

## **Soziale Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern**

Diplomarbeit von:

**Peter Vogler  
Bahnweg 42  
7320 Sargans  
F 99**

an der:

**FHS  
Hochschule für Technik, Wirtschaft  
und Soziale Arbeit St. Gallen**

**Fachrichtung Sozialarbeit**

Begleitet durch:

**Dr. Marcel Meier Kressig**

**Für sämtliche Inhalte der vorliegenden Arbeit zeichnet ausschliesslich der Autor verantwortlich.**

Sargans, 29. September 2001

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	1
Einführung	2
<b>Teil 1: Allgemeines zur Alkoholproblematik</b>	<b>4</b>
<b>1 Begriffsklärungen</b>	<b>4</b>
1.1 Alkohol	4
1.2 Alkoholismus	5
1.3 Sucht	6
1.4 Alkoholkrankheit	6
1.5 Alkoholmissbrauch	8
1.6 Alkoholabhängigkeit	8
<b>2 Geschichte und Kulturen des Alkohols</b>	<b>10</b>
2.1 Zur Geschichte des Alkohols	10
2.2 Soziokulturelle Bewertungen des Alkohols	13
<b>3 Alkohol in der Schweiz</b>	<b>15</b>
3.1 Alkoholkonsum in der Schweiz	15
3.2 Alkoholabhängigkeit in der Schweiz	16
<b>4 Ursachen von Alkoholabhängigkeit</b>	<b>17</b>
4.1 Der Alkohol als Substanz	18
4.2 Das konsumierende Individuum	19
4.3 Das Sozialfeld	19
<b>5 Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit</b>	<b>20</b>
5.1 Körperliche Auswirkungen	20
5.2 Psychische Auswirkungen	20
5.3 Soziale Auswirkungen	21
<b>6 Zusammenfassung Teil 1</b>	<b>22</b>

<b>Teil 2: Die Kinder von alkoholabhängigen Vätern</b>	<b>23</b>	
<b>1</b>	<b>Das Leben in der Kernfamilie</b>	<b>23</b>
<b>1.1</b>	<b>Alkoholabhängigkeit als Familienkrankheit</b>	<b>23</b>
<b>1.2</b>	<b>Situation und Atmosphäre in der alkoholbelasteten Familie</b>	<b>24</b>
<b>1.3</b>	<b>Das Verhalten der Eltern</b>	<b>26</b>
<b>1.4</b>	<b>Co-Alkoholismus / Co-Abhängigkeit</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>Bewältigungsversuche der betroffenen Kinder</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>Das Rollenverhalten der Kinder</b>	<b>28</b>
<b>2.2</b>	<b>Die einzelnen Rollen</b>	<b>29</b>
<b>2.2.1</b>	<b>Der Held oder der Verantwortungsbewusste</b>	<b>29</b>
<b>2.2.2</b>	<b>Der Sündenbock oder das ausagierende Kind</b>	<b>30</b>
<b>2.2.3</b>	<b>Das verlorene, stille Kind</b>	<b>31</b>
<b>2.2.4</b>	<b>Der Clown / Spassmacher</b>	<b>32</b>
<b>3</b>	<b>Auswirkungen auf die Kinder</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>Direkte Risikovariablen</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>Indirekte Risikovariablen</b>	<b>34</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Selbstwirksamkeit</b>	<b>35</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Interpersonelle Problemlösekompetenz</b>	<b>36</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Soziale Interaktionsfähigkeit</b>	<b>36</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Verhaltenskontrolle</b>	<b>37</b>
<b>3.2.5</b>	<b>Emotionalität</b>	<b>37</b>
<b>3.2.6</b>	<b>Kognition, Intelligenz und Schulleistungen</b>	<b>38</b>
<b>3.3</b>	<b>Die Gefahr der Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit</b>	<b>38</b>
<b>3.4</b>	<b>Geschlechtsspezifika</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>Zusammenfassung Teil 2</b>	<b>41</b>

<b>Teil 3: Die Aufgaben der Sozialen Arbeit mit den betroffenen Kindern</b>	<b>42</b>
<b>1 Die Soziale Arbeit im Praxisfeld Alkoholhilfe</b>	<b>43</b>
1.1 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Alkoholhilfe	43
1.2 Interdisziplinarität	45
<b>2 Die Soziale Arbeit im Praxisfeld Kinder von alkoholabhängigen Vätern</b>	<b>45</b>
2.1 Allgemeine Entwicklung – Ein kurzer Ueberblick	46
2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen	46
2.3 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit den Kindern	47
2.4 Prävention / Gesundheitsförderung	50
2.5 Konkrete Methoden für die Arbeit mit den Kindern	53
2.5.1 Case Management	53
2.5.2 Soziale Gruppenarbeit	54
2.6 MAKS – Das Modellprojekt „Arbeit mit Kindern von Suchtkranken“	56
<b>3 Grenzen</b>	<b>59</b>
<b>4 Zusammenfassung Teil 3</b>	<b>61</b>
<b>Abschliessende Gedanken / Ausblick</b>	<b>63</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>66</b>
<b>Anhang</b>	<b>73</b>

## VORWORT

Viele Kinder von alkoholabhängigen Vätern leiden ihr Leben lang an den Verwundungen, Lügen und Verletzungen, die sie in ihrer Kindheit haben erfahren müssen. Als „Hauptdarsteller in einer versteckten Tragödie“ wurden viele von ihnen um ihre Kindheit gebracht. Oft schon als ganz kleine Kinder werden sie zur Mitszenierung in einem sich zuspitzenden Familiendrama gezwungen. Dadurch lernen sie sehr früh, erwachsener zu handeln als die sie umgebenden Erwachsenen. So müssen sie vor allem Überlebensstrategien und Verhaltensweisen entwickeln, die ihrem Alter keineswegs angemessen sind. Zu oft werden diese Kinder in ihrer unfreiwilligen Isolation und Einsamkeit von der Aussenwelt nur schwach oder gar nicht wahrgenommen. Sie dürfen somit mit gutem Grunde als „vergessene Kinder“ bezeichnet werden, denen auferlegt ist, das „Familiengeheimnis Alkohol“ wie einen Goldschatz zu hüten.

Wie leben diese Kinder in ihren Familien mit einem alkoholabhängigen Vater? Was heisst Alkoholabhängigkeit überhaupt? Welche Aufgaben können sich der Sozialen Arbeit mit den betroffenen Kindern stellen? Diese Grundfragen (und andere mehr) sowie die brennende Aktualität sind ein Grund, weshalb ich meine Diplomarbeit über dieses Thema verfasse. Der zweite (emotional berührende) Grund dafür ist meine nahe Bekanntschaft mit einer betroffenen Familie mit zwei Kindern, in der der Vater alkoholabhängig ist.

Widmen will ich diese Arbeit meinem Freund Joe, der als Sohn eines alkoholabhängigen Vaters in seinem Leben viel hat durchmachen müssen. Er kann heute, nach langen Jahren der Suche nach Stabilität und Geborgenheit, endlich ein geordnetes Leben führen. Er hat eine eigene Alkoholabhängigkeit überwunden, ist verheiratet und stolzer Vater eines gesunden Mädchens.

Bedanken will ich mich ganz herzlich bei meinem Diplomarbeits-Begleiter, Herrn Dr. Marcel Meier Kressig. Ich schätze ihn als Mensch wie als exzellente Fachperson ausserordentlich. Ebenfalls bedanke ich mich bei Sonja Kalberer für ihre prompte Lektoratsarbeit.

## EINFÜHRUNG

Erst seit cirka 15 Jahren entdecken die Fachkreise und die unmittelbar in die Alkoholabhängigen-Hilfe eingebundenen Organisationen verschiedener Richtungen nach und nach, dass Alkoholabhängige auch Kinder haben – dass diese Menschen eben auch Eltern sind. Sehr lange, aus heutiger Sicht zu lange, war der Fokus von Mitarbeitern in diesen Organisationen fast ausschliesslich auf den Abhängigen selbst gerichtet. Mit dem Aufkommen systemtheoretischer Gedanken und deren möglicher Uebertragung auf soziale Zusammenhänge hat sich eine Verlagerung von einem individuumszentrierten Blickwinkel auf einen systemorientierten ergeben. Alkoholabhängigkeit betrifft ausser den Abhängigen selbst immer auch sein soziales Umfeld und dabei insbesondere die nahen Beziehungen, also die Familie und somit natürlich die Kinder dieser Menschen. Alkohol kann nicht nur das Leben des Abhängigen und dessen Partnerin beeinträchtigen oder zerstören, sondern auch das Leben der Kinder, als kleinste und schwächste Mitglieder der Familien, erheblich belasten.

In der vorliegenden Diplomarbeit befasse ich mich in diesem Zusammenhang mit der Frage:

„Welche Aufgaben stellen sich der Sozialen Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern?“

Bei der Bearbeitung und Beantwortung der Frage will ich Potentiale der Sozialen Arbeit aufzeigen. Ich beschäftige mich dabei schwerpunktmässig mit:

- Zielen und Aufgaben
- Methoden
- Grenzen

Zur Gliederung der Arbeit: Im ersten Teil *Allgemeines zur Alkoholproblematik* schaffe ich eine Grundlage zum Verständnis des Themas; dies um es in einen grösseren Zusammenhang einzubetten. Dabei nehme ich mich im ersten Kapitel den Begriffsklärungen im Zusammenhang mit Alkohol an. Dann werfe ich einen Blick auf die Geschichte und die soziokulturellen Bewertungen des Alkohols. Weiters befasse ich mich mit Zahlen und Fakten betreffend der Alkoholsituation in der Schweiz. In den Folgekapiteln 4 und 5 gehe ich auf potentielle Ursachen und Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit ein.

Der zweite Teil trägt die Ueberschrift *Die Kinder von alkoholabhängigen Vätern*. Hier geht es mir im ersten Kapitel um das Leben in der Kernfamilie. Im nächsten Schritt setze ich mich mit

möglichen Bewältigungsversuchen und den diesbezüglichen Rollen der Kinder auseinander. Anschliessend gehe ich auf die Auswirkungen des väterlichen Alkoholismus ein. Am Ende des zweiten Teiles wende ich mich der generationenbezogenen Uebertragbarkeit der Alkoholabhängigkeit zu und befasse mich mit geschlechtsspezifischen Unterschieden.

Der dritte Teil heisst *Die Aufgaben der Sozialen Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern*. Ich beleuchte dabei die Verortung sowie Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit im generellen Praxisfeld Alkoholhilfe. In der Folge steht dann die spezifische Arbeit mit den betroffenen Kindern im Zentrum. Hier gehe ich konkret auf die Fragestellung dieser Arbeit, unter Berücksichtigung der gesetzten Schwerpunkte, ein. Vermerken will ich, dass ich dabei eher breit auf verschiedene Aspekte, Aufgaben, Ziele und Arbeitsgrundsätze der Sozialen Arbeit hinweise. Aufgrund der formalen Rahmenbedingungen für diese Diplomarbeit ist es nicht möglich, all diese Themen vertieft zu behandeln. An den entsprechenden Stellen finden sich aber stets Literaturangaben, durch die dem geneigten Leser eine individuelle Vertiefung möglich wird.

#### **Hinweis zum Sprachgebrauch**

Es würde oftmals umständliche Formulierungen erfordern um dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht sprachlich gerecht zu werden. Doppelformulierungen können das Lesen erschweren. Deshalb habe ich für beide Geschlechter die männliche Form gewählt. Gemeint sind grundsätzlich aber immer Frauen und Männer. Wenn ich jedoch an bestimmten Stellen von Alkoholabhängigen spreche, meine ich in der Regel, dem Thema entsprechend, alkoholabhängige Väter.

## **TEIL 1: ALLGEMEINES ZUR ALKOHOLPROBLEMATIK**

Im ersten Kapitel kläre ich zuerst Begrifflichkeiten, die in der Fachwelt im Kontext von Alkohol gebräuchlich sind. Im zweiten Kapitel beschäftige ich mich mit der Geschichte und den soziokulturellen Bewertungen des Alkohols. Anschliessend gehe ich auf die gegenwärtige Alkohol-Situation in der Schweiz ein. Danach beschreibe ich die möglichen Faktorenbündel, die eine Alkoholabhängigkeit verursachen können. Abschliessend berichte ich von den potentiellen Folgen von Alkoholabhängigkeit.

## 1 Begriffsklärungen

Die folgenden Termini werden in der fachlichen Diskussion im Kontext von Alkohol immer wieder verwendet. Diese beleuchte und beschreibe ich hier konkreter und versuche feine Nuancen und Unterschiede aufzuzeigen. Dies scheint mir aus dem Grunde wichtig, da diese Termini in der Fachliteratur und in der Fachdiskussion recht unterschiedlich und zum Teil kontrovers benutzt werden. Dort, wo es angemessen ist, setze ich die Begriffe miteinander in Verbindung. Dabei geht es mir darum, für diese Arbeit Sinn machende, aber keinesfalls allumfassende Definitionen herauszuarbeiten. Ich konzentriere mich auf die folgenden Begrifflichkeiten:

- Alkohol
- Alkoholismus
- Sucht
- Alkoholkrankheit
- Alkoholmissbrauch
- Alkoholabhängigkeit

### 1.1 Alkohol

Gemäss Wörterbuch (Wahrig 1997, 174) handelt es sich bei *Alkohol als Substanz* um eine „Organ. Chem. Verbindung der aliph. od. aromat. Reihe, in der ein oder mehrere Wasserstoffatome durch ein oder mehrere Hydroxyl-(OH-)Gruppen ersetzt sind, allgemeine Formel  $C_nH_{2n+1}-OH$ ; wichtige Ausgangsprodukte für organ. Synthesen, gute Lackzusätze, Lösungsmittel; (i.e.S.) = Ethylalkohol [*arab. alkoḥl*, Bleiglanz zum Färben der Brauen]“.

Ethylalkohol entsteht durch den Vergärungsprozess von Zucker oder zuckerhaltigen Flüssigkeiten und hat verschiedenste Funktionen. So wird er als Lösungs-, Konservierungs- und Desinfektionsmittel, aber auch als Brenn- und Kraftstoff verwendet. Zudem ist er ein Getränk, ein Nahrungs-, Rausch- und Genussmittel sowie auch ein Gift, das in entsprechenden Dosen tödlich wirkt. Infolge seiner enthemmenden, entspannenden,

angstmindernden und sedierenden Wirkung hat Alkohol ein beachtliches Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential (vgl. Schmid 1997, 60f).

Will man *Alkohol als Droge* einordnen, so gilt Alkohol neben vielerlei Medikamenten und Nikotin zu den legalen Präparaten. Zu den illegalen Drogen gehören, neben vielen anderen mehr, beispielsweise Heroin, Kokain und Cannabis. Diese rechtliche Unterteilung in erlaubte und verbotene Drogen bewirkt eine gewisse Verharmlosung der legalen Drogen und führt oft zu einer undifferenzierten Betrachtung oder gar „Verteufelung“ der illegalen Drogen.

## 1.2 Alkoholismus

Der Terminus *Alkoholismus* wurde vom schwedischen Arzt Huss 1852 geprägt. Er ist aber begrifflich unscharf. In der Alltagssprache umfasst er nämlich zwei Phänomene, die einer klaren Trennung voneinander bedürfen: *Alkoholmissbrauch* und *Alkoholabhängigkeit* (vgl. 1.5 und 1.6). Diese wichtige Unterscheidung findet sich in der Fachwelt erst seit den siebziger Jahren des letzten Jahrhunderts und hat sich seitdem durchwegs bewährt. So ist sie auch in die grossen und bekannten Klassifikationssysteme der Krankheiten wie z. B. in die ICD 10<sup>1</sup> (1990) eingegangen. Heute wird unter *Alkoholismus* nur noch der Begriff *Alkoholabhängigkeit* verstanden (vgl. Feuerlein 1999, 15).

Die Begrifflichkeit *Alkoholismus* steht aber trotzdem heute noch oft für *Alkoholabhängigkeit* und für *chronischen Alkoholmissbrauch*. „Missbrauch ist falscher Gebrauch eines Rechtes, einer Sache oder einer Person und wird von den jeweiligen soziokulturellen Normen bestimmt. Somit ist die Definition Alkoholmissbrauch bzw. chronischer Alkoholmissbrauch, der sich auf Menge, Ort, Zeit und Person beziehen kann, unscharf und in verschiedenen Gesellschaften unterschiedlich. Deshalb sollte unter Alkoholismus ausschliesslich Alkoholabhängigkeit verstanden werden, die mit chronischem Alkoholmissbrauch einhergeht“, argumentiert auch Schmidt (1997, 26).

Gemäss Klein (vgl. Badry, E. / Buchka, M. / Knapp, R. 1999, 495ff) stellt der Alkoholismus seit langem ein dominierendes soziales Problem<sup>2</sup> dar. Alkoholsucht als „soziale Krankheit“ wurde bereits in den 90er Jahren des 19. Jahrhunderts thematisiert. Seine grosse sozialpathologische Bedeutung gewann der Alkoholismus durch den hohen Anteil sozialer Faktoren, die an der Aetiologie beteiligt waren (z. B. Armut, Arbeitslosigkeit, soziale Deklassierung, finanzielle Verschuldung, Wohnungslosigkeit, Geschlechterkonflikte, systematische Ungleichbehandlung uvm.). Zudem sind die vielfach verheerenden Rückwirkungen des Alkoholismus im Sinne einer positiven Rückkopplung auf eben diese Faktoren zu beachten.

