekte Auswirkungen (Schädigung von Kindern durch die Verhaltenskonsequenzen des Alkoholmissbrauchs der Eltern) als Formen verdeckter Transmission. Wegen der epidemiologisch größeren Bedeutsamkeit beginnt die Darstellung mit den *indirekten Auswirkungen*. Dies sind solche, die in Interaktion mit Umwelt- und Familienvariablen ihre Pathogenität entfalten.

Schon die *Verschiedenartigkeit der von den Eltern missbrauchten Substanzen* kann Anlass zu einer ätiologisch sinnvollen Unterscheidung sein. So können die Kinder von Eltern, die nicht von Alkohol, sondern von illegalen Drogen (wie z.B. Heroin, Kokain), von psychotrop wirkenden Medikamenten (wie z.B. Benzodiazepinen, Barbituraten) oder Kombinationen verschiedener Substanzen abhängig sind [24], unterschiedliche Erfahrungen machen und differierende Störungen entwickeln. Kinder drogenabhängiger Eltern erfahren häufiger eine Fremdplatzierung, leiden stärker unter der Strafverfolgung der Eltern, erfahren häufiger Vernachlässigung und leben häufiger mit nur einem Elternteil zusammen [25].

Aber auch die konkrete Familienrealität, das *Ausmaß an ehelicher Disharmonie* und *intrafamiliärem Stress* sind gerade in Verbindung mit Alkoholmissbrauch als Trigger ein potenter Risikofaktor für in der Kindheit beginnende Fehlentwicklungen. Insbesondere frühe Verhaltensauffälligkeiten sind bei Kindern von Alkoholikern festzustellen [16]. Es ist dabei davon auszugehen, dass wegen der weitgehenden Unspezifität vieler kindlicher Symptome der ätiologische Hintergrund einer Suchtfamilie bei kindlichen Verhaltensauffälligkeiten oft unberücksichtigt bleibt.

Elterliche Komorbidität [1,26], die *Abhängigkeit beider Elternteile* [27] sowie *mehrgenerationale Suchtstörungen in Familien* („high density families“) [1,28] beeinflussen die Schweregrade kindlicher Psychopathologie negativ. Weitere Faktoren, die vermittelnd auf das Ausmaß kindlicher Schädigungen einwirken, sind *der Zeitpunkt des Beginns und die Persistenz der elterlichen Abhängigkeit* („age of onset“), *das Ausmaß und die Stärke der elterlichen Abhängigkeit*, *das konkrete elterliche*

Erziehungsverhalten (z.B. parental monitoring), *das Ausmaß der familiären Desorganisation und die Häufigkeit und Intensität der ehelichen Trennungsszenarien*, *der sozioökonomische Status*, *die Familiengröße*, *die Beziehung des Kindes zu dem nichtabhängigen Elternteil*, *Kriminalität eines Elternteils* und *das Vorhandensein alternativer Unterstützungssysteme* im Umfeld des Kindes [9]. Auch die mehr oder weniger starke *Exposition mit alkoholisierten und dadurch in ihrem Verhalten veränderten* (z.B. gewalttätigen) Vätern und/oder Müttern ist eine für entwicklungspsychopathologische Fragestellungen wichtige Variable und prognostisch eindeutig negativ. So zeigte sich, dass Kinder in Familien, in denen die Väter in der Zeit des frühen Abends („prime time“) zu Hause exzessiv tranken, die stärksten Schädigungen davontrugen [29]. Ebenso konnten Wolin et al. [30] eruieren, dass *die Aufrechterhaltung von Familienritualen* aus der Zeit vor der manifesten Suchterkrankung eines Elternteils in Suchtfamilien prognostisch günstig für die Entwicklung der Kinder war. Auch Kinder aus *süchtigen Multiproblemtkontexten* weisen stärkere und auffälligere Störungen im Kindesalter auf als andere Kinder aus Suchtfamilien.

Bei den indirekten und langfristigen Effekten auf Kinder in Suchtfamilien scheinen diese eher von *Familienstress* und von der *negativen Familienatmosphäre* herzurühren als vom Alkoholkonsum einzelner Familienmitglieder selbst [31]. Zu den durch den Familienstress und die chronisch negative Familienatmosphäre transportierten Effekten zählen vor allem ein *erhöhtes Konfliktniveau* (zwischen den Eltern, aber auch zwischen Eltern und Kindern), eine *stärkere familiäre Desorganisation* bzw. eine *geringere intrafamiliäre Stabilität* sowie eine *schlechtere Berechenbarkeit und Vorhersagbarkeit* familiärer Prozesse, was zu einer geringeren Kontrollüberzeugung und schlechteren Selbstwirksamkeitserwartung führen kann. Aber auch elterliche Trennungen und Todesfälle sind in alkoholbelasteten Familien häufiger [32], was sich ebenfalls negativ auf die psychische Gesundheit der heranwachsenden Kinder auswirken kann.

Das elterliche Erziehungsverhalten kann stark gestört und desorganisiert sein. Dies trifft, wie zahlreiche Untersuchungen [33; Lieb et al., in diesem Heft] zeigen, besonders für Familien mit zwei suchtkranken Elternteilen zu. Im Einzelnen führt dies zu weniger Eltern-Kind-Interaktionen, schlechterem elterlichem Beaufsichtigungsverhalten („poor monitoring“) und dem Versagen, den Kindern adäquate Entwicklungsstrukturen zu bieten [34]. Eine in diesem Zusammenhang durchgeführte Untersuchung zum Fernsehkonsum von Kindern alkoholabhängiger Väter im Verhältnis zu Kindern aus Normalfamilien [35] erbrachte ein interessantes Ergebnis: Der Vergleich wurde für Kinder der ersten bis sechsten Schulklasse durchgeführt. Insgesamt waren 278 Kinder beteiligt, von denen 60 einen alkoholabhängigen Vater, 99 einen mäßig trinkenden Vater und 119 einen abstinenten Vater hatten. Die 60 Kinder der alkoholabhängigen Väter hatten – unabhängig vom sozioökonomischen Status – einen deutlich erhöhten Fernsehkonsum. Im Einzelnen hatten sie einen bis zu doppelt so häufigen Fernsehkonsum wie die Vergleichskinder. Die Kinder alkoholabhängiger Väter verfolgten durchschnittlich 31 von 72 möglichen Sendungen (meistens Shows) pro Woche im Abendprogramm zwischen 20.00 und 23.00 Uhr („prime time“). Die Vergleichszahlen für die beiden anderen Kindergruppen liegen bei 25 (Kinder mäßig trinkender Väter) und 21 (Kinder

abstinenter Väter). Die Autoren interpretieren den erhöhten Fernsehkonsum der familiär suchtbelasteten Kinder zum einen mit dem Versuch der Kinder, den erlebten intrafamilialen Stress durch exzessiven Fernsehkonsum zu kompensieren. Zum anderen sehen sie die erhöhten Konsumquoten als eine Konsequenz mangelnder elterlicher Beaufsichtigung und Konsequenz. Als ein weiterer Aspekt ergibt sich, dass die Kinder der alkoholabhängigen Väter in den Shows und Filmen auch wesentlich mehr alkoholbezogene Episoden sahen. Da in solchen Sendungen der Alkoholkonsum selten problematisiert, sondern eher funktional positiv dargestellt wird, könnte dies einen nachteiligen Effekt auf die sich entwickelnden kognitiven Strukturen bezüglich Alkohol, Alkoholwirkungserwartungen und Folgen des Alkoholtrinkens haben. Die Kinder der alkoholabhängigen Väter hatten diesbezüglich durchschnittlich 193 alkoholbezogene Episoden gesehen im Vergleich zu 114 bei den Kindern der abstinenten und 123 bei den Kindern der mäßig trinkenden Väter. Die maximale Gesamtzahl der alkoholbezogenen Episoden lag im Beobachtungszeitraum einer Woche bei 282.