---

<sup>1</sup> ICD 10 = International Classification of Diseases, Version 10, 1991 (entwickelt durch die World Health Organisation WHO)

<sup>2</sup> Sidler geht in einer Publikation aus dem Jahre 1989 detailliert auf soziale Probleme ein.

### 1.3 Sucht

„Zur Herkunft und zur Wortgeschichte des Begriffes *Sucht* gibt es gelehrte Abhandlungen und langwierige Diskussionen“ (Stimmer / Müller-Teusler 1999, 17). In der Fachliteratur finden sich dann auch verschiedenste Abhandlungen; von kurz und prägnant bis ausgedehnt und geradezu philosophisch. Es finden sich aber auch fast gegensätzliche Definitionen.

Stimmer / Müller-Teusler (vgl. 1999, 17f) glauben, dass die oftmals verwendeten Ableitungen von *siech* = *krank* und von *suchen* = *sinnsuchend* treffsicher sind. Dies aber nur unter der Bedingung, dass sie nicht als „Entweder-oder“-, sondern als „Sowohl-als-auch“-Formulierungen betrachtet werden. Klein (vgl. Badry, E. / Buchka, M. / Knapp, R. 1999, 495ff) erklärt in diesem Zusammenhang, dass der Begriff *Sucht* aus dem althochdeutschen *Siech*, mit dem *Krankheit* bzw. *krank sein* bezeichnet wurde, entstammt. Er findet heute noch in Begriffen wie *Sehnsucht* („krank vor sehnen“) eine Verwendung. Als Terminus zur Charakterisierung übermäßigen Gebrauchs psychotroper Substanzen ist der Suchtbegriff aber eine Entwicklung der Moderne. Als solcher hat er erst im Verlaufe des 18. Jahrhunderts einen festen Platz in der Umgangssprache erhalten. Klein führt in der gleichen Publikation aber auch an, dass andere Kulturen die in unserem Sprachbereich bisweilen benutzte Doppeldeutigkeit zwischen *Sucht als siechen und suchen* nicht nachvollziehen können. Für sie steht somit allein die Abhängigkeit von einer Substanz und das Nicht-Mehr-Aufhören-Können, diese zu konsumieren, im Vordergrund.

Die WHO empfahl schon im Jahre 1964 den Begriff *Sucht* im Drogenbereich durch *Abhängigkeit* zu ersetzen. Dies aus dem Grunde, weil der Terminus *Sucht* mehrdeutig sei (vgl. Schmidt 1997, 26).

### 1.4 Alkoholkrankheit

Im Jahre 1780 schrieb der schottische Arzt Trotter, dass die „Begierde nach häufiger Trunkenheit eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit“ sei. Damit wurde Trotter zum Vater des Krankheitskonzeptes des Alkoholismus. Dieses wurde auch von E. M. Jellinek<sup>3</sup> wieder aufgegriffen. Im Jahre 1952 beschrieb er aufgrund von Fragebogenuntersuchungen an amerikanischen Alkoholikern 42 Symptome, welche die Grundlage seiner Einteilung des Verlaufes der Alkoholkrankheit in drei Phasen<sup>4</sup> bilden. Mit seiner Veröffentlichung „The Disease Concept of Alcoholism“ im Jahre 1960 schuf er ein Werk, das nach wie vor als die klassische Arbeit zum Krankheitsmodell des Alkoholismus gilt (vgl. Groenemeyer 1999, 201). Es bildet die Grundlage für die heute noch

---

<sup>3</sup> 1963 verstorbener amerikanischer Physiologe und Biostatistiker; Mitarbeiter der WHO. Jellinek gilt als der bekannteste Alkoholismusforscher.

<sup>4</sup> 1. Prodromalphase, 2. Kritische Phase, 3. Chronische Phase. Diesen Phasen geht noch eine präalkoholische Phase voraus. Die detaillierte Beschreibung findet sich im technischen Report der WHO, Serie 48, 1952.

bekannteste Alkoholiker-Typologie<sup>5</sup>, welche Alpha-Trinker (Konflikttrinker), Beta-Trinker (Gelegenheitstrinker), Gamma-Trinker (Süchtige Trinker), Delta-Trinker (Gewohnheitstrinker) und Epsilon-Trinker (Episodische Trinker) unterscheidet.

Wie die Begrifflichkeit *Alkoholsucht* wird auch die Begrifflichkeit *Alkoholkrankheit* heutzutage in der Fachwelt viel diskutiert. Die Deklaration von *Alkoholkrankheit* wird über die Kriterien „Kontrollverlust“ und / oder „Unfähigkeit zu Abstinieren / zur Abstinenz“ vorgenommen. Alkoholabhängigkeit wurde 1968 juristisch als Krankheit anerkannt – dies beruhend auf diesem Krankheitskonzept. Damit wurde die teilweise Bezahlung und die Behandlung durch die Sozialversicherungen geregelt. Bei der Frage, ob die Alkoholabhängigkeit nun eine Krankheit ist oder nicht, scheiden sich die Geister. Dies hängt unter anderem damit zusammen,

- „dass Krankheit je nach Perspektive unterschiedlich definiert wird (naturwissenschaftlich, medizinisch-psychiatrisch, psychologisch, soziologisch),
- dass Alkoholabhängigkeit etwa als erlerntes Fehlverhalten (verhaltenstherapeutische Richtung) verstanden wird oder damit,
- dass das Krankheitsmodell sich an den pharmakologischen Folgeerscheinungen des Missbrauchs orientiert oder damit,
- dass es unklug sei, alkoholabhängige Menschen in die passive Rolle von ‚Kranken‘ zu drängen usw.“ (Stimmer / Müller-Teusler 1999, 19).

Aus heutiger Sicht sollte der Begriff *Alkoholkrankheit* aber klar dort weiter verwendet werden dürfen, wo es zweckmässig ist; beispielsweise dort, wo es um die Bezahlung von notwendigen Behandlungen geht oder dort, wo durch das Wort *Krankheit* Ausgrenzung und Abschottung von Betroffenen verhindert werden kann. Ansonsten sollte der Begriff durch *Alkoholabhängigkeit* ersetzt werden. Alltagssprachlich wird *Alkoholkrankheit* jedoch sehr oft mit *Alkoholabhängigkeit* gleichgesetzt (vgl. Stimmer / Müller-Teusler 1999, 19).

## **1.5 Alkoholmissbrauch**

Bei *Alkoholmissbrauch* liegt ein von den vorgegebenen sozialen Regeln einer Gesellschaft abweichender Konsum vor. In der selben Gesellschaft aber kann der Konsum in verschiedenen Subkulturen durchaus variieren (vgl. 2.2). Die Weltgesundheitsorganisation

---

<sup>5</sup> Ich gehe im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter auf die Typologie ein: Ausgeführt werden die einzelnen Typen in verschiedensten Fachbüchern; zu empfehlen ist natürlich das Originalwerk von Jellinek, aber auch die Ausführungen von Feuerlein (1989).

(WHO 1993) definiert als Missbrauch einer Droge „den einmaligen bis ständigen Konsum einer Droge ohne medizinische Notwendigkeit bzw. in einer übermässigen Dosierung.“

Sehr wichtig ist, dass *Alkoholmissbrauch* klar von *Alkoholabhängigkeit* getrennt wird. Hasin u.a. (vgl. Schmidt 1997, 28) führen diesbezüglich an, dass nicht jeder langjährige Alkoholmissbraucher alkoholabhängig wird. Edwards u.a. (vgl. Schmidt 1997, 28) vertreten die Ansicht, dass nach dem heutigen Wissensstand in der Fachdiskussion Alkoholmissbrauch deutlich von Alkoholabhängigkeit und Alkoholabhängigkeit wiederum strikt von alkoholbedingten körperlichen, sozialen und seelischen Folgeschäden abzugrenzen ist, da diese Schäden auch als Folge von Missbrauch eintreten können.

## **1.6 Alkoholabhängigkeit**

Unterschieden werden grundsätzlich stoffgebundene von nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten. Zu den nichtstoffgebundenen Abhängigkeiten zählen z. B. Arbeitssucht, Fernsehsucht, Internetsucht oder Spielsucht um nur ein paar wenige (aber sicherlich aktuelle) aufzuzählen. *Alkoholabhängigkeit* zählt zu den stoffgebundenen Abhängigkeiten, wie im weitem beispielsweise Heroin-, Kokain- oder Medikamentenabhängigkeiten (vgl. Haushahn 1996, 20). Bei den stoffgebundenen Formen werden dem Körper chemische Substanzen zugeführt, die persönlichkeitsverändernd sind. In diesem Zusammenhang spricht Eisenburg bei nichtstoffbezogenen Formen von „süchtigen Entartungen“ und bei den stoffbezogenen Formen von „chemisch determinierten Süchten“ (vgl. Eisenburg 1988, 14).

Bei *Alkoholabhängigkeit* erscheint für die betroffene Person ein Leben ohne die Droge Alkohol nicht mehr vorstellbar. Es liegt dabei immer ein *Alkoholmissbrauch* vor. Laut der 1991 entwickelten ICD 10 mit acht Kriterien kann die Diagnose *Alkoholabhängigkeit* gestellt werden, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt werden:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren;
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Alkoholkonsums;
3. Alkoholkonsum mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und eine entsprechend positive Erfahrung;
4. Ein körperliches Entzugssyndrom;
5. Toleranzsteigerung;
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol;
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkohols;

## 8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises schädlicher Folgen.

Unterschieden wird zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit, wobei diese sehr oft in einer engen Wechselwirkung stehen:

### Physische Abhängigkeit

Unter physischer Abhängigkeit wird die körperliche Abhängigkeit von einer Droge (hier Alkohol) verstanden. Laut Feuerlein (1989, 5f) ist sie gekennzeichnet „durch das Auftreten von Entziehungserscheinungen (Symptomen, die nach längerem Gebrauch und deren nachfolgendem plötzlichem Absetzen auftreten) und von Toleranz (um die gleiche Wirkung zu erzielen, wird bei längerem Gebrauch eine steigende Dosis erforderlich).“

### Psychische Abhängigkeit

Bei psychischer Abhängigkeit ist die seelische Abhängigkeit von einer Droge (hier Alkohol) gemeint. Feuerlein (1989, 6) versteht darunter „das unwiderstehliche Verlangen nach einer weiteren oder dauernden Einnahme der Substanz, um Lust zu erzeugen oder Missbehagen zu vermeiden.“

Im Klassifikationssystem der DSM III R<sup>6</sup> von 1987 wird nicht mehr zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit unterschieden. Es werden aber Symptome aufgelistet, die insbesondere die psychische Determinante und die Verhaltensebene betreffen, welche für die Bestimmung und das Erkennen der Abhängigkeit massgebend sind (vgl. Feuerlein, 1989, 6)<sup>7</sup>

Zusammenfassend will ich vermerken, dass die Begrifflichkeiten *Alkoholismus*, *Sucht*, *Alkoholkrankheit*, *Alkoholmissbrauch* und *Alkoholabhängigkeit* in der Fachliteratur sehr breit und vielfach synonym verwendet werden. Insbesondere der Terminus *Alkoholismus* wird, obwohl er von der WHO durch die Begriffe *Alkoholabhängigkeit* und *Alkoholmissbrauch* ersetzt worden ist, sehr häufig verwendet. Bei einzelnen Autoren wird aber auch der Begriff *Alkoholkrankheit* als Synonym für *Alkoholismus* breit eingesetzt, was zu Verwirrungen führen kann. Die wichtigste Unterscheidung scheint mir diejenige von *Alkoholmissbrauch* und *Alkoholabhängigkeit* zu sein; *Alkoholmissbrauch* heisst nicht *Alkoholabhängigkeit* – bei *Alkoholabhängigkeit* liegt aber immer *Alkoholmissbrauch* vor.

---

<sup>6</sup> DSM III R = Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association, 1987

<sup>7</sup> Auf diese gehe ich im Rahmen dieser Arbeit aber nicht ein. Feuerlein führt sie in der genannten Publikation detailliert auf.

In dieser Arbeit arbeite ich schwerpunktmässig mit dem Terminus *Alkoholabhängigkeit* und mit dessen Synonym *Alkoholismus*, situativ aber auch mit dem Wort *Sucht*. In Zitaten und in Vergleichen halte ich mich grundsätzlich an die vom jeweiligen Autor gewählte Wortwahl. Weitere Termini verwende ich im Rahmen der oben beschriebenen jeweiligen Definition.

## **2 Geschichte und Kulturen des Alkohols**

Das Ziel dieses Kapitels ist es aufzuzeigen, wie Alkohol in der Menschheitsgeschichte verankert ist. In einem ersten Schritt werfe ich, in Bezug auf den Umgang mit Alkoholkonsum, vorerst einen Blick auf globale geschichtliche Aufzeichnungen von der prähistorischen Zeit bis in die Gegenwart. Hierzu gehört ebenfalls eine, wenn auch kurze und interpretierte, Bewertung des Alkoholikers in unserer Zeit. Danach zeige ich die jeweils spezifische Bewertung von Alkoholkonsum in unterschiedlichen Kulturen bzw. Gesellschaften auf.

### **2.1 Zur Geschichte des Alkohols**

Seit prähistorischen Zeiten wurden alkoholhaltige Getränke in verschiedensten Kulturkreisen hergestellt. Kohlehydrathaltige Flüssigkeiten wie Fruchtsäfte, Getreideabkochungen, seltener auch Honig und Milch, dienten dabei als Basis. Die Menschen machten sich dafür natürliche, hefebedingte Gärungsvorgänge zunutze, die wahrscheinlich rein zufällig entdeckt wurden. Die Resultate waren wein- und bierartige Getränke, ferner Met oder der aus vergorener Milch bereitete Kumys. Diese ersten Alkoholika enthielten, bedingt durch den Gärprozess, schätzungsweise höchstens 15 bis 18% Alkohol (vgl. Feuerlein 1999, 12).

Aus keilschriftlichen Zeugnissen der Sumerer und der Akkader im alten Mesopotamien ist zu erfahren, dass diese vorerst auf Getreide- und später auf Dattelpflanze gebrautes Bier tranken. Im alten Aegypten gibt es um das Jahr 3000 vor Christus Hinweise auf Bierherstellung in der Negade-Kultur.

Im Alten Testament finden sich verschiedene Hinweise über Alkoholkonsum; so unter anderem über den Weinanbau durch Noach nach der Sintflut (vgl. 1. Mose 9.20).

Die chinesische Geschichtsdarstellung spricht bezüglich Alkoholkonsum von drei Frühdynastien. In der bisher noch nicht nachweisbaren Hsia-Dynastie habe der Legende nach der Begründer der Dynastie, Kaiser Yü, vor etwa 4000 Jahren kaum mehr essen und schlafen können, weil er daran zweifelte, ob er für sein Volk ein fähiger Herrscher war. So wurde ihm ein unbekanntes, duftendes Getränk verabreicht. Dies soll dem Kaiser so geschmeckt haben, dass er viele Becher davon trank und somit zum ersten Mal seit langer Zeit seine Sorgen vergessen konnte. Bei diesem Getränk soll es sich um Wein gehandelt haben. Von diesem Zeitpunkt an soll der besagte Kaiser und seine Umgebung häufig Wein getrunken haben. So habe sich das Weintrinken auch unter der übrigen Bevölkerung

verbreitet. In der folgenden Shang-Dynastie war dann das Weintrinken bereits allgemein verbreitet, teilweise ritualisiert und eng mit dem geltenden Ahnenkult verknüpft. Durch die Verbindung der alkoholischen Getränke mit dem Ahnenkult und der staatlichen Regelung des Zeremoniells, täglich alkoholhaltige Getränke zu bereiten, kam es der Überlieferung nach während der anschließenden Chou-Dynastie zu einer allgemeinen Alkoholgefährdung. Auch im antiken Griechenland war Wein ein bekanntes und begehrtes Getränk, das vorwiegend mit Wasser verdünnt getrunken wurde. Während der archaischen Zeit gewann der Dionisioskult an Bedeutung. Die Adelsgesellschaft führte Trinkgelage durch und es entstand eine sogenannte Trinkpoesie (vgl. Schmidt, 1997, 21ff).

Um das Jahr 1000 gelang es im Abendland erstmals, durch Destillation Getränke mit höherem Alkoholgehalt herzustellen. Diese Destillate haben eine weite Verbreitung gefunden. Erst vor wenigen Jahrzehnten wurden in China Überlieferungen gefunden, die besagen, dass dort schon etwa 1000 Jahre früher Methoden angewandt wurden, durch die höherprozentige Alkoholika produziert werden konnte.

Im Altertum und im Mittelalter galten Wein und Bier als alltägliche Durstlöscher. Sie wurden aber auch zum Stillen des Hungers eingesetzt. Wasser, das in den Städten vielfach eine schlechte Qualität aufwies, wurde nur von den armen Leuten getrunken. Man schätzte alkoholhaltige Getränke aber auch wegen ihrer psychoaktiven Wirkung (vgl. Feuerlein 1999, 12). „Im Mittelalter galt es vor allem bei den Männern weithin als medizinisch indiziert, sich einmal im Monat einen Rausch anzutrinken, um durch dadurch erzeugtes Schwitzen, Durchfall oder Erbrechen die ‚schlechten Säfte‘ aus dem Körper zu vertreiben; etwas, was den Frauen durch die monatliche ‚Reinigung‘ möglich war“, führt Eisenburg (1988, 18) an.

Neben eher positiven Haltungen gegenüber dem Alkohol, sind in den westlichen wie in den östlichen Kulturen seit Jahrtausenden auch die negativen Folgen von Alkohol ein Thema. In der Antike warnten schon Platon, Cicero, Cato, Seneca und der Apostel Paulus vor den Risiken übermäßigen Weinkonsums (vgl. Feuerlein 1999, 13).

Im alten China kam es aufgrund der Ausschweifungen während der Chou-Dynastie (siehe oben) gar zu einem Alkoholverbot. Die Prohibition ging dabei soweit, dass jeder, der bei einem Trinkgelage angetroffen wurde, getötet werden sollte.

Die Medizin hatte jahrtausendlang eine ambivalente Haltung gegenüber alkoholischen Getränken. Die vermuteten heilsamen Wirkungen, beispielsweise als Schmerz- und Betäubungsmittel, als „Blutreinigungsmittel“ oder als Mittel gegen „Phlegma“, standen einer Reihe von alkoholbedingten Schädigungen wie „Fallsucht“, „Wassersucht“, Zittern und anderen mehr gegenüber. Das Krankheitskonzept des Alkoholismus nach Thomas Trotter (vgl. 1.4) hatte unter anderem zur Folge, dass einige wenige Ärzte in den folgenden Jahren in Nordamerika auf den Krankheitscharakter der Trunksucht (Dipsomanie) hinwiesen. Damit fanden sie zu jener Zeit jedoch wenig Verständnis, da die Dipsomanie damals hauptsächlich

als moralisches Problem angesehen wurde. Puritanisch geprägte Theologen beispielsweise hatten gegen diese revolutionären Ansichten klare Einwände: Sie hielten daran fest, dass jeder Trinker ein Sünder sei (vgl. Feuerlein 1999, 13f). Auch in Europa wurde die Trunksucht als Ausdruck von Willens- und Charakterschwäche, seelischer Labilität oder im besten Falle noch als ein Symptom psychischer bzw. sozialer Grundstörungen verstanden (vgl. Schmidt 1997, 27). Verschiedene Autoren haben Alkoholabhängigkeit in jener Zeit und auch in den Folgejahren in ihren Publikationen mit stigmatisierenden Aussagen umschrieben. So wurde Alkoholabhängigkeit beispielsweise als „Symptom periodischen Irreseins“ oder als „eine Form psychischer Epilepsie“ beschrieben. Noch im Jahre 1926 verglich Delbrück alkoholabhängige Personen mit „unverbesserlichen Gewohnheitsverbrechern“ (vgl. Schmidt 1997, 27).

Die rasante Entwicklung der Alkoholismusforschung und damit zusammenhängend deren laufend neue Erkenntnisse und Ergebnisse forderten eine vermeintlich notwendige Revision des herkömmlichen Denkens über Alkoholabhängigkeit. Vermeintlich meine ich deshalb, weil Alkoholiker auch in unseren Tagen immer noch sehr unterschiedlich bewertet und sehr oft diskriminiert werden. Von vielen Leuten wie übrigens teilweise auch von Vertretern von Heil- und Hilfsberufen werden sie als Charakter- und Willensschwache, Labile, Asoziale, Sünder, Neurotiker und als Psychopathen beurteilt. Je nach subjektiver Sicht werden sie bestraft, erzogen, belehrt, bekehrt oder behandelt. Das Schicksal des Alkoholabhängigen liegt häufig in der jeweiligen Einschätzung seines Umfeldes, z. B. seines Arbeitgebers, Richters oder Arztes. Die eher ablehnende Einstellung gegenüber Alkoholikern ist mehr als nur Ausdruck mangelnder Information oder unangenehmer Erfahrungen mit ihnen; sie ist auch unbewusste Abwehr. Oft stören Alkoholiker die Illusion von der Harmlosigkeit, der Beschwingtheit und Poesie des Alkoholkonsums. Sie bieten ein breites Projektionsfeld für eigene Unzulänglichkeiten und Schuldgefühle (vgl. Schmidt 1997, 27f).

Die Epidemiologie betreffend kann grundsätzlich festgehalten werden, dass der Alkohol im Laufe der Jahrhunderte einen ständig grösser werdenden Einzug in das Alltagsleben hielt. Sein Genuss manifestierte sich in Sitte und Brauchtum und die Menschen integrierten ihn als Mittel zum Schutz gegen Krankheiten wie auch als Nahrungsmittel. Durch die Industrialisierung zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden moderne Herstellungsverfahren. Somit wurde das Angebot von alkoholhaltigen Genussmitteln, selbst in Nahrungsmitteln (z. B. in Schokolade oder Tee), reichhaltiger, die Mengen grösser, die einzelnen Produkte billiger und dadurch für praktisch alle Bevölkerungsschichten zugänglicher (vgl. Böhmert 1903, 367f).

## **2.2 Soziokulturelle Bewertungen des Alkohols**

„Andere Völker, andere Sitten“ sagt der Volksmund. Der gesellschaftsspezifische Stellenwert von Alkohol entspricht dieser Redewendung meiner Meinung nach recht deutlich. Stimmer (1978, 140) schreibt hierzu: „Die soziokulturelle Bedeutung der Droge Alkohol muss zweifelsohne im Rahmen der allgemeingültigen Werte einer Gesellschaft gesehen werden, das heisst sie steht nicht für sich, abgegrenzt von den anderen Lebensbereichen, sondern in vielfältiger Interdependenz mit diesen verbunden.“

Alkoholkonsum wird nicht in jeder Gesellschaftsform gleich bewertet. Entsprechend den unterschiedlichen Einstellungen und Haltungen erfüllt Alkohol jeweils andere Funktionen. Diese werden den Mitgliedern einer Gesellschaft im Verlaufe der Sozialisation weitergegeben (vgl. Stimmer, 1978, 140). Was die Regelung des Trinkverhaltens, also die Festlegung der Trinknormen angeht, so werden diese von Kindheit an über alle Stufen bis ins hohe Alter vermittelt und bestimmen, wann, wo, was und wieviel zu welchen Gelegenheiten getrunken wird (vgl. Wieser 1973, 115ff).

Um eine Einteilung vorzunehmen, unterscheidet Pittmann (vgl. 1964, 5ff) in vier Kulturtypen, die sich bezüglich der Trinksitten bzw. der kulturellen Haltung bezüglich Alkoholkonsum unterscheiden lassen (vgl. auch Stimmer / Müller-Teusler 1999, 26ff, Feuerlein 1989, 62):

- **Abstinenzkulturen**

Jeglicher Alkoholkonsum ist streng verboten und wird gesellschaftlich negativ sanktioniert. Beispiele sind die islamische und die hinduistische Kultur (abgesehen vom geheimen Trinken). Andere Drogen aber können hier durchaus zugelassen sein.

- **Ambivalenzkulturen**

Hier sind zwiespältige Einstellungen vorherrschend. Es besteht keine eindeutige und übergreifende Vorstellung, die alle Gesellschaftsmitglieder verbindet. Bezogen auf die Gesamtgesellschaft gibt es dagegen jedoch widersprüchliche Regelungen in unterschiedlichen Teilgesellschaften und Subkulturen, die eben nur in diesen Verbindlichkeit haben. Besonders deutlich wird dieser Kulturtyp in den USA, wo beispielsweise Einflüsse des calvinistischen Protestantismus mit einer asketisch-puritanischen Lebensauffassung auf völlig andere Lebenswelten, wie beispielsweise die der Beach- und Party-Freaks in Kalifornien treffen, welche eine geradezu entgegengesetzte Lebensweise vertreten.

- **Permissivkulturen**

Hier steht ein relativ stark ausgeprägtes Gewährenlassen vor. Die Einhaltung von Trinknormen wird dementsprechend also nur relativ kontrolliert. Alkoholkonsum ist grundsätzlich erlaubt, dies aber nicht grenzenlos. Trunkenheit, beispielsweise im Beruf oder im Strassenverkehr, wird abgelehnt und es werden durchaus auch Konsum-Grenzen festgelegt (z. B. im Jugendschutz). Alkoholexzesse und / oder

pathologische Erscheinungsformen des Konsums werden abgelehnt. Hier handelt es sich um eine Einstellung, die modernen Gesellschaften wie der schweizerischen oder deutschen mit ihrer Betonung auf den „mündigen Bürger“ entspricht. Zu diesen „genehmigenden“ Kulturen gehören auch mediterrane Länder wie Italien und Griechenland.

- **Permissiv-funktionsgestörte Kulturen**

Dieser Typ tritt in der Realität bisher glücklicherweise nur angenähert in Erscheinung. Anders als in den Permissivkulturen wird hier nicht nur der Alkoholkonsum, sondern auch die Trunkenheit und die Abhängigkeit gebilligt.

Für Länder wie Schweiz und Deutschland kann gesagt werden, dass es sich bei diesen um eine Mischform aus Permissivkultur und permissiv-funktionsgestörter Kultur handelt. „Während Betrunkenheit im allgemeinen als Zustand verminderter Zurechnungsfähigkeit gewertet wird und damit als strafmildernd gilt, stellt Trunkenheit am Steuer schon für sich genommen ein Delikt dar, ohne dass Schädigungen anderer Personen notwendigerweise damit verbunden sein müssen“ (Berger / Legnaro / Reuband 1980, 19). Daran zeigt sich, wie Alkoholkonsum in diesen Kulturen, beispielsweise aus rechtlicher Sicht, nicht nur bewertet sondern auch sanktioniert wird.

Die Haupteigenschaften aus dem zweiten Kapitel liegen darin, dass Alkohol eine jahrtausende alte, weltweite Tradition hat. In der Geschichte wird stets auch die ambivalente Haltung der Menschen gegenüber dem Alkohol aufgezeigt. Diese ist beispielsweise in der Einstellung der Medizin sehr gut sichtbar (Alkohol als Heilmittel oder als Krankmacher). Beeindruckend ist auch, wie verhältnismässig wenig sich das gesellschaftliche Bild des Alkoholikers im Laufe der Zeit verändert hat. Dies obwohl die Alkoholforschung ständig neue Erkenntnisse liefert und eine Revision des herkömmlichen Denkens über Alkoholabhängigkeit eigentlich angezeigt wäre. Auffällig und bedenklich ist die widersprüchliche soziokulturelle Bewertung von Alkohol in Ländern wie der Schweiz und Deutschland. Interessant und von grosser Bedeutung ist auch, wie dezent sich Alkohol seit der Industrialisierung beispielsweise in Nahrungsmittel „eingeschlichen“ hat. Dadurch wird er praktisch von allen Bevölkerungsschichten in irgendeiner Form (oftmals auch unbewusst) konsumiert.

### **3 Alkohol in der Schweiz**

An dieser Stelle will ich einen generellen Ueberblick zur Alkohol-Situation in der Schweiz geben. Die nachstehenden Zahlen und Fakten für die Schweiz basieren hauptsächlich auf

Statistiken, Erhebungen und Einschätzungen der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) sowie der Eidgenössischen Alkoholverwaltung (EAV).

### **3.1 Alkoholkonsum in der Schweiz**

Der durchschnittliche Alkoholkonsum eines Landes wird durch die Trinksitten, die wirtschaftliche Lage, das verfügbare Einkommen, die Erhältlichkeit der Alkoholika und deren Preis bestimmt. In der Schweiz ist der Durchschnittskonsum alkoholischer Getränke seit Mitte der 80er Jahre gesunken (vgl. Anhang). Mit einem Durchschnittskonsum von 9.2 Litern reinen Alkohols je Einwohner im Jahre 1998 gehört die Schweiz im internationalen Vergleich aber nach wie vor zu den Hochkonsumländern (vgl. Anhang).

Rund 60 Prozent der Personen im Alter von 15 Jahren und mehr konsumieren regelmässig (das heisst mindestens einmal in der Woche) alkoholische Getränke. Zur Hauptsache werden Wein (50 Prozent) und Bier (32 Prozent) getrunken. 16 Prozent werden in Form von Spirituosen konsumiert. Hat der Obstwein (Most) noch vor 50 Jahren eine sehr wichtige Rolle gespielt, ist er heute mit einem Anteil von 2 Prozent am Gesamtkonsum fast ohne Bedeutung (vgl. EAV 1996, 5f, SFA 1999, 3).

Zum Trinkverhalten einzelner Bevölkerungsgruppen hat die SFA Umfragen gemacht. Bei diesen wird gemäss SFA aber nur ein Teil des konsumierten Alkohols erfasst, da sich die Befragungen hauptsächlich an die 15- bis 74-jährigen Personen richten und starke Alkoholkonsumenten sich oftmals entziehen. Die Resultate der Umfragen: 11 Prozent der 15- bis 74-Jährigen trinken rund die Hälfte des in der Schweiz konsumierten Alkohols. 18 Prozent nehmen überhaupt keinen Alkohol zu sich. Die restlichen 71 Prozent konsumieren die verbleibende Hälfte aller alkoholischen Getränke (vgl. SFA 1999, 4).

Die Trinkhäufigkeit betreffend kann gesagt werden, dass Männer häufiger alkoholische Getränke konsumieren als Frauen. Dreiviertel der täglich Alkoholtrinkenden in der Schweiz sind Männer. Doppelt so viele Frauen wie Männer trinken dagegen nie bzw. selten Alkohol (vgl. Gmel 1996, 17ff). Mit zunehmendem Alter erhöht sich der Anteil täglich trinkender Personen (vgl. SFA 1999, 5).

### **3.2 Alkoholabhängigkeit in der Schweiz**

Aufgrund von Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gefährden in der Schweiz etwa 290'000 Männer und 185'000 Frauen durch Alkoholkonsum ihre Gesundheit. In eindeutig gesundheitsschädigender Masse trinken davon cirka 150'000 Männer und 50'000 Frauen. Gesundheitsgefährdender oder gesundheitsschädigender Konsum kann aber nicht grundsätzlich mit Abhängigkeit gleichgesetzt werden, sondern betrifft auch Missbrauch (vgl. auch 1.5 und 1.6). Es darf davon ausgegangen werden, dass ein grosser Teil dieser

Menschen bereits alkoholabhängig oder aber auf dem Wege ist, eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Der CAGE, ein einfaches und leicht durchzuführendes Screening-Instrument, wird für eine grobe Einschätzung von Alkoholmissbrauch und / oder -abhängigkeit angewendet. Er basiert auf vier Fragen<sup>8</sup>. Werden mindestens zwei davon positiv beantwortet, kann bei mehr als 80 Prozent der Befragten davon ausgegangen werden, dass ein regelmässiger Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeit besteht. Werden die Prozentsätze einer schweizweiten SFA-Studie aus dem Jahre 1995 mit 953 Teilnehmenden hochgerechnet, so waren zu jenem Zeitpunkt beinahe 320'000 Personen in einem alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Status. Gemäss SFA lässt diese Untersuchungsanlage gar eher auf eine Unter- als auf eine Ueberschätzung schliessen.

Eine weitere Möglichkeit zur Erfassung der Anzahl von Alkoholismus-Fällen in einem Land bietet die Jellinek-Formel. Die Berechnung basiert dabei auf der Anzahl der Leberzirrhose-Todesfälle. Wendet man diese Formel für die Jahre 1990 bis 1992 an, so gab es damals in der Schweiz cirka 120'000 weibliche und männliche Alkoholiker. Trotz enger Verbundenheit von Leberzirrhose und Alkoholabhängigkeit wird diese Formel in der aktuellen Fachdiskussion stark angezweifelt und kritisiert, da sich die Leber selbst gegenüber langjährigem gesundheitsschädigendem Alkoholkonsum verhältnismässig resistent zeigt. Zudem senken medizinische Interventionen heutzutage das Risiko an einer Leberzirrhose zu sterben. Diese Erhebungsweise gibt somit eher einen Hinweis auf die Fälle mit exzessivem Alkoholkonsum, der weit jenseits der gesundheitsgefährdenden Grenze liegt, als auf die Zahl von Alkoholabhängigen (vgl. SFA 1997, 52f).

Die SFA hält zusammenfassend fest, „dass die in der Schweiz häufig genannte Zahl von 150'000 Alkoholikern und Alkoholikerinnen vermutlich eine drastische Unterschätzung darstellt und dass diese Zahl eher verdoppelt werden muss, mithin ist mit annähernd 300'000 Alkoholabhängigen zu rechnen“ (SFA 1997, 53).