Die Stimmung von Erwachsenen in Suchtfamilien kann sich schlagartig ändern. Aufgrund des wechselhaften Verhaltens der Eltern lernen Kinder sehr früh, sich vor den eigenen Eltern in Acht zu nehmen. Dadurch entwickeln die Kinder oft eine sehr scharfe Beobachtungsgabe, damit sie auf die Zeichen eines Verhaltenswechsels frühzeitig und sehr schnell reagieren können. „Kinder in Suchtfamilien werden zu Reagierenden: Sie müssen auf Verhaltensweisen ihrer Eltern sofort anspringen“ [36].

Meist sind die Risikofaktoren elterlicher Verhaltensweisen in Kombination aus *Familienstress* und den *alkoholbedingten Verhaltensveränderungen* anzutreffen und sie wirken sich negativ auf die Kinder aus. Für die Forschung hat dies den Effekt, dass die Analyse rein alkoholkonsumbezogener Transmissionsfaktoren nur sehr schwer möglich ist und dass darüber hinaus die verschiedenen konsumbegleitenden und -konsekutiven Aspekte mehr in den Vordergrund rücken. So zeigt sich in vielen Studien, dass ein enger Zusammenhang zwischen trinkbezogenen Problemen der Eltern und dem intrafamilialen Stress und der elterlichen Disharmonie besteht [16]. Deshalb ist auch davon auszugehen, dass viele Kinder in suchtbelasteten Familien einer Doppel- bzw. Mehrfachbelastung ausgesetzt sind, bestehend z.B. aus intrafamilialem Stress, elterlicher Disharmonie, Trennungs- und Scheidungsszenarien, Gewalthandlungen usw. Sowohl Gewalt erfahren zu haben als auch Zeuge von Gewalthandlungen in der Familie gewesen zu sein, gehört für erwachsene Kinder Suchtkranker häufiger zu den Familienerinnerungen als für Vergleichsprobanden aus normalen Familien [37]. Zu Recht kann daher für Kinder von Suchtkranken die Rede von einer Risikoumwelt sein, die sich im Wesentlichen aus einem Multiproblemmkontext zusammenfügt.

Es ist zur Zeit noch nicht ausreichend klar, wie genau die Tatsache, dass ein schweres Alkoholproblem in der Eltern-generation vorliegt, bei den Kindern Verhaltensprobleme und psychische Auffälligkeiten erzeugt. Klarer hingegen sind die Wirkungen eines früh einsetzenden Alkoholmissbrauchs in einer Familie zu verstehen: Im Sinne einer komplexen *Modelllernkultur* bildet sich für die Kinder – insbesondere wenn es keine schützenden suchtfreien Familienrituale gibt – eine

Familienidentität heraus, die süchtiges Trinken zur Normalität der Konfliktlösung oder gar des Alltags werden lässt. Auf diese Weise können die relativ hohen Quoten für die ab der frühen Adoleszenz einsetzenden Missbrauchs- und Abhängigkeitsprobleme bei Kindern von Alkoholikern verstanden werden.

Wilson & Orford [38] betonen die Spannung, die in einer Familie entstehen kann, wenn die Mitglieder die Stimmungen des möglicherweise schwer betrunkenen suchtkranken Elternteils antizipieren. Zu diesen gehören Aggressivität, Ärger, Verwirrtheit und Depression. Exzessives Trinken kann in Familien für eine stark angespannte Stimmung sorgen, die dann wiederum den Kommunikationsprozess unterbricht oder verdirbt. Dass gerade Familienfeste wie Weihnachten, Ostern, andere hohe Feiertage und Geburtstage in der Familienritualforschung [39] als besonders sensibel für stark belastete Familien gefunden wurden, mag zu einem großen Teil auch an den Veränderungen der intrafamilialen Kommunikation zu solch wichtigen Anlässen liegen, wenn ein Elternteil unter starker Alkoholintoxikation steht. Aber auch Gewalthandlungen treten im Kontext familialen Alkoholismus häufiger auf. Junge Erwachsene, die in einer Familie mit einem alkoholabhängigen Vater aufgewachsen sind, erinnern sich sowohl häufiger daran, selbst physische Gewalt erfahren zu haben, als auch Zeuge von Gewalthandlungen an anderen Familienangehörigen durch den Vater geworden zu sein [37].