In diesem Kapitel habe ich insbesondere feststellen können, dass die Zahl von Alkoholabhängigen nur sehr schwierig festzustellen ist. Sie beruht auf verschiedenen Messinstrumenten und Einschätzungen. Die Zahl von cirka 300'000 Alkoholabhängigen scheint aber gemäss SFA eine realistische Einschätzung zu sein. Von dieser Zahl jedenfalls wird in schweizerischen Fachpublikationen auch ausgegangen. Schlüssige Zahlen über Kinder von Alkoholabhängigen in der Schweiz sind laut SFA keine vorhanden. Im

---

<sup>8</sup> Die vier Fragen des CAGE lauten:

**C:** Konsum reduzieren / Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?

**A:** Aufgeregt / Hat es Sie auch schon aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren?

**G:** Gewissensbisse / Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums auch schon Gewissensbisse?

**E:** Erwachen / Haben Sie morgens zum Erwachen auch schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?

Vergleichsland Deutschland (ähnlicher Kulturtyp mit fast ähnlichem Alkoholkonsum-Verhalten) leben gemäss Schätzungen bis zu 2'500'000 Alkoholabhängige. Zudem wird davon ausgegangen, dass circa 2'000'000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre in Familien mit wenigstens einem alkoholabhängigen Elternteil leben. Transferiert man dieses Verhältnis in die Schweiz, so leben in unserem Land circa 240'000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre mit mindestens einem alkoholabhängigen Elternteil.

## 4 Ursachen von Alkoholabhängigkeit

Bei den meisten Fachleuten besteht Einigkeit darüber, dass das Bedingungsgefüge für die Ursachen von Alkoholabhängigkeit aus drei grossen Faktorengruppen besteht. Diese will ich hier aufzeigen (vgl. Feuerlein 1999, 18ff):

1. Der **Alkohol** mit seinen spezifischen Wirkungen
2. Das konsumierende **Individuum** mit seinen körperlichen und psychischen Eigenschaften, wie sie sich unter den jeweiligen genetischen Dispositionen im Laufe des Lebens entwickelt haben
3. Das **Sozialfeld**, wozu neben interpersonalen, sozialisierenden Beziehungen auch die beruflichen, wirtschaftlichen Gegebenheiten und traditionsgebundene und religiös orientierte Normen zu rechnen sind

Feuerlein weist im gleichen Werk darauf hin, dass dieses Erklärungsmodell dynamischen Charakter habe und dass es zum Ausdruck bringen wolle, dass sich die verschiedenen Faktorengruppen in unterschiedlicher Weise, auch im Sinne eines Regelkreises, gegenseitig beeinflussen können.

### 4.1 Der Alkohol als Substanz

Wie andere Drogen hat die Substanz Alkohol ein Abhängigkeitspotential. Durch die Einnahme von Alkohol kann ein Zustand entstehen, der als Abhängigkeits-Syndrom umschrieben wird. Das Abhängigkeitspotential von Alkohol gilt als nicht so hoch wie das gewisser Rauschdrogen wie Opiate (z. B. Heroin) oder solcher mit aufputschender Wirkung (z. B. Kokain). Es ist vergleichbar mit demjenigen mancher Beruhigungs- und Schlafmittel wie Benzodiazepinen und Barbituraten. Als entscheidendes Charakteristikum des Abhängigkeits-Syndroms wird die psychische Abhängigkeit (vgl. 1.6) betrachtet. Diese äussert sich durch ein geradezu unstillbares Verlangen, die Zufuhr von Alkohol fortzusetzen oder nach beispielsweise jahrelangem „trockenen“ Intervall den Konsum wieder aufzunehmen. In den letzten Jahren wird in Fachkreisen diskutiert, ob ein „Suchtgedächtnis“ existiert, das für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit von

Bedeutung ist. Es wurden diesbezüglich verschiedene biologische Forschungen betrieben und Theorien entwickelt. Aufgrund anatomischer, physiologischer und pharmakologischer Untersuchungen geht man davon aus, dass im Gehirn ein „Belohnungssystem“ existiert. Dieses ist in bestimmten Regionen des Gehirns lokalisiert und hat etwas mit der Entstehung von emotionalen Prozessen, mit Lust- und Unlustempfindungen zu tun (limbisches System). Es kann auf verschiedene Weisen aktiviert werden: Einerseits durch elektrische Stimulation oder durch natürliche „Belohner“ wie etwa wohlschmeckende Nahrung, sexuelle Reize oder bestimmte Schmerzarten. Besonders stark spricht es aber auf spezifische chemische Stoffe mit einem Abhängigkeitspotential (hier Alkohol) an. Moduliert wird die Aktivierung des Belohnungssystems vor allem durch Neurotransmitter<sup>9</sup> wie Dopamin. Weitere wichtige Modulatoren beim Alkoholkonsum sind die GABA-ergen Substanzen und Glutamat. Ebenso spielen endogene Opiate (Endorphine) und Stresshormone, die in bestimmten Hirnregionen gebildet werden, eine Rolle bei der Entstehung des Alkoholverlangens (vgl. Feuerlein 1999 25f). Es ist grundsätzlich schwierig zu definieren, wo die Grenze zur Abhängigkeit wirklich liegt. Die Wirkung und die Verträglichkeit der Substanz Alkohol kann interpersonal wie aber auch intrapersonal bei einmaliger und bei wiederholter Zufuhr stark variieren (vgl. Feuerlein 1999, 22ff).

## **4.2 Das konsumierende Individuum**

Nur ein Teil der alkoholkonsumierenden Personen werden alkoholabhängig. Somit ist davon auszugehen, dass die wichtigsten Faktoren für die Entstehung einer Abhängigkeit im Individuum selbst liegen (vgl. Schmidt 1997, 61f). Hierzu gibt es verschiedenste (beinahe unzählige) Theorien. Methoden wie Zwillings- und Adoptivstudien führten zum Ergebnis, dass die Herkunftsfamilie und die damit zusammenhängende Somatik / Bio-Genetik eine Rolle spielen. Das kann heissen, dass eine Abhängigkeit somit beispielsweise genetisch (mit)bedingt sein kann. Im weitem wurde mit psychoanalytischen / psychodynamischen, lern- und verhaltenspsychologischen wie (wenn auch eher selten) mit anthropologischen Methoden herausgefunden, dass eine Alkoholabhängigkeit auch ein erlerntes Verhalten sein kann (vgl. Lürssen 1976, 838ff, Antons / Schulz, 1976, 204ff, Schönpflug / Schönpflug 1989, 317ff, Feuerlein 1989, 80f, Kielholz / Ladewig 1972, 23).

---

<sup>9</sup> Neurotransmitter sind Botenstoffe, die auf chemischem Weg die Reizübertragung zwischen den Nervenzellen vermitteln. In den letzten Jahrzehnten wurden davon etwa einhundert entdeckt. Sie lassen sich in mehrere Gruppen einteilen. Zwei der wichtigsten Gruppen sind solche, die die

### **4.3 Das Sozialfeld**

„Warum produziert eine gegebene Gesellschaft ein bestimmtes Mass an Alkoholikern?“ heisst laut Antons / Schulz (1976, 225) die soziologische Grundfragestellung zur Aetiologie des Alkoholismus.

Gesellschaftliche Faktoren können das Trinkverhalten und damit auch die Trinkmenge beeinflussen. Die leichte Verfügbarkeit und unmittelbare Griffnähe von Alkoholika ermöglichen z. B. in einer alkoholpermissiven Gesellschaft (vgl. 2.2) ausgiebigen Alkoholkonsum, ohne dass zunächst mit gesellschaftlicher Achtung oder Sanktion gerechnet werden muss. Damit kann das Risiko, abhängig zu werden, gesteigert werden (vgl. Schmidt 1997, 62f). Nebst den soziokulturellen Einflüssen können Aenderungen im sozialen Umfeld, die das Erleben der Person positiv oder negativ beeinflussen, Faktoren im Bedingungsgefüge bilden. Es bestehen Studien, die auf den Zusammenhang von Alkoholismushäufigkeit mit Beruf und sozialer Schicht hinweisen. Ein grosses Augenmerk haben die Wissenschaftler seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts auf die sozialpsychologischen Einflüsse der Ursprungsfamilie, von Partnern und Angehörigen, auf die Alkoholabhängigkeit gesetzt (vgl. Feuerlein 1999, 39ff, Schmidt 1997, 62f).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass monokausale Modelle (rein biologische, psychologische oder soziologische) allein die komplexen Ursachen von Alkoholabhängigkeit nicht erklären können. Nur eine multifaktorielle, systemische Sichtweise (eine biopsychosoziale Sicht) kann der Vielfalt von Gegebenheiten gerecht werden. Die einzelnen Bedingungsfaktoren Alkohol, konsumierendes Individuum und Sozialfeld müssen im Zusammenhang als dynamische Faktoren betrachtet werden, die voneinander abhängen und sich wechselseitig beeinflussen.

## **5 Auswirkungen von Alkoholabhängigkeit**

Die Fachwelt ist sich grundsätzlich darüber einig, dass Alkoholabhängigkeit, aber auch Alkoholmissbrauch, zu Schädigungen der körperlichen Gesundheit, zu psychischen Störungen und zu sozialen Schwierigkeiten führen kann. Diese drei Bereiche will ich hier kurz beleuchten.

### **5.1 Körperliche Auswirkungen**

Die Zahl der körperlichen Krankheiten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit zurückzuführen sind, hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte erheblich vergrössert. Zu bedenken gilt es aber auch, dass die meisten sogenannten Alkohol-Folgekrankheiten auch andere Ursachen als den Alkohol haben

---

Nerventätigkeit aktivieren (z. B. Glutamat), und solche, die sie hemmen. Dazu gehört vor allem das

können. Zudem muss die unterschiedliche individuelle Verträglichkeit des Alkohols berücksichtigt werden (vgl. 4.1). Folgende alkoholbedingte Krankheiten werden unter klinischen Gesichtspunkten der Häufigkeit und ihren praktischen Konsequenzen nach am meisten diagnostiziert: Akute Alkoholvergiftung, Alkohol-Entzugs-Syndrom, Erkrankungen der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der oberen Verdauungswege, des Magens und des Darms, des Herz-Kreislaufsystems, der Muskeln und Knochen. Weiters kann es zu Krebserkrankungen, zu Erkrankungen der Atemorgane, erhöhter Infektionsanfälligkeit, Veränderungen des blutbildenden Systems, zu Stoffwechselstörungen und zu Veränderungen des Hormonsystems kommen. Das Nervensystem gehört zu den Organen, die besonders häufig und intensiv durch Alkohol geschädigt werden (als Beispiele: Entzündungen, Hirnveränderungen). Die Alkoholembryopathie (fötales Alkoholsyndrom) kann die ungeborenen Kinder von alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Frauen betreffen (vgl. Feuerlein 1999, 46 ff, Feuerlein / Dittmar, 1978, 9ff).

Laut der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) ist bei Männern im Alter von 30 bis 44 Jahren Alkoholismus die in der klinischen Praxis am häufigsten diagnostizierte Haupt- oder Nebendiagnose. In dieser Altersgruppe wird Alkoholismus etwa jedem zehnten Patienten haupt- oder nebendiagnostiziert. Auch bei Frauen nimmt Alkoholismus einen der vorderen Plätze ein; allerdings nicht in einer solchen Deutlichkeit wie bei den Männern (vgl. SFA 1999, 14).

## **5.2 Psychische Auswirkungen**

Im psychischen Bereich können durch Alkohol ausgelöste Hirnschädigungen Störungen des Gedächtnisses (als Beispiel: Gedächtnislücken; sogenannte „Filmrisse“) hervorrufen. Es kann eine allgemeine Verlangsamung eintreten, die Urteils- und Kritikfähigkeit kann nachlassen und es kann zu einer Veränderung des Gefühlslebens mit Enthemmung, Rührseligkeit und zunehmender Gleichgültigkeit kommen (vgl. Feuerlein / Dittmar, 1978, 12f). Laut Schmidt (1997, 174f) zahlen Alkoholmissbraucher und -abhängige nahezu ausnahmslos einen schweren emotionalen Preis: „Fortgesetzte Niederlagen aus oft jahrelangen vergeblichen Bemühungen, das Trinken wieder unter Kontrolle zu bekommen, und Diskriminierungen durch das Umfeld, aufgrund akuter Folgen des Alkoholkonsums, verletzen zunehmend das Selbstwertgefühl.“ Eine fortschreitende Ich-Schwächung kann nicht nur zu Isolierungs- und Flucht Tendenzen, erhöhter Empfindlichkeit, mangelhafter Impulskontrolle, Stimmungslabilität mit gehäuften Depressionen und zur Ambivalenz zwischen Passivität und Aggression führen, sondern auch zur kompensatorischen, künstlichen Aufblähung des Ichs mit vorübergehend auftretenden Omnipotenzgefühlen, Exhibitionismus und Narzissmus (vgl. Fox 1966, 141).

---

sogenannte GABA-erge System (GABA = Gamma-Amino-Butyro-Acid).

### **5.3 Soziale Auswirkungen**

Alkoholabhängigkeit, aber auch akuter und chronischer Missbrauch, können zu zahlreichen, vielfältigen Störungen im sozialen Bereich führen. Diese sollen an dieser Stelle aber nur angerissen werden. Sie betreffen vornehmlich die Familie (speziell Partner und Kinder), ausserfamiliäre soziale Kontakte, den Beruf und Arbeitsplatz und die damit zusammenhängende wirtschaftliche (finanzielle) Situation, die Verkehrstüchtigkeit, die Kriminalität, allfällige suizidale Handlungen wie auch die volkswirtschaftlichen Kosten (vgl. Feuerlein / Dittmar 1978, 15ff, Feuerlein 1999, 62ff, Schmidt 1997, 164ff). Die Auswirkungen / Folgen auf die Familie und hier insbesondere diejenigen auf die Kinder zeige ich im zweiten Teil dieser Arbeit konkret auf. Sämtliche sozialen Folgen können sich gegenseitig beeinflussen und verstärken. So wirkt sich beispielsweise die Arbeitslosigkeit eines alkoholabhängigen Vaters auf seinen Konsum aus, was wiederum verschiedene Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem haben kann (finanzielle Situation, Präsenz des Vaters und vieles mehr).

Dieses Kapitel betreffend will ich festhalten, dass die körperlichen, die psychischen und die sozialen Folgen ineinander greifen, sich wechselseitig beeinflussen und / oder verstärken können (so entstehen beispielsweise auch psychosomatische Erkrankungen). Die einzelnen Auswirkungen sollten somit nicht isoliert, sondern stets in einem Zusammenhang betrachtet werden. Eine Anmerkung: In der Schweiz kann mehr als jeder 20. Todesfall dem Alkohol zugeschrieben werden. Jedes Jahr sterben nahezu 3'500 Personen – das sind rund zehn Personen pro Tag – an den Folgen von Alkoholkonsum (vgl. SFA 1997, 72).

## **6 Zusammenfassung Teil 1**

Die im ersten Teil beinhalteten Kapitel betrachte ich als Basiswissen für die weiteren Teile dieser Arbeit. Mit den Begriffsklärungen (erstes Kapitel) soll auf mögliche Gefahren der Stigmatisierung von alkoholabhängigen Personen, beispielsweise durch den unpassenden Gebrauch eines Terminus in einem bestimmten Kontext, aufmerksam gemacht werden. Ein rudimentärer Einblick in die Geschichte (zweites Kapitel) soll einen Hinweis auf die immense Reichweite des Phänomens Alkohol geben und die diesbezügliche jahrtausende alte Tradition aufzeigen. Die soziokulturelle Sicht auf den Alkoholkonsum soll verständlich machen, wie unterschiedlich dieser, je nach Gesellschaft und / oder Subgesellschaft, bewertet wird. Vor allem aber soll sichtbar werden, welche widersprüchliche Haltungen in Ländern wie der Schweiz und Deutschland vorherrschen. Die Beschreibung der Situation in der Schweiz (drittes Kapitel) hat zur Aufgabe, eine kurze Analyse der Lage in unserem Land

wiederzugeben. Mit dem Blick auf mögliche Ursachen (viertes Kapitel) von Alkoholabhängigkeit können allenfalls erste Gedanken über Präventionsansätze verbunden werden. Die möglichen Folgen einer Alkoholabhängigkeit (fünftes Kapitel) sollen die Multidimensionalität der Auswirkungen ansprechen. Sie kann auch einen Hinweis auf die Vielfalt der (interdisziplinären) Arbeitsfelder im Themenfeld Alkoholabhängigkeit geben.

## **TEIL 2: DIE KINDER VON ALKOHOLABHÄNGIGEN VÄTERN**

Kinder von Alkoholabhängigen gelten nach wie vor als eine weitgehend vernachlässigte Problemgruppe in Forschung und Praxis. Auf einer Darstellung, die der niederländischen Abstinenzbewegung des 19. Jahrhunderts entstammt, ist ein verzweifertes Kind zu sehen, das zusammen mit seiner Mutter versucht, den Vater auf der Eingangsstufe eines Restaurants vom Besuch dieses abzuhalten. Auch wenn erahnt werden kann, wie wenig erfolgreich dieser Versuch gewesen sein dürfte, wirft er doch ein interessantes und historisch frühes Schlaglicht auf die Rolle der Kinder in Alkoholikerfamilien des Industriezeitalters.

Ein Einblick in das Leben in der Familie mit einem alkoholabhängigen Vater soll die Grundlage für diesen zweiten Teil bilden. Anschliessend beschäftige ich mich mit den Rollen, welche die betroffenen Kinder als Bewältigungsversuche einnehmen. Danach zeige ich in der Forschung erkannte, potentielle Risikovariablen / -faktoren auf. Auf die damit in Zusammenhang stehenden möglichen körperlichen und psychosozialen Auswirkungen und

Folgen für die Kinder komme ich ebenfalls zu sprechen. Am Schluss dieses zweiten Teiles widme ich mich einem äusserst wichtigen Thema: Der Gefahr der Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit durch die betroffenen Kinder. Anmerken will ich hier, dass ich in den folgenden Darstellungen nicht beabsichtige, „typische“ Verhaltensweisen und Situationen der Kinder zu beschreiben, da kindliche Entwicklungsprozess nie eindimensional verlaufen. Aus dem vorhandenen Literaturmaterial versuche ich, eine Uebersicht zu erarbeiten. Teilweise können dadurch einzelne Themen nicht strikt voneinander getrennt werden. Somit sind gewisse Ueberschneidungen und Wiederholungen nicht zu vermeiden.

## **1 Das Leben in der Kernfamilie**

Im ersten Kapitel lege ich den Fokus auf die Kernfamilie. Dabei werfe ich zuerst einen systemischen Blick auf die Familie und zeige auf, weshalb bei der Alkoholabhängigkeit eines Vaters von der Erkrankung des gesamten Familiensystems ausgegangen wird. Im Anschluss daran versuche ich einen Einblick in die Situation und Atmosphäre in der betroffenen Familie zu vermitteln. Dann komme ich auf die Rolle der Eltern, konkret des abhängigen Vaters und der co-abhängigen Mutter, zu sprechen. Zum Abschluss des Kapitels gehe ich noch kurz auf das Phänomen der Co-Abhängigkeit ein.

### **1.1 Alkoholabhängigkeit als Familienkrankheit**

Die Fachwelt ist sich heute darüber einig, dass bei der Alkoholabhängigkeit eines Vaters (oder einer Mutter) stets das gesamte Familiensystem betroffen ist. Daher spricht man bei Alkoholismus von einer Familienerkrankung. Aus systemischer Sicht wird somit bei einer betroffenen Familie von einer „Erkrankungseinheit“ (vgl. Schmidtobreck 1974, 336) gesprochen. Es gilt das Postulat: „Wo ein Abhängiger ist, ist auch eine kranke Familie“. Arenz-Greiving (vgl. 1998, 38) betont aber, dass es „die Alkoholikerfamilie“ schlechthin nicht gibt. Vielmehr ist ein individueller Blick auf die persönliche Lebens- und Suchtgeschichte der Betroffenen notwendig. Die Entwicklungsverläufe und die Kompensationsmöglichkeiten können sehr unterschiedlich sein. Das Ausmass einer Störung hängt vom Grad der Störung in der jeweiligen Familie ab.

Die Familie mit einem alkoholabhängigen Vater nimmt nicht nur an den Schwierigkeiten seiner Abhängigkeit teil, sie kann auch durch seinen beruflichen und sozialen Abstieg erheblich belastet werden (vgl. Köppl / Reiners 1987, 13). Die Abhängigkeit des Vaters löst einen umfassenden Veränderungsprozess im Gesamtsystem aus. Zwischen der Abhängigkeit und dem Alltag in der Familie bestehen Wechselwirkungen. Die soziale Isolation wird grösser, finanzielle Probleme können beispielsweise durch einen Arbeitsverlust entstehen und die Kommunikationsfähigkeit und damit die Beziehung der Eltern verschlechtert sich zusehends. In dem Masse wie der abhängige Vater die Kontrolle über

sein Leben verliert, gewinnt er seine Kontrolle über die Familie. So steht er bald im Mittelpunkt, zieht die volle Aufmerksamkeit und Zuwendung auf sich und installiert Regeln, welche die Mutter und die Kinder dann einhalten (vgl. Arenz-Greiving 1998, 9f). Diese Regeln hat Black (1988, 43ff) kurz und prägnant zusammengefasst: „Rede nicht, traue nicht, fühle nicht!“ Kinder alkoholabhängiger Väter sind angehalten, ihr Verhalten nach diesen Regeln auszurichten. Sie lernen diese früh und intensiv. Diese Regeln werden durch Blicke, Gesten und Reaktionen unausgesprochen vermittelt. Sie halten das Familiensystem geschlossen und blockieren die individuelle Entwicklung jedes Familienmitgliedes. Der Ausprägungsgrad der einzelnen Regeln ist familienspezifisch (vgl. Arenz-Greiving 1998, 26).

## **1.2 Situation und Atmosphäre in der alkoholbelasteten Familie**

Die Fachpersonen sprechen in der Suchtfamilie von einer Atmosphäre, in der Angespanntheit, Unruhe, Angst, Verunsicherung, Hilflosigkeit und emotionale Kälte vorherrschen (vgl. Arenz-Greiving 1998, Köppl / Reiners 1987, Klein / Zobel 1997 und andere mehr).

Jedes Familienmitglied erlebt die Abhängigkeit des Vaters hautnah; niemand kann sie übersehen: Alkohol und Erbrochenes riecht man! Ein betrunkenen Vater kann hemmungslos weinen oder laut und bedrohlich mit jedem streiten, der ihm über den Weg läuft. Seine Stimmung kann rasant, ohne erkennbare Ursache, von einer Euphorie in eine Depression wechseln. Ein Kind kann so nie wissen, was in der nächsten Stunde genau passiert. Die Gespräche zwischen Vater und Mutter arten fast immer in Streitereien aus. Der Vater muss aus dem Restaurant, aus dem Bekanntenkreis oder da, wo er eben gestrandet ist, abgeholt werden. Die Kinder werden beispielsweise nachts allein gelassen oder sie werden zum Begleitschutz mit ins Restaurant geschickt. Kommen sie dann ohne den Vater wieder heim, werden sie von der co-abhängigen Mutter (vgl. 1.4) ausgeschimpft. Die Kommentare der Nachbarn und / oder der Mitschüler, die den betrunkenen Vater z. B. schwankend und lallend gesehen haben, werden immer unüberhörbarer. Dennoch wird gerade in der Familie selbst, also dort wo alle Bescheid wissen, beharrlich geschwiegen. Die nichttrinkende, co-abhängige Mutter verheimlicht die Sucht vor den Kindern. Diese verstehen den Hinweis, nehmen ihn in ihr Verhaltensrepertoire auf, und schweigen ebenfalls. So kann es kommen, dass selbst Geschwister sich nicht über das Trinken des Vaters austauschen (vgl. Lambrou 2000, 26). In der Fachliteratur wird dieses Schweigen und die Grundhaltung „Niemand soll es merken“ einheitlich als auffälliges Merkmal einer betroffenen Familie bezeichnet. Für die Kinder kann diese auferlegte Wahrung des Familiengeheimnisses besonders belastend sein. Für sie kann das heissen, dass sie in der Schule die Familiensituation vertuschen müssen. Es kann weiter heissen, dass sie – falls es ihnen überhaupt gelingt, Kontakt zu Gleichaltrigen aufzunehmen – niemanden spontan mit nach Hause bringen können oder dürfen. Somit

können den Kindern folgende wichtige Kompensationsmöglichkeiten für die Belastung zu Hause fehlen: Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen, Erwerb sozialer Kompetenzen, Selbstachtung durch den Kontakt mit anderen, Entlastung durch „Ausheulen“ und vor allem die Orientierung an Modellen, die weniger mangelhaft sind als dasjenige der Eltern (vgl. Arenz-Greiving 1998, 14).

Der ängstlich-gespannten Erwartungshaltung in der Familie wird auch dadurch Rechnung getragen, dass die Kinder beispielsweise vom alkoholisierten Vater wegen Nichtigkeiten bestraft werden, er aber andererseits in nüchternem Zustand der beste und liebevollste Vater sein kann. So ist das Kind stets darauf bedacht, sich der Stimmungs labilität des Vaters anzupassen. Es beobachtet jede Situation genau und versucht sein Verhalten darauf abzustimmen (vgl. Köppl / Reiners 1987, 22). Die Unbeständigkeit des väterlichen Verhaltens wirkt sich klar auf dessen Erziehungsstil aus. Ein betrunkenere Mensch fühlt und handelt oftmals ganz anders als im nüchternen Zustand. Zudem hat ein Alkoholabhängiger ein starkes Bedürfnis nach Kompensation von Schuldgefühlen. Im erzieherischen Kontext greift der abhängige Vater so im Rausch beispielsweise autoritär und rigide durch, um dann in nüchternem Zustand eine Laissez-faire- oder gar eine völlig vernachlässigende Haltung einzunehmen, durch die den Kindern kritiklos alles erlaubt wird. Die co-abhängige Mutter verhält sich übrigens oft genauso unbeständig (vgl. Müller 1991, 70ff). Um kindliches Fehlverhalten zu korrigieren, kann es auch zu explosionsartigen Wutausbrüchen kommen, in denen exzessiv und unkontrolliert körperliche Gewalt angewandt wird (vgl. Schulenburg 1982, 60). Für die Kinder sind unter diesen Umständen sehr oft sympathische und antipathische Einstellungen gleichzeitig vorhanden oder wechseln sehr rasch, je nach dem aktuellen Verhalten des Vaters. Einmal stehen sie voll auf seiner Seite und machen die Mutter für sein Trinken verantwortlich, ein anderes Mal halten sie zur Mutter und verachten den Vater wegen seiner Trinkerei (vgl. Köppl / Reiners 1987, 14f).

### **1.3 Das Verhalten der Eltern**

Um die möglichen Ursachen und Folgen der Fehlentwicklungen von Kindern von alkoholabhängigen Vätern einschätzen zu können, ist es wichtig, kurz auf die Bedingungen einer gesunden Entwicklung einzugehen und den Anteil des Vaters wie auch den der co-abhängigen Mutter daran aufzuzeigen.

Eine Autonomie des Kindes im Erwachsenenalter ist weitgehend vom Erziehungsverhalten der Eltern abhängig. Lernfähigkeit, Leistungsorientierung, Initiative, Intelligenz, Autonomie oder Liebesfähigkeit sind in grossem Masse von der Stabilität und Konsistenz der frühkindlichen Umwelt abhängig. So ist es erforderlich, dass die Eltern zu ihrem Kind eine hinreichend intensive Beziehung haben, die von positiver und affektiver Zuwendung begleitet wird (vgl. Liptow 1975, 2). Die grundlegenden Verhaltensweisen eines Kindes haben sich

zwischen dem sechsten und achten Altersjahr eingeschliffen. Zu diesem Zeitpunkt ist das Kind noch völlig auf die Eltern als Bezugspersonen angewiesen. Im späteren Leben werden die Verhaltensweisen dann zwar variantenreicher; sie bauen aber immer auf dem erlernten Grundverhalten auf (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1980, 247). Eine zufriedenstellende Säuglingszeit legt den Grundstein für Vertrauen. Eine ausreichende Zuwendung in der Kleinkindzeit führt zu Autonomie und zu einem Vertrauen in die eigene Fähigkeit, auf die Wünsche anderer Menschen einzugehen. Erlebt ein Kind seine ersten Schuljahre relativ angstfrei, kann es später Bedürfnisse nach Leistung und Teamarbeit entwickeln. Verläuft die Adoleszenz befriedigend, kann der junge Mensch ein ausgeprägtes Gefühl nach eigener Identität entwickeln und kann mit sich selbst und seinen getroffenen Entscheidungen zufrieden sein. Probleme und Schwierigkeiten, welche die Entwicklung des Kindes in irgendeiner Weise beeinträchtigen, können in jeder Familie auftauchen. Der springende Punkt dabei ist, dass die Familie zur Kompensation dieser Probleme fähig ist. Man darf gemäss heutigem Forschungsstand davon ausgehen, dass in der Alkoholikerfamilie die Ausgangsposition für eine optimale kindliche Entwicklung nicht gegeben ist (vgl. Köppl / Reiners 1987, 19).

Das Kind benötigt zum Aufbau einer eigenen Identität ein Klima emotionaler Stärke, welches vom Vater ausgehen soll. Entzieht sich der Vater dieser Rolle, steht er den Kindern nicht mehr zu der zur Reifung nötigen Auseinandersetzung zur Verfügung. Der alkoholabhängige Vater gestaltet sich in seiner Rolle noch diffuser: Nicht nur, dass er sich den Kindern entzieht, er verkörpert zudem ein völlig verkehrtes Bild einer „lebendigen Autorität“ (zu diesem Begriff vgl. Affemann 1981, 3), eines Leitbildes und einer Orientierungsfigur (vgl. Köppl / Reiners 1987, 19f). „Bei einem Kind, das im Trinkermilieu heranwächst, muss im allgemeinen immer mit einer seelischen Fehlentwicklung gerechnet werden“, schreibt Stahl (1967, 52). Dabei gilt es aber noch zu beachten, dass kindliche Schädigungen nicht nur in Alkoholikerfamilien auftreten, sondern auch in anderen Familien, die in ungeordneten Verhältnissen leben. Somit ist nicht die Alkoholabhängigkeit des Vaters als solche für mögliche seelische Schäden des Kindes ausschlaggebend, sondern die psychosozialen Störungen, z. B. die inkonsequente Erziehung (vgl. Köppl / Reiners 1987, 20f).

Die Alkoholabhängigkeit des Vaters wird oftmals durch ein auffälliges Sozial- und Arbeitsverhalten nach aussen hin bekannt. Auch kommt es häufig zu einer Solidarität der Rest(kern)familie gegen den abhängigen Vater, während die erweiterte Familie sowie das nähere soziale Umfeld mit ihm zusammenhält. Es kann zu Polarisierungen kommen, die zu Konfrontationen, Abwertungen und Schuldzuweisungen führen. Dies alles kann die Kinder schwer belasten und Loyalitätskonflikte hervorrufen (vgl. Mayer 1998, 20ff).

#### **1.4 Co-Alkoholismus / Co-Abhängigkeit**

Die Partnerin wie auch die Kinder können eine entscheidende Rolle bei der Aufrechterhaltung oder gar der Vorantreibung der Alkoholabhängigkeit im Familiensystem spielen. Die spezifischen Verhaltens- und Reaktionsweisen der nicht alkoholabhängigen Familienmitglieder und deren Umgebung werden in der Fachliteratur mit dem Begriff *Co-Abhängigkeit* beschrieben (vgl. Schneider 1996, 8). Die Co-Abhängigkeit beschreibt einen dysfunktionalen Beziehungsstil zu anderen Menschen, von dem alle Personen, die mit einem Abhängigen in direktem oder indirektem Kontakt stehen, betroffen sein können (vgl. Zobel 2000, 76). Die Aufgaben der Co-Abhängigen bestehen beispielsweise in der Alkoholbeschaffung, der Verleugnung des Problems gegen aussen, dem Vertuschen und Bagatellisieren (z. B. indem sie lügen, um den Alkoholabhängigen am Arbeitsplatz zu entschuldigen). Sie übernehmen jene Tätigkeiten, zu denen der Alkoholiker selbst nicht mehr in der Lage ist. Die Angehörigen übernehmen für den Abhängigen die Verantwortung, beschützen, kontrollieren, manipulieren, bevormunden, beschimpfen oder unterwerfen sich ihm. Dies immer in der verzweifelten Hoffnung, dass der abhängige Vater mit dem Trinken aufhört (vgl. Haushahn 1996, 60f). Gemäss Rennert (vgl. 1989, 194) handelt es sich bei Co-Abhängigkeit um ein Problem- und Bewältigungsmuster, das in der Interaktion mit einer suchtkranken Person entwickelt oder verstärkt wird. Diese Entwicklung ist gekennzeichnet durch zunehmende Einschränkungen in der Wahrnehmung von Verhaltensalternativen bis hin zum Gefühl existentieller Bedrohung durch jegliche Veränderung. Sie kann mit den gleichen Begleiterscheinungen einhergehen wie die Entwicklung zur Drogenabhängigkeit: Verlust von Selbstwert, Unterdrückung von Gefühlen, Verstärkung von Abwehrmechanismen, Kampf um Kontrolle, Verlust der Realität, Beeinträchtigung aller Potentiale der Persönlichkeit. Mit diesem Hintergrund wird es verständlicher, weshalb eine co-abhängige Mutter beispielsweise das unangemessene Erziehungsverhalten des alkoholabhängigen Vaters mitträgt und aufrechterhält. Grundsätzlich darf aber davon ausgegangen werden, dass co-abhängige Personen mit dem dysfunktionalen Verhalten des Abhängigen nicht einverstanden sind und selbst unter einem grossen Leidensdruck stehen.