Resilienzen

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind [14,38]. 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 gegenübergestellt, 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. 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. Wolin & Wolin [40] identifizieren aufgrund klinischer Interviews insgesamt *sieben Resilienzen*, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können:

- Einsicht, z.B. dass mit dem alkoholabhängigen Vater etwas nicht stimmt;
- Unabhängigkeit, z.B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen;
- Beziehungsfähigkeit, z.B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen;
- Initiative, z.B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten;
- Kreativität, z.B. in Form von künstlerischem Ausdruck;

- Humor, z. B. in Form von Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung;
- Moral, z. B. 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 [14]. Diese Langzeitstudie aus Hawaii lieferte differenzierte Ergebnisse zu Resilienz und protektiven Faktoren für Kinder aus Alkoholismusfamilien. Im Einzelnen ergaben sich folgende individuell wichtige protektive Faktoren:

1. ein Temperament des Kindes, das positive Aufmerksamkeit hervorruft
2. durchschnittliche Intelligenz und ausreichende Kommunikationsfähigkeit, auch im Schreiben
3. stärkere allgemeine Leistungsorientierung
4. eine verantwortliche, sorgende Einstellung
5. positives Selbstwertgefühl
6. internale Kontrollüberzeugung (internal locus of control)
7. Glaube an die Möglichkeit, sich selbst helfen zu können (positive Selbstwirksamkeitserwartung).

Als protektive Faktoren aus dem interaktionalen Bereich kommen hinzu:

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

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Dies steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. „The child's ability to understand that the pain and suffering in the family is unjust and is not his or her fault is an important step in overcoming such a past. The cost of this realization is isolation, but the prize is being freed to think and act independently of the family pathology“ [41].

Ganz allgemein wird die schwierige Situation der Kinder in suchtbelasteten Familien bisweilen auch unter dem Blickwinkel einer Entwicklungs herausforderung („Challenge-Modell“) betrachtet [42]. 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. Empirische Belege kommen neben den bereits erwähnten Langzeitstudien aus Hawaii [14] auch aus einer Langzeitstudie aus Island [43]. Die Lebensläufe der Verwandten einer großen Zahl von Männern, die zwischen 1881 und 1940 wegen Alkoholismus stationär behandelt worden waren, wurden untersucht. Für die Söhne alkoholabhängiger Väter war das Risiko, wegen „Alkoholsucht“ behandelt zu werden, zwar fünf- bis sechsmal höher als für die Söhne unbelasteter Väter. Allerdings fand Karlsson [43] auch eine substanzielle Zahl von Nachfahren, die erfolgreich und angesehen waren: Professoren, Rechtsanwälte, Pfarrer und Parlamentsabgeordnete. Als gemeinsamen Faktor bei diesen erfolgreichen Biografien sieht er „... a

drive to get things done, to make one's influence felt, or to convert others to one's opinion“ [43].

Hilfen

Aus dem gesamten Forschungsstand [1,2,9,16] ist abzuleiten, dass entscheidend für die Pathogenisierung des Kindes in der alkoholbelasteten Familie *die Dauer, Art und Häufigkeit der Exposition gegenüber den Folgen des süchtigen Verhaltens eines oder beider Elternteile* ist. Für die Frage, in welchen Fällen es also zur Transmission einer Störung kommt, sind vor allem Qualität und Quantität der Exposition gegenüber den negativen Folgen der Alkoholabhängigkeit der Eltern entscheidend. Daher sind dies auch die für Prävention und Intervention bedeutsamsten Aspekte.

Prävention und Intervention sollten zur Vermeidung maligner Entwicklungen früh und umfassend erfolgen. Diese Hilfen sind im Optimalfall im Einverständnis mit den Eltern durchzuführen, können jedoch auch bei bestehender Abhängigkeit eines Elternteils notwendig werden. Gerade die Kinder *unbehandelter* suchtkranker Eltern gelten als besondere Risikogruppe [1].

Die meisten generalpräventiven Programme zur Suchtprävention gehen an den Notwendigkeiten und Bedürfnissen der Kinder von Suchtkranken vorbei, da sie nicht deren spezielle Lebenssituation, ihre Erfahrungen und ihre speziellen Entwicklungsrisiken berücksichtigen, sondern vom gesunden oder wenig gefährdeten Kind ausgehen. Deshalb müssen verbesserte, d. h. zielgenauere, primär- und vor allem sekundärpräventive Programme für diese größte bekannte Risikogruppe bezüglich einer Suchtentstehung entwickelt werden. Hinsichtlich der Effektivität *risikogruppenorientierter Prävention* ist auf jeden Fall anzumerken, dass diese schneller und mit geringerem finanziellen Aufwand größere Effekte erzielen kann, da sie überall dort ansetzt, wo ungünstige biopsychosoziale Entwicklungen mit hoher Wahrscheinlichkeit unmittelbar bevorstehen (Primärprävention) oder schon begonnen haben (Sekundärprävention).

Eine ausführliche Darstellung der Hilfen für Kinder alkoholabhängiger Eltern liefern Robinson & Rhoden [41]. In Deutschland sind Hilfen für Kinder alkoholkranker Eltern nur punktuell vorhanden und sie scheitern oft an den strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen. Um eine umfassende, frühe Prävention für diese Risikogruppe zu erreichen, ist jedoch die baldige Überwindung dieser Barrieren unerlässlich.

Literatur

- ¹ Sher KJ. Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. Chicago: University of Chicago Press, 1991
- ² Klein M. Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In: Kruse G, Körkel J, Schmalz U (Hrsg). Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2000
- ³ Coffey TG. Beer Street: Gin Lane. Some views of the 18th-century drinking. J Stud Alcohol 1966; 27: 669–692
- ⁴ Oort AH. Einfluß des Alkoholgenusses der Eltern und Ahnen auf die Kinder. Beiträge zur Kindererziehung 1909; 57: 5–20
- ⁵ Goodwin DW. Alcoholism and heredity. Arch Gen Psychiatry 1979; 36: 57–61