Zusammenfassend kann zu diesem einleitenden Kapitel gesagt werden, dass in der Fachdiskussion darüber Einigkeit herrscht, dass durch die elterlichen Streitigkeiten und ehelichen Spannungen die häufigsten Konflikte im Kind entstehen. Es fühlt sich hin- und hergerissen und kann weder zum abhängigen Vater noch zur co-abhängigen Mutter eine tragfähige emotionale Bindung herstellen. In der Alkoholikerfamilie herrscht weder echte Zuneigung noch ein Gefühl des Akzeptiertwerdens. So wird die Bildung einer gesunden, inneren Harmonie im Kind behindert. Krämer (vgl. 1980, 35) schreibt hierzu, dass die Erziehungseinflüsse in der Alkoholikerfamilie für das Kind eine minimale Autonomie bei primär negativen Gefühlsvorgängen implizieren, welche durch Frustration der emotionalen

Grundbedürfnisse Liebe, Bestätigung, Anerkennung und Orientierung ausgelöst werden. Das Kind lernt in der diffusen Familiensituation oftmals nur instabile Werte und Normen kennen. Dies kann zu einer Orientierungslosigkeit führen und die notwendige Identitätsbildung stark erschweren oder gar verunmöglichen.

## **2 Bewältigungsversuche der betroffenen Kinder**

In Familien mit einem alkoholabhängigen Vater reagieren die Kinder auf das dysfunktionale Familienleben mit entsprechenden Bewältigungsversuchen. Diese sollen ihnen helfen, im gestörten Familiensystem einen Weg zu finden. Sie dienen aber andererseits auch dazu, das Familiensystem aufrechtzuerhalten (vgl. 1.4) und in diesem zu überleben. Ich will zuerst aufzeigen, wie und wozu diese Rollen von den Kindern eingenommen werden können. Darauf folgend werde ich die einzelnen und bekanntesten Rollentypen beschreiben und auf deren wichtigste Merkmale eingehen.

### **2.1 Das Rollenverhalten der Kinder**

In der betroffenen Familie ist der alkoholabhängige Vater diejenige Person, die bestimmt. Seine Verhaltensweisen sind rigide darauf ausgerichtet, genug zu trinken zu bekommen. Alles andere wird untergeordnet. Obwohl der Alkoholiker in einer „Suchtfalle“ sitzt, setzt er die Regeln. So z. B. diese: „Jedes Mitglied der Familie muss durch sein Verhalten mithelfen, dass ich (als Abhängiger) meine Sucht fortsetzen kann“. Selten kann jemand dieser unausgesprochenen Regel widerstehen und „gesund“ reagieren, indem er sich nicht anpasst. Selten können demzufolge Kinder offen über die tatsächlichen Alkoholprobleme, über ihre Gefühlsverwirrungen, über ihre Enttäuschungen und ihren psychischen Schmerz sprechen. Zu hoch ist das Risiko und die Angst, die ein Kind vor psychischer Verletzung und vor einer möglichen Abwendung der Familie hat. Zu gross ist die Angst des Kindes, plötzlich allein dazustehen (vgl. Lambrou 2000, 138f). Kinder übernehmen ihre Rollen in den Familien langsam und praktisch unbemerkt über viele Jahre hinweg. Welche Rolle übernommen wird, hängt von Faktoren wie der Geschwisterfolge, dem Alter, der individuellen Persönlichkeit (Reifegrad), der Fähigkeit zur Stressbewältigung sowie vom Geschlecht ab. Die verschiedenen Rollen sind nicht starr und gebunden, sondern können sich verändern und variieren. Bei mehreren Geschwistern ist es so durchaus möglich, dass eine Rolle doppelt besetzt wird. Zudem kommt es vor, dass Kinder zugleich oder nacheinander mehr als eine Rolle übernehmen. Der Wechsel zwischen mehreren Anpassungsmustern kann den Kindern beispielsweise eine grösstmögliche Entlastung verschaffen. Bei diesen Rollenverhalten handelt es sich um Ueberlebensstrategien, die den Kindern dabei helfen, sich innerhalb und ausserhalb der Familie einigermaßen zurechtzufinden. Zu betonen ist, dass sich diese Rollenübernahme bis ins Erwachsenenalter hinein fortsetzen kann, weil sie zu einem

wesentlichen Teil der Persönlichkeit des betroffenen Kindes geworden ist. Wichtig ist aber auch das Faktum, dass allen Rollen ein hohes Mass an Unehrlichkeit, Perfektionismus, Verleugnung, Kontrollverhalten und Selbstbezogenheit gemeinsam ist (vgl. Arenz-Greiving 1998, 34, Lambrou 2000, 155f).

## **2.2 Die einzelnen Rollen**

Sharon Wegscheider und Claudia Black sind auf die einzelnen Rollen von Alkoholikerkindern aufmerksam geworden, haben sie benannt und beschrieben. Verschiedene weitere Autoren haben diese Rollen weiter ausgeführt, ergänzt oder interpretiert (Arenz-Greiving 1998, Lambrou 2000, Rennert 1993, Bertling 1993 u.v.a.). In den nachfolgenden Beschreibungen halte ich mich grundsätzlich an die erwähnten Basisarbeiten von Wegscheider und Black (1988), ziehe aber punktuell auch Aspekte der anderen genannten Autoren bei und ergänze zum Teil mit eigenen Beispielen.

### **2.2.1 Der Held oder der Verantwortungsbewusste**

Die Rolle des Helden wird oftmals vom ältesten Kind oder dem Einzelkind übernommen. Es übernimmt Aufgaben, die der Vater aufgrund seiner Abhängigkeit nicht mehr selbständig oder nur noch in einer unzureichenden Masse ausführen kann. Diese Kinder zeigen ein ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein, eine hohe Leistungsorientierung wie auch Genügsamkeit, Beharrlichkeit und soziale Intelligenz. So übernimmt beispielsweise der älteste Sohn erzieherische Aufgaben für seine kleineren Geschwister, die der abhängige Vater vernachlässigt. Helden streben nach Anerkennung und Lob, indem sie besonders gute Leistungen zeigen. Sie schaffen es vielfach, trotz der familiären Belastung, gute bis sehr gute Schulleistungen zu erbringen. Eine wichtige Funktion des Helden ist es, die Familie mit Selbstwert zu versorgen. Die Familie ist „stolz“ auf diese Kinder, auf die man sich so verlassen kann und die Halt im „haltlosen“ System geben. Von der Umwelt bekommen sie oft ein positives Echo („Das ist aber toll, wie du deinem Papa schon hilfst!“) und lenken dadurch von sich und ihrem Kummer ab. Die gefühlsmässige „Unterernährung“ dieser Kinder bleibt unsichtbar. Nach aussen signalisieren sie: „Bei uns läuft alles bestens!“ Der Held handelt von einem Gefühl der Unzulänglichkeit und der Schuld angetrieben. Er glaubt, die familiäre Situation retten zu müssen. Dieses oft hoffnungslose Unterfangen verursacht jedoch massive Ängste und Schuldgefühle. Das frühe Erwachsenwerden und der innere Zwang, immer erfolgreich sein zu müssen, kann dazu führen, dass diese Kinder innerlich vereinsamen und an einer Selbstwertproblematik zu leiden beginnen. Als Erwachsene sind sie geneigt, (unbewusst) bevorzugt einen Abhängigen zum Partner zu wählen und als Co-Abhängige wieder in die gleichen sich wiederholenden Beziehungsmuster wie ihre Eltern zu gelangen. Ergreifen Helden einen Beruf, sind sie schon jahrelang darin geübt, „Helfer“ für

andere zu sein. Es ist bekannt, dass viele Helden einen Beruf in den folgenden Sparten ergreifen: Medizin, Krankenpflege, Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und Seelsorge. Dabei kann es sich um einen Kompensationsversuch handeln, der geleitet ist von der Vorstellung: „Wenn ich schon meinem eigenen Vater nicht helfen kann, so wenigstens fremden Menschen durch meinen Beruf“.

### **2.2.2 Der Sündenbock oder das ausagierende Kind**

Das zweite oder mittlere Kind einer Familie wird häufig in die Rolle des Sündenbocks gedrängt. Es verinnerlicht das Chaos der Familie und lebt es durch ein auffälliges, in gewissem Sinne auch unangemessenes Verhalten aus. Der Sündenbock übernimmt damit die Aufgabe, die Familie zu entlasten und lenkt so vom eigentlichen Problem, dem Alkohol, ab. Das Verhalten des Kindes kann von Schulproblemen, psychosomatischen Störungen wie Einnässen bis zu kriminellen Handlungen reichen. Die Motivation dafür besteht darin, dass es krampfhaft versucht, Beachtung und Aufmerksamkeit und die dazugehörige Zuneigung zu erfahren. Sündenböcke erscheinen oftmals als eine zusätzliche Belastung in der Familie. Vielfach gelingt es ihnen (wenn auch im negativen Sinne), von der alkoholbedingten Problemlage in der Familie abzulenken und die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Damit leisten sie einen gewichtigen Beitrag zur Erhaltung des Gleichgewichtes innerhalb des kranken Familiensystems. Der Sündenbock kann und will nicht mit dem Helden konkurrenzieren. Er hat sich viel eher zu seinem „negativen Spiegelbild“ entwickelt. Im Gegensatz zum Helden ist der Sündenbock trotzig und feindselig gestimmt. Er sucht die Beziehung zu Menschen eher über Konfrontation als über Anpassung. Dieses Kind fühlt sich förmlich schuldig für die Familienproblematik und wird auch gerne damit überhäuft. So kann sich für den Sündenbock eine seelische Ueberlastung entwickeln. Das Credo dieses Kindes heisst: „Ich gehöre nirgends richtig dazu“. Ein positiver Aspekt des auffälligen Verhaltens liegt in der Chance, dass das gut gehütete „Familiengeheimnis“ dadurch allenfalls gebrochen werden kann. Dies, wenn z. B. im Rahmen einer schulpsychologischen Abklärung die Familie in den Prozess miteinbezogen wird und dadurch die Alkoholabhängigkeit des Vaters und die gesamte belastete Familiensituation sichtbar gemacht werden kann.

### **2.2.3 Das verlorene, stille Kind**

Das verlorene oder stille Kind lebt zurückgezogen und möglichst unauffällig in einer Traumwelt. Es handelt sich bei ihm hauptsächlich um das drittgeborene oder mittlere Kind. Es zieht weder positive noch negative Aufmerksamkeit auf sich und bleibt für die Eltern und die Aussenwelt unauffällig. Es gilt als problemlos und pflegeleicht und wird von seinem abhängigen Vater und der co-abhängigen Mutter gegenüber aussenstehenden Personen oft für diese Eigenschaften gelobt. In seiner Rolle versucht das Kind, Konflikte möglichst zu

vermeiden, die belastende Situation zu akzeptieren und sich dieser still zu fügen. Es versucht, weder etwas zu verhindern noch es erträglicher zu machen. In der Regel hat es auch nicht das Bedürfnis, die Verantwortung für etwas zu übernehmen. Der einfachste Weg für das verlorene Kind ist sich allem anzupassen. Weil es die Familie nicht noch mit eigenen Gefühlen und Wünschen zusätzlich belasten will, schweigt es. Verlorene, stille Kinder ziehen sich immer weiter zurück und flüchten in Traumwelten. Sie glauben, dass sich niemand wirklich für sie interessiert und dass für sie ohnehin kein Platz vorhanden ist. Durch ihre Träumereien entziehen sie sich der Familie und isolieren sich zunehmend. Die Grundgefühle dieser Kinder sind stark von Minderwertigkeit und Verlassenheit, von Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit geprägt. Kinder in dieser Rolle zeigen grundsätzlich wenig Spontaneität und Lebensfreude. Sie erwarten wenig bis nichts von ihren Mitmenschen und dadurch wird auch wenig bis nichts von ihnen selbst erwartet – sie werden oft ganz einfach vergessen und übersehen. Im späteren Leben haben sie oft Probleme mit der Geschlechtsidentifikation, da ihnen durch ihre Zurückgezogenheit die Möglichkeit der Kontaktnahme mit anderen Leuten vielfach fehlt. So wird es für sie schwierig, in Beziehungen etwas auszuprobieren und Vergleiche mit anderen anzustellen. Traumwelten und Phantasiefreude ersetzen ihnen, was die Realität nicht bieten kann. Das verlorene, stille Kind kann sich für Hobbies begeistern, in denen es auch ohne andere Menschen auskommt.

#### **2.2.4 Der Clown / Spassmacher**

Die Rolle des Clowns wird meist vom letztgeborenen, also jüngsten Kind in der Familie, übernommen. Mit seinen Spässen und seinem Humor versucht es die unterschwellige, depressive Spannung in der Familie zu entschärfen. Damit will es von der Abhängigkeitsproblematik des Vaters ablenken, um etwas positive Aufmerksamkeit zu erhaschen. Bewusst und unbewusst versucht das Kind das Gefühl zu vermitteln, dass „alles nur halb so schlimm“ ist. Die Heiterkeit des Spassmachers wirkt jedoch oft unecht und aufgesetzt, da er grosse Angst hat, verlassen zu werden. Trotz seiner „Beliebtheit“, seines Charmes und Humors sowie seiner Lebendigkeit erfährt der Clown keine wirkliche Anerkennung und Zuwendung. Diese Kinder fallen häufig durch ihre Hyperaktivität auf. Sie sind aber sehr sensibel für das, was in der Familie vorgeht. Durch ihren Sinn für Humor und die Lacherfolge versuchen sie ihr Selbstwertgefühl zu heben, finden aber dabei schlecht die Grenze zum Aufhören. Deshalb werden sie manchmal gemieden, was wiederum ihre Angst vor Verlassenheit schürt. Angst zieht sich wie ein roter Faden durch das Leben des Clowns. Im Erwachsenenalter kann sich diese Angst in verschiedenen somatischen und / oder psychosomatischen Erkrankungen, die mit Distress einhergehen, ausdrücken. Die

Spassmacher bleiben oft emotional gestört und wirken unreif. Es ist auffällig, dass sie weder richtig ernst noch richtig traurig sein können. Sie weisen ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Harmonie und Anerkennung auf.

Zusammenfassend zu diesem Kapitel will ich vermerken, dass es sich bei allen Rollen um emotionszentrierte Bewältigungsstrategien (vgl. Zimbardo 1995, 587ff) handelt. Mit den eingenommenen Rollen suchen die Kinder nicht nach Möglichkeiten zur Veränderung ihrer stressreichen Situation in der Familie. Sie versuchen ihre mit der Alkoholabhängigkeit des Vaters und deren Auswirkungen zusammenhängenden Gefühle und Gedanken zu verändern. Man kann dies als Emotionsregulation bezeichnen. Der Nachteil dabei ist, dass dabei verzerrte Wahrnehmungen der Realität eintreten können. Bei den Rollenverhalten der Kinder handelt es sich deshalb sehr oft um fehlangepasste Bewältigungsversuche, da das eigentliche Problem nicht direkt angegangen wird oder werden kann. Eine problemzentrierte Bewältigungsstrategie (vgl. Zimbardo 1995, 587ff) findet nur in Ausnahmefällen statt. Erwähnen will ich aber gerade noch diese „Ausnahmefälle“. Es gibt offensichtlich auch Kinder, die unter extremen Belastungen aufwachsen und die ohne Schädigung daraus hervorgehen und sich zu ganz „normalen“ Persönlichkeiten entwickeln. Diese Kinder, deren Persönlichkeiten durch die schädlichen Einflüsse nicht zerbrochen sind oder gar robuster geworden sind, werden in der Psychologie „unverwundbar“ genannt.

### **3 Auswirkungen auf die Kinder**

Verhalten kann immer nur in seinem sozialen Kontext beurteilt werden. Gestörtes und normales Verhalten können ineinander übergehen und gestörtes Verhalten ist multikausal bedingt. Von diesen Feststellungen ausgehend werden in der Fachliteratur übereinstimmend folgende Gruppen von Auswirkungssymptomen beschrieben:

- Aengstlichkeit, Nervosität, Misstrauen
- Schüchternheit, soziale Isolation, Hemmungen
- Aggressivität, ungezügelter Motorik
- Geringe Frustrationstoleranz, hohe Anspruchshaltung an die Umwelt; geringe an sich selbst
- Schulschwierigkeiten, Kommunikationsarmut
- Konzentrationsstörungen, geringe psychische und physische Belastbarkeit
- Retardierungen wie Einnässen, Stottern

- Verwahrlosungstendenzen, Schulschwänzen, Stehlen, sexuelle Verführbarkeit
- Inkompetentes, antisoziales Verhalten
- Körpersymptome wie Nägelkauen, Appetitlosigkeit
- Psychosomatische Symptome wie z. B. Bauch- und Kopfschmerzen

Diese direkten und indirekten Auswirkungen väterlicher Alkoholabhängigkeit auf das Verhalten und die Entwicklung von ihren Kindern können als Risikovariablen bezeichnet werden. Diese sind deshalb von besonderer Bedeutung, weil sie die Vulnerabilität<sup>10</sup> für gewisse Verhaltensstörungen beeinflussen können (vgl. Klein / Zobel 1997, 134). Vorerst will ich die aus Sicht der Forschung bekannten direkten und indirekten Risikovariablen aufzeigen. Daran anschliessend gebe ich einen Ueberblick über psychische Verhaltensmerkmale der betroffenen Kinder, die als mögliche Folge der indirekten Risikovariablen auftreten können.

### **3.1 Direkte Risikovariablen**

Bei den direkten Risikovariablen wirkt die Substanz Alkohol direkt auf die betroffenen Kinder ein. Auf das fetale Alkoholsyndrom (Alkoholembryopathie) als schwerwiegende direkte Variable gehe ich im Rahmen dieser Arbeit nicht ein, weil sich dieses nur bei mütterlicher Alkoholabhängigkeit zeigen kann. Eine Schädigung der Keimzellen durch Alkohol liess sich beim Menschen bisher nicht nachweisen. Hingegen zeigen Tierversuche, dass chronische Alkoholvergiftungen negative Auswirkungen auf das Erbgut der männlichen Tiere haben und deren Nachkommenschaft schädigen kann (vgl. Feuerlein 1999, 30).

Als wichtige direkte Auswirkung ist die akute Alkoholvergiftung, die durch übermässigen Eigenkonsum der Kinder entsteht, zu nennen. Solche Vergiftungen bei Kindern kommen sehr oft in Familien vor, in denen sich Alkoholika in steter Griffnähe befindet und die elterliche Beaufsichtigung der Kinder nachlässig ist (vgl. Klein / Zobel 1997, 133f).

### **3.2 Indirekte Risikovariablen**

Indirekte Auswirkungen sind solche Risikovariablen, die in der Interaktion mit Umwelt- und Familienvariablen ihre Pathogenität entfalten. Dabei ist es wichtig festzustellen, dass die Kinder bei den indirekten Auswirkungen nicht von der Substanz Alkohol als solche betroffen sind, sondern von deren Auswirkungen auf das Verhalten der abhängig konsumierenden

---

<sup>10</sup> Vulnerabilität = vulnerable Beschaffenheit, Verletzbarkeit (medizinisch)

Person. Die Verschiedenartigkeit der vom Vater missbrauchten Substanz kann Anlass zu einer ätiologisch sinnvollen Unterscheidung sein. So können beispielsweise Kinder von Vätern, die nicht von Alkohol, sondern von illegalen Drogen (z. B. Heroin, Kokain u.a.), von psychotrop wirkenden Medikamenten (z. B. Benzodiazepine, Barbiturate) oder aber von Kombinationen verschiedener Substanzen (z. B. illegale Drogen und Alkohol) abhängig sind, unterschiedliche Erfahrungen machen und differierende Störungen entwickeln (vgl. Klein / Zobel 1997, 133ff). In der vorliegenden Arbeit gehe ich aber nur auf die mögliche Entwicklung von Kindern von alkoholabhängigen Vätern ein.

Die konkrete Familienumwelt, das Ausmass an ehelicher Disharmonie und intrafamiliärem Stress sind gerade in Verbindung mit Alkohol als Auslöser ein potenter Risikofaktor für in der Kindheit beginnende Fehlentwicklungen, besonders im Bereich von Verhaltensstörungen (vgl. Velleman 1992, 367ff). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass wegen der weitgehenden Unspezifität vieler kindlicher Symptome der ätiologische Hintergrund einer Suchtfamilie oft unberücksichtigt bleibt. Faktoren wie elterliche Comorbidität<sup>11</sup> und multigenerationale Abhängigkeit können die Schweregrade kindlicher Psychopathologie negativ beeinflussen (vgl. McKenna / Pickens 1981, 1021ff). Weitere Faktoren, die vermittelnd auf das Ausmass kindlicher Schädigungen einwirken können, sind der Zeitpunkt des Beginns und die Persistenz der väterlichen Abhängigkeit („age of onset“). Das Ausmass und die Stärke der Abhängigkeit, das Mass der familiären Desorganisation, die Häufigkeit und Intensität der ehelichen Streit- und Trennungsszenarien, der sozioökonomische Status, die Familiengrösse, die Beziehung des Kindes zur nicht abhängigen Mutter, allfällige kriminelle Aktivitäten des Vaters und das Vorhandensein alternativer Unterstützungssysteme im Umfeld des betroffenen Kindes können ebenso eine wichtige Rolle spielen (vgl. West / Prinz 1987, 204ff).

In die Kategorie der indirekten Variablen gehören konkret auch die Risiken aller nur begrenzt reparablen körperlichen Schädigungen und Behinderungen. Diese können den Kindern durch Handlungen wie Schläge, Verwahrlosung oder sexuellen Missbrauch zugefügt werden. Alkoholabhängige Personen scheinen gemäss verschiedener Untersuchungen zu Gewaltakten zu neigen, die vor allem in betrunkenem Zustand ausgeführt werden. Es wird davon ausgegangen, dass es in etwa 30 Prozent aller betroffenen Familien zu körperlichen Misshandlungen verschiedenster Art kommt. Das ist im Durchschnitt doppelt bis dreifach soviel wie in anderen Familien (vgl. Liptow 1974, 179, Arenz-Greiving 1998, 19f). Die wohl schrecklichste Form der Gewalt an Kindern stellt der sexuelle Missbrauch dar. Durch die Wirkung des Alkohols, den damit verbundenen Abbau von Ängsten und Hemmungen, Black-outs, Bagatellisierung des eigenen Verhaltens, wird die Gefahr der sexuellen Gewalt durch alkoholabhängige Menschen erhöht. Mehr noch als bei körperlicher Gewalt sehen die

Kinder oft keine Chance, sich gegen diese Form des Uebergriffs zu wehren (vgl. Arenz-Greiving 1998, 20).

Anschliessend will ich die möglichen Konsequenzen der vorausgehend beschriebenen indirekten Risikovariablen für die Entwicklung und das Verhalten der betroffenen Kinder selbst analysieren. In einer Langzeitstudie von der Geburt der Kinder bis zu ihrem 18. Lebensjahr wurde festgestellt, dass die Söhne aus alkoholbelasteten Familien grundsätzlich mehr psychische Probleme aufweisen als die Töchter. Die Studie zeigte aber auch, dass cirka 59% der Kinder aus alkoholbelasteten Familien mit den familiären Bedingungen gut zurechtkamen und keine relevanten Störungen entwickelten (vgl. Werner 1986, 34ff).

Die folgenden Ausführungen sollen ein Hinweis auf mögliche psychosoziale Defizite sein, die ein Kind eines Alkoholikers entwickeln kann.

### **3.2.1 Selbstwirksamkeit**

Kinder von alkoholabhängigen Vätern haben ab der Adoleszenz niedrigere Werte in den Bereichen Selbstwirksamkeit, positives Selbstkonzept und Selbstwert. Unter Selbstwirksamkeit ist hier das subjektive Vertrauen des Kindes in die Wirksamkeit seines eigenen Tuns und Handelns gemeint. Im weiteren zeigen sich auch ungünstigere Ergebnisse für positive Selbstakzeptanz und positives Selbstbild. Andererseits finden sich höhere Werte für Selbstkritik und Selbstmissbilligung, stärkere Bedürfnisse zur Kontrolle interner und externer Ereignisse und eine niedrigere Einschätzung des persönlichen sozialen Einflusses. Viele dieser Ergebnisse bedürfen wiederum einer differentiellen Betrachtungsweise. Diese soll deutlich machen, wie wenig homogen die Gruppe der Kinder von alkoholabhängigen Vätern ist. So zeigte sich z. B. die oben genannte Tendenz zur negativen Selbstkritik nur für die Töchter von Alkoholikern, nicht aber für deren Söhne (vgl. Berkowitz / Perkins 1988, 206ff).

### **3.2.2 Interpersonelle Problemlösekompetenz**

In diesem Verhaltensbereich wird insbesondere die Fähigkeit zu flexiblen und kreativen Problemlösungen in interpersonellen Stress- und Problemsituationen erforscht. In einer Studie von Sklavin u.a. (1992, 191ff) zeigte sich, dass die Kinder von Alkoholikern gleichzeitig effektivere, aber auch weniger Lösungen für interpersonelle Problemsituationen benennen konnten als die Vergleichskinder. Ausserdem ist es beachtenswert, dass Kinder von Alkoholabhängigen in der Regel mehr indirekte Problemlösestrategien anwenden (z. B. indem sie dem Interaktionspartner ein besseres Gefühl zu vermitteln oder ihn in eine bessere

---

<sup>11</sup> Elterliche Comorbidität = Co-Krankheitsstand der nichtabhängigen Mutter. Sher untersucht das Phänomen der Comorbidität in seiner Publikation aus dem Jahre 1991.

Stimmung zu versetzen versuchen, anstatt die eigenen Bedürfnisse anzumelden oder Probleme direkt anzusprechen) als Vergleichskinder (vgl. Ballard / Cummings 1990,195ff). Als weiteren Aspekt ergab eine retrospektive Studie bei erwachsenen Kindern aus Suchtfamilien, dass diese Kinder eher emotional orientierte als problemorientierte interpersonelle Verhaltensweisen benutzen, um Konflikte zu regulieren (vgl. Clair / Genest 1987, 345ff). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Kinder von alkoholabhängigen Vätern nicht genügend für die Bewältigung interpersonaler Stresssituationen vorbereitet sind. Dies ist daran beobachtbar, dass sie indirekte oder emotionsorientierte Bewältigungsstrategien wählen, die keine entscheidende Veränderung der Stressquelle bewirken können (vgl. 2). Sie verfügen zwar oft über kurzfristig hoch effektive Methoden zur Stressreduktion, zeigen aber Defizite in der Flexibilität und Adaptibilität im Umgang mit sich verändernden Stresssituationen (vgl. Klein / Zobel 1997, 135ff).

### **3.2.3 Soziale Interaktionsfähigkeit**

Von den nur in äusserst geringer Zahl vorhandenen Studien in diesem Bereich ist in der Arbeit von Calder und Kostyniuk (vgl. 1989, 418) eine deutlich verminderte soziale Interaktionskompetenz der betroffenen Kinder festgestellt worden. Dabei hatten 62 Kinder im Alter zwischen 6 und 16 Jahren weniger sozial kompetentes Verhalten und weniger Erfolg in der Gestaltung von Beziehungen zu Gleichaltrigen zu verzeichnen als die Kinder aus der Kontrollgruppe. Einige der Kinder mit einem alkoholabhängigen Vater stufen ihre Fähigkeit, Beziehungen aufzunehmen und zu gestalten, als extrem gering ein.

### **3.2.4 Verhaltenskontrolle**

Die meisten Studien über Kinder aus alkoholbelasteten Familien befassen sich mit Problemen im Bereich der mangelnden oder ausreichenden Verhaltenskontrolle. Insbesondere stechen die Persönlichkeitsmerkmale Impulsivität, Aggressivität, Risikofreude und Sensationssuche hervor. Diese Ergebnisse wurden durch psychobiologische Persönlichkeitsstudien gestützt (vgl. Cloninger 1987, 410ff). Cloninger hat ein Modell vorgeschlagen, das die Merkmale Belohnungsabhängigkeit, Spontaneität und Risikovermeidung in einen ätiologischen Zusammenhang mit Suchtentwicklung bringt. In den meisten Studien über Kinder von Alkoholikern wurden erhöhte Werte für Impulsivität gefunden. Für jüngere männliche Betroffene liess sich ausserdem eine stärkere Tendenz zu asozialem Verhalten feststellen (vgl. Alterman u.a. 1986, 1ff).

Obwohl der mangelhaften Verhaltenskontrolle nach den dargestellten Ergebnissen eine bedeutsame Rolle bei der Entstehung von Alkoholismus im familialen Kontext (vgl. 3.3) zukommt, sind einige differentielle Effekte erwähnenswert: Die geschilderten Effekte zeigen sich meist nur, wenn der Vater neben seinem Alkoholismus auch noch eine Störung der

Verhaltenskontrolle aufweist (z. B. eine Impulsivitätsstörung, asoziales Verhalten). So ist hier eher an eine Transmission einer comorbiden Störung zu denken als an die Weitergabe von Alkoholismus alleine.

### **3.2.5 Emotionalität**

Es scheint eine generelle Tendenz zu bestehen, dass gehäuft negative affektive Zustände erlebt werden, wenn eine Vulnerabilität für Alkoholerkrankungen vorliegt und später solche Störungen auch auftauchen. Dies trifft natürlich auf die Kinder mit einem alkoholabhängigen Vater als eigentliche „Risikokinder“ (vgl. 3.3) zu. In persönlichkeitspsychologischen Untersuchungen liessen sich wiederholt höhere Neurotizismuswerte bei Kindern von Alkoholikern im Vergleich zu Kindern aus der Kontrollgruppe feststellen (vgl. Finn / Pihl 1987, 230ff). Insbesondere im Hinblick auf Aergerverarbeitung und Aengstlichkeit unterschieden sich die Kinder von Alkoholikern von der Kontrollgruppe. Benett u.a. (vgl. 1988, 185ff) untersuchten 64 Kinder von Alkoholikern im Alter von durchschnittlich 12 Jahren. Diese zeigten signifikant mehr emotionale Störungen, wobei die absoluten Werte in beiden Gruppen eher gering waren. Die Autoren weisen explizit darauf hin, dass diese Unterschiede trotz der statistischen Signifikanz im klinisch normalen Rahmen liegen und dass die Kinder in beiden Gruppen insgesamt keine starken Auffälligkeiten zeigten. Zu beachten ist dabei aber, dass bei der Mehrzahl der Kinder von Alkoholikern der Vater zwar abhängig war, zum Zeitpunkt der Befragung jedoch abstinent lebte, so dass sich die Symptome auch zurückgebildet haben könnten.

### **3.2.6 Kognition, Intelligenz und Schulleistungen**

Die Mehrzahl der bisher durchgeführten Studien in diesem Bereich fanden grundsätzlich keine Intelligenzunterschiede zwischen Kindern von Alkoholabhängigen und Kindern aus der Kontrollgruppe. Bei den sprachlichen Fähigkeiten zeigten die Kinder von Alkoholabhängigen aber konsistent schlechtere Werte als Kinder aus nicht alkoholbelasteten Familien (Bennett u.a. 1988, 185ff). Eine Reihe von Studien fand bei einigen Gruppen von Kindern aus alkoholbelasteten Familien Auffälligkeiten in Hinsicht auf verschiedene kognitive Leistungen (insbesondere: Problemlösen, logisches und abstraktes Denken, Gedächtnis, Lernen, visumotorische Leistungsgeschwindigkeit, allgemein frontallhirngesteuerte kognitive Leistungen) im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter (vgl. Altermann u.a. 1986, 1ff).

Bei der Messung des Schulerfolges von Kindern von Alkoholikern (23 Mädchen mit einem Durchschnittsalter von 13,7 Jahren und 16 Jungen mit 14,4 Jahren) zeigte sich in einer empirischen Studie von Murphy u.a. (vgl. 1991, 275ff), dass Mädchen aus alkoholbelasteten Familien häufiger als Jungen herausragende Schulleistungen aufwiesen. Die Autoren kamen daher zu der Annahme, dass dies ein eher mädchenspezifischer Versuch zur Kompensation

des familiären Stresses darstellt. Auch im Vergleich mit einer randomisierten Kontrollgruppe von Kindern aus nicht alkoholbelasteten Familien zeigten sich die Mädchen mit einem abhängigen Vater überlegen, während sich für die Jungen ein umgekehrtes Verhältnis ergab.

### **3.3 Die Gefahr der Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit**

Der primäre Lernort für das Trinkverhalten von Kindern mit einem alkoholabhängigen Vater ist das Elternhaus. Bärsch (vgl. Köppl / Reiners 1987, 10) gibt dafür drei Gründe an:

1. Die Prägung von Genusmustern und Konsum in der Familie
2. Der Vater wird durch sein Trinkverhalten zu einem Modell, von dem die Kinder lernen
3. Die Familie ist oftmals der erste Ort für viele Trinkanlässe

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1980, 105) schreibt hierzu: „Motive, Einstellungen und Wertvorstellungen der Kinder werden von den Eltern vermittelt. Sie werden zum Modell. Sie liefern die Leitbilder für die Identitätsfindung des Kindes und für ein mustergerechtes Rollenverhalten. Beim Imitationslernen ahmt das Kind die Verhaltensweisen der Eltern nach. Dabei besteht höchste Gefahr bei der Uebernahme der Suchtmittelbereitschaft der Eltern.“ Gerade kleine Kinder glauben, dass alles, was die Eltern tun, gut und richtig ist. Dies wird ihnen vornehmlich von den Erwachsenen suggeriert. Die Einstellung zum Trinken von Alkoholika wird in der Familie mit einem alkoholabhängigen Vater schon in jungen Jahren kritiklos übernommen (vgl. Köppl / Reiners 1987, 10).

Die Frage der Vererbung ist hier natürlich von hoher Bedeutung. Eine abschliessende, eindeutige Stellungnahme ist bis heute jedoch noch nicht möglich, auch nicht von hochspezialisierten Fachleuten. Der Einfluss erblicher Faktoren auf die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit muss aber sicherlich im Blickfeld bleiben, wenn auch nach heutigem Wissen psychologische und soziale Faktoren stärker in Betracht zu ziehen sind als die Möglichkeiten einer direkten genetischen Uebertragung. Es ist anzunehmen, dass bei „gleichen“ genetischen Anlagen unterschiedliche soziale Bedingungen einen negativen Verlauf hemmen oder fördern, mildern oder beschleunigen können (vgl. Stimmer / Müller-Teusler 1999, 46). In Familienstudien zu dieser Thematik wurde danach gefragt, ob leibliche Kinder von alkoholabhängigen Vätern öfter auch alkoholabhängig werden als Kinder von vergleichbaren Vätern ohne diese Störung. Hier tritt natürlich die Frage, ob eine auffällige Häufung ausschliesslich genetischen Ursachen zugeschrieben werden kann, sofort wieder auf. Grundsätzlich gilt nach diesen Studien die Aussage, dass das relative Risiko für Kinder mit einem alkoholabhängigen Vater, selbst abhängig zu werden, eindeutig erhöht ist. Ob dies nun aber auf Erbanlagen, auf familiäre Lebensweltfaktoren oder die psychische Verarbeitung dieser kindlichen Erfahrungen abzustellen ist, ist nicht endgültig geklärt. Wahrscheinlich

scheint hier wieder eine biopsychosoziale Sichtweise, welche die Wechselwirkungen der einzelnen Faktoren berücksichtigt (vgl. 4 / Teil 1). Familienstudien aus Schweden haben ergeben, dass Kinder von Alkoholabhängigen ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko haben, selbst alkoholabhängig zu werden (vgl. Stimmer / Müller-Teusler 1999, 46f). Arenz-Greiving (vgl. 1998, 7) berichtet sogar von einem bis zu sechsfach höheren Risiko.

In einer Untersuchung von Stimmer im Jahre 1978 wurden männliche jugendliche Normaltrinker und jugendliche Alkoholiker auch nach dem Trinkverhalten ihrer Eltern befragt. Es zeigte sich, dass die wesentliche Variable die Bedeutung war, die dem Alkoholkonsum innerhalb der Familie zugeschrieben wurde. 55% der jungen Alkoholiker hatten Väter mit einem sehr hohen Alkoholkonsum, bei den jugendlichen Normaltrinkern waren es 10%. Die jungen Alkoholiker mit alkoholabhängigen Vätern berichteten häufig von einer absoluten Gleichgültigkeit ihnen gegenüber, wenn sie schon als Kinder selbst Alkohol tranken. Oftmals animieren diese Väter ihre Söhne bereits im Kindesalter mit ihnen zusammen zu trinken. Bei gemeinsamen Trinkanlässen lösen sich die Spannungen. Der Sohn „versteh“ den Vater, der Vater „versteh“ den Sohn. Durch dieses Erleben im alkoholisierten Zustand kann der Sohn die spannungslösende und interaktionsfördernde Wirkung des Alkohols kennen- und schätzen lernen; dies ohne sich über die möglichen verheerenden Folgen in seinem späteren Leben im Klaren zu sein. Es sind insbesondere die Söhne, die als besondere Risikogruppe bezüglich einer eigenen Suchtentwicklung betrachtet werden müssen (vgl. Stimmer / Müller-Teusler 1999, 92f).

### **3.4 Geschlechtsspezifika**

Verschiedene Autoren gehen davon aus, dass sich eine gestörte Beziehung zum alkoholabhängigen Vater für die Söhne konfliktreicher als für die Töchter gestalten kann, da sich die Mädchen stärker an der Mutter orientieren. Die Beziehung der Tochter zum Vater zeichnet sich gemäss Mac Kay (vgl. Köppl / Reiners 1987, 25) durch Furcht und Angst einerseits und verzweifelte Liebe andererseits aus. In einer Trinkepisode des Vaters können Mädchen eine tiefe, persönliche Zurückweisung fühlen. Aus Angst vor und auch um den Vater entsteht eine Beziehung, die von einer ängstlichen Dauerspannung geprägt ist (vgl. Schulenburg 1982, 66). Die Entwicklung der Töchter kann aber im Hinblick auf die Identifikation generell uniformer verlaufen als die der Söhne. Dies wird von verschiedenen Autoren auf die unwesentlichere Beteiligung des Vaters an der Identitätsfindung der Töchter zurückgeführt. Kos u.a. (vgl. 1968, 204) konnten bei ihrer Untersuchung von 18 Jungen und 22 Mädchen im Alter von 2.5 bis 15.5 Jahren aus 31 Familien mit einem Alkoholiker diese These zum Teil widerlegen. Sie fanden bei 15 an ihrer Untersuchung beteiligten Mädchen neun, die Angst vor der eigenen Geschlechtsrolle hatten. Kos u.a. begründeten dies mit der Ueberrepräsentation der Mutter in der Familie. Die Beziehung der Väter zu den Töchtern sei

nicht autoritär, sondern viel eher wie die eines älteren Bruders oder eines Kumpans, mit dem man gegen die wahre Autorität in der Familie, die Mutter, aufbegehren könne. Durch das Fehlen eines „Idealvaters“ werde die Stellung des abhängigen Vaters für die Töchter sehr komplex. Dadurch wachse die Angst vor der eigenen weiblichen Rolle. „Mit dieser derart gewachsenen Angst vor der eigenen weiblichen Rolle scheint aber die Entwicklung der Mädchen zur dominierenden, autoritären Frau – wie die Mutter – angebahnt zu sein, und damit die echte Wiederholung der familiären, neurotischen Strukturen“ (Kos u.a. 1968, 205). Hier findet sich eine Erklärung dafür, warum Töchter von Alkoholikern oftmals wieder einen alkoholabhängigen Partner wählen. Als dominierende Frauen scheinen sie einen ihnen „unterlegenen“ Partner zu benötigen, welchen sie im Alkoholiker, dessen Strukturen sie schon kennen, finden.

Mädchen scheinen gemäss einer Studie überwiegend Angst-Symptome aufzuweisen und bei den Söhnen wurden verstärkte Aggressionen und ein höherer Zerstörungsdrang festgestellt. Daraus lässt sich folgern, dass Mädchen tendenziell eher zu Passivität, Unsicherheit und Misstrauen neigen und Jungen ihre Konflikte in Aggressionen, Wutausbrüchen und Trotzreaktionen austragen (vgl. Köppl / Reiners 1987, 33). Wichtig zu erwähnen ist noch, dass bei der Uebernahme der Trinkmuster eine hohe Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil stattfindet. Daraus kann ein geschlechtsspezifisches Lernen der Konsumgewohnheiten gefolgert werden (vgl. Teusch 1980, 200). So wird es verständlich, weshalb gerade die Söhne von Alkoholikern viel häufiger als die Töchter selbst eine Alkoholabhängigkeit entwickeln (vgl. 3.3).

Die Ausführungen des dritten Kapitels sollen verdeutlichen, dass Kinder mit einem alkoholabhängigen Vater einem erkennbar höheren Risiko unterliegen, psychische Störungen im Kindesalter, insbesondere Verhaltensprobleme und emotionale Störungen, zu entwickeln. Das grösste Problem ist die Gefahr der Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit, insbesondere bei Söhnen von Alkoholikern. Zu betonen ist, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf Störungen und deren Ausprägungen bestehen. Tröstlich ist das Faktum, dass nicht jedes Kind von einem Alkoholiker eine ungünstige Entwicklung nehmen muss, sondern dass die betroffenen Kinder eine erhebliche Binnenheterogenität aufweisen und nicht als homogene Gruppe betrachtet werden können.

## **4 Zusammenfassung Teil 2**

Im zweiten Teil stehen die Kinder von alkoholabhängigen Vätern im Mittelpunkt. Im ersten Kapitel *Das Leben in der Kernfamilie* habe ich den Fokus zuerst auf die Familienkrankheit Alkoholismus gelegt. Der Einblick in die mögliche Situation und Atmosphäre in der Alkoholikerfamilie soll zeigen, wie die Lebenswelt und die Lebenslagen der betroffenen

Kinder aussehen kann. In diesem Zusammenhang bin ich auch auf das Phänomen des Co-Alkoholismus eingegangen, welches nicht nur die Partnerin des Alkoholikers, sondern im Besonderen eben auch dessen Kinder erfasst. Anschliessend habe ich die Bewältigungsversuche der Kinder beschrieben (zweites Kapitel). Damit will ich auf die zum Teil immensen Anstrengungen hinweisen, welche die Kinder auf sich nehmen, um mit ihrer belastenden Situation umgehen zu können oder in dieser zu überleben. Die Beschreibung der einzelnen Rollen, welche die Kinder einnehmen können, soll die Vielfältigkeit der Strategien aufzeigen. Im dritten Kapitel habe ich mich mit den Auswirkungen der väterlichen Alkoholabhängigkeit auf die Kinder beschäftigt. Dies um deutlich zu machen, auf welchen verschiedenen Ebenen die Kinder „verletzt“ werden können und wie lang die Liste der potentiellen Schädigungen ist. Als Hauptrisiko und -Gefahr für Kinder von alkoholabhängigen Vätern gilt die Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit. Insbesondere die Söhne gelten als Risikogruppe. Am Ende des Kapitels habe ich mich noch den geschlechtsspezifischen Unterschieden gewidmet, um bestimmte Differenzen in der Entwicklung der Kinder aufzuzeigen.

### **TEIL 3: DIE AUFGABEN DER SOZIALEN ARBEIT MIT DEN KINDERN VON ALKOHOLABHÄNGIGEN VÄTERN**

Welche Aufgaben stellen sich der Sozialen Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern? Welche Aufgaben kann und soll sie übernehmen und welche Methoden stehen ihr dabei beispielsweise zur Verfügung? Wo liegen die Möglichkeiten, wo die Grenzen?

Diesen Fragen will ich in diesem dritten Teil der Arbeit nachgehen. Im ersten Kapitel werfe ich zunächst einen Blick auf die Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit im Praxisfeld der generellen Alkoholhilfe und komme kurz auf die Interdisziplinarität in diesem Bereich zu sprechen. Im zweiten Kapitel liegt der Fokus auf der spezifischen Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern. Ich gebe einen Einblick in die Entwicklung dieses Arbeitsfeldes und gehe anschliessend auf einige basale organisatorische Rahmenbedingungen ein. Ich will Ziele, Aufgaben wie auch konkrete Methoden aufzeigen, die die Soziale Arbeit in der spezifischen Arbeit mit den Kindern betreffen; dies aber ohne Anspruch auf die Beschreibung sämtlicher Möglichkeiten. Vielmehr halte ich mich an aktuelle Praktiken und Trends der freiwilligen Sozialen Arbeit wie sie in der einschlägigen Literatur beschrieben sind. Ein besonderer Abschnitt ist der Prävention gewidmet. Das Hauptaugenmerk lege ich auf die ambulante Arbeit, wobei aber gewisse Berührungen mit dem stationären Bereich auch zur Sprache kommen sollen. Im dritten Kapitel beschreibe ich das Projekt MAKES aus

Deutschland und zum Schluss dieses dritten Teiles will ich auch Grenzen für die Soziale Arbeit thematisieren.

Ich operiere grundsätzlich mit dem Begriff *Soziale Arbeit*. Gemeint sind damit die beiden Subdisziplinen *Sozialarbeit* und *Sozialpädagogik*. Diese Begriffe werde ich an den entsprechenden Stellen auseinanderhalten. Wenn ich die Termini *Therapie* und / oder *therapeutische Arbeit* im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit verwende, so setzt dies stets voraus, dass die Sozialarbeitenden eine entsprechende therapeutische Aus- oder Weiterbildung absolviert haben (vgl. 3). Betonen will ich noch, dass auch in den folgenden Kapiteln einzelne Themen nicht immer klar getrennt werden können und es deshalb zu gewissen Ueberschneidungen und Mehrfachnennungen kommen kann. Dies hängt damit zusammen, dass für die Arbeit mit den Kindern (noch) keine grundsätzlich einheitlichen Konzepte vorliegen und in den verschiedenen Fachbüchern daher nicht immer vergleichbare Hintergründe gegeben sind.

## **1 Die Soziale Arbeit im Praxisfeld *Alkoholhilfe***

Im ersten Kapitel befasse ich mich zu Beginn mit den Zielen und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der allgemeinen Alkoholhilfe. Im Anschluss weise ich kurz auf die hohe Bedeutung der Interdisziplinarität hin. Nach Klein (vgl. Badry, E. / Buchka, M. / Knapp, R. 1999, 495ff) besteht der Tätigkeitsbereich Alkoholhilfe vor allem aus den Teilgebieten Suchtprävention, Suchtberatung und Suchttherapie und hat in den letzten Jahren für die Soziale Arbeit erheblich an Bedeutung gewonnen. Dies hängt insbesondere mit der starken Zunahme substanzbezogener Störungen wie Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol in der Gesamtbevölkerung zusammen. Zudem wurden die Suchthilfesysteme in der Schweiz und in Deutschland seit den siebziger Jahren kontinuierlich ausgebaut<sup>12</sup>. Die Soziale Arbeit ist laut Hüllinghorst (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1997, 123ff) in der ambulanten Suchthilfe die am stärksten vertretene Berufsgruppe.

### **1.1 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit in der Alkoholhilfe**

Vorauszuschicken ist, dass das berufliche Handeln der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen in der Alkoholhilfe idealerweise in interdisziplinären Netzwerkteams stattfinden sollte (vgl.

---

<sup>12</sup> Auf die Entstehung und die Entwicklung dieser Systeme in der Schweiz gehe ich hier nicht detailliert ein. Ich verweise aber auf den Arbeitsbericht Nr. 12 / 1983 der Forschungsabteilung der SFA Lausanne.

1.2). Die folgenden Ziele sollen laut Klein (vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 1999, 495ff) dabei durch die Sozialarbeitenden im Speziellen verfolgt werden:

- Verbesserung der individuellen Kompetenzen zur Vermeidung bzw. Bewältigung von Alkoholproblemen
- Förderung der allgemeinen seelischen Gesundheit zur Abwehr bzw. Linderung dieser Suchtkrankheit
- Analyse und Akzentuierung der sozialen Bedingtheit der Suchtprobleme im Kontext der komplexen Gesamtgenese
- Förderung sozialer Netzwerke zur Prävention und Intervention bei Alkoholproblemen
- Besserung und Bewältigung von entstandenen Schäden infolge von Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit
- Entwicklung und Angebot von Alternativen zum problematischen Alkoholkonsum auf der Individual- und Gesellschaftsebene

Diese Ziele können von den Sozialarbeitenden im einzelnen durch die nachstehenden Aufgabenfelder und Methoden verfolgt werden:

- Psychosoziale Beratung und Betreuung (z. B. in Form von Krisenintervention, Motivationsförderung, Vermittlung in Therapie oder zu anderen sozialen Diensten, Begleitung / Betreuung während Antabusprogrammen, allgemeine und spezielle Beratungsformen, Vernetzung mit anderen Organisationen)
- Prävention (z. B. in Form von Primär- und Sekundärprävention für Kinder von Alkoholabhängigen und für weitere Risikogruppen, Fort- und Weiterbildung für Multiplikatoren wie Lehrer etc., personenbezogene vs. mediale Prävention)
- Aufsuchende Sozialarbeit (z. B. Strassensozialarbeit und Krisenintervention, sozialpädagogische Familienbegleitung)
- Niedrigschwellige Suchthilfe (z. B. durch die aufsuchende Sozialarbeit)
- Begleitung vor, während und nach einem qualifizierten Entzug (z. B. im Rahmen einer klinisch-stationären Behandlung oder eines Motivationsprogrammes)
- Ambulante und / oder stationäre Entwöhnung (z. B. in Fachkliniken oder Fachkrankenhäusern für Alkoholabhängige)
- Justizvollzug (z. B. psychosoziale Betreuung während eines allfälligen Strafvollzuges)

- Betriebliche Suchthilfe (z. B. Beratung und Betreuung alkoholgefährdeter, -abhängiger oder -missbrauchender Mitarbeiter, Information und Schulung von Vorgesetzten und Kollegen)
- Nachsorge und Adaption (z. B. in Form betreuter Wohngruppen, Kooperation und Vernetzung mit Selbsthilfegruppen)
- Selbsthilfe (z. B. in Form von Initiation, Kooperation und Krisenhilfe, gemeinsamer Öffentlichkeitsarbeit mit Selbsthilfegruppen)
- Leitungs- und Managementaufgaben (z. B. zur Konzepterstellung in Beratungsstellen und anderen Organisationen)
- Verwaltung und Organisation (z. B. bei Kosten- und Leistungsträgern)
- Qualitätsmanagement (z. B. in Form von Dokumentations- und Forschungsaufgaben, Qualitätszirkeln und Mitarbeiterschulungen)
- Stete Weiterbildung (z. B. durch fachübergreifende Seminare, tätigkeitsfeldspezifische Lehrgänge, suchtspezifische Nachdiplomstudien, therapeutische Ausbildungen, managementorientierte Studiengänge)

## **1.2 Interdisziplinarität**

Im Arbeitsfeld Alkoholhilfe ist die Interdisziplinarität von höchster Bedeutung. Bei der Interdisziplinarität handelt es sich um eine Zusammenarbeit von Menschen unterschiedlicher Fähigkeiten und beruflicher Ausbildung