- ⁶ Hesselbrock MN, Hesselbrock V. Relationship of family history, antisocial personality disorder and personality traits in young men at risk for alcoholism. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 619–625
- ⁷ Cork MR. The forgotten children: A study of children with alcoholic parents. Toronto: Addiction Research Foundation, 1969
- ⁸ Schneewind KA. Familienpsychologie Stuttgart: Kohlhammer, 1991
- ⁹ West MO, Prinz RJ. Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychol Bull* 1987; 102: 204–218
- ¹⁰ Lachner G, Wittchen HU. Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg). *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe, 1997
- ¹¹ Cotton NS. The familial incidence of alcoholism. *J Stud Alc* 1979; 40: 89–116
- ¹² Drake RE, Vaillant GE. Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. *Brit J Addict* 1988; 83: 799–807
- ¹³ Regier DA, Farmer ME, Rae D et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990; 264: 2511–2518
- ¹⁴ Werner EE. Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. *J Stud Alc* 1986; 47: 34–40
- ¹⁵ Klein M. Geschlechtssensible Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien. In: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg). *Frauen – Sucht – Gesellschaft*. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, 1999
- ¹⁶ Velleman R. Intergenerational effects – a review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and other problems. II. The intergenerational effects of family disharmony. *Int J Addict* 1992; 27: 367–389
- ¹⁷ Grant BF. Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *Am J Publ Health* 2000; 90: 112–115
- ¹⁸ Klein M, Zobel M. Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, 2001
- ¹⁹ Black C. Mir kann das nicht passieren. Wildberg: Bögner – Kaufmann, 1988
- ²⁰ Simon R, Palazzetti M. Jahresstatistik 1998 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland. EBIS-Bericht für den Zeitraum 1.1.–31.12.1998. *Sucht* 1999; 45 (Sonderheft 1)
- ²¹ Simon R, Palazzetti M. Jahresstatistik 1998 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland. SEDOS-Bericht für den Zeitraum 1.1.–31.12.1998. *Sucht* 1999; 45 (Sonderheft 2)
- ²² Karren-Derber U, Hank P. Wissenschaftliche Begleitung von frauenspezifischen Suchtberatungsangeboten in Rheinland-Pfalz. Mainz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz, 1999
- ²³ Woodside M, Coughy H, Cohen R. Medical costs of children of alcoholics – pay now or pay later. *J Subst Abuse* 1993; 5: 281–287
- ²⁴ Petermann F. Kinder aus Alkohol- und Drogenfamilien. Entwicklungsrisiken und Prävention. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 1995; 43: 4–17
- ²⁵ Hogan DM. Annotation: The psychological development and welfare of children of opiate and cocaine users: Review and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1998; 39: 609–620
- ²⁶ Ellis DA, Zucker RA, Fitzgerald HE. The role of family influences in development and risk. *Alc Hlth Res World* 1997; 21: 218–226
- ²⁷ McKenna T, Pickens R. Alcoholic children of alcoholics. *J Stud Alc* 1981; 42: 1021–1029
- ²⁸ Stoltenberg SF, Mudd SA, Blow FC, Hill EM. Evaluating measures of family history of alcoholism: density versus dichotomy. *Addiction* 1998; 93: 1511–1520
- ²⁹ Seilhammer RA, Jacob T, Dunn NJ. The impact of alcohol consumption on parent-child relationships in families of alcoholics. *J Stud Alc* 1993; 54: 189–198
- ³⁰ Wolin SJ, Bennett LA, Noonan DL. Family rituals and the recurrence of alcoholism over generations. *Amer J Psychiat* 1979; 136: 589–593
- ³¹ Zeitlin H. Children with alcohol misusing parents. *Brit Med Bull* 1994; 50: 139–151
- ³² Nylander I. Children of alcoholic fathers. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1960; 49: Supplement 121
- ³³ Steinhausen HC (Hrsg). *Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer, 1984
- ³⁴ Noll RB, Zucker RA, Fitzgerald HE, Curtis WJ. Cognitive and motoric functioning of sons of alcoholic fathers and controls: The early childhood years. *Dev Psychol* 1992; 28: 665–675
- ³⁵ Brooks PH, Gaines LS, Mueller R, Jenkins S. Children's television watching and their fathers' drinking practices. *Addiction Research* 1998; 6: 27–34
- ³⁶ Lambrou U. *Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit*. Reinbek: Rowohlt, 1990
- ³⁷ Jones DC, Houts R. Parental drinking, parent-child communication, and social skills in young adults. *J Stud Alcohol* 1992; 53: 48–56
- ³⁸ Wilson C, Orford J. Children of alcoholics: Report of a preliminary study and comments on the literature. *Quart J Stud Alcohol* 1978; 39: 121–142
- ³⁹ Bennett LA, Wolin SJ. Familienkultur und Alkoholismus-Weitergabe. In: Appel C (Hrsg). *Kinder alkoholabhängiger Eltern. Ergebnisse der Suchtforschung*. Freiburg: Lambertus, 1994
- ⁴⁰ Wolin S, Wolin S. Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse* 1995; 42: 415–429
- ⁴¹ Robinson BE, Rhoden JL. Working with children of alcoholics. *The practitioner's handbook*. Thousand Oaks: Sage, 1998; 2nd Edition
- ⁴² Zobel M. Kinder aus alkoholbelasteten Familien. *Entwicklungsrisiken und -chancen*. Göttingen: Hogrefe, 2000
- ⁴³ Karlsson J. Mental characteristics of families with alcoholism in Iceland. *Hereditas* 1985; 102: 185–188

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Fachhochschule NW
Forschungsschwerpunkt Sucht
Wörthstraße 10
50668 Köln

E-mail: Mikle@kfhnw-koeln.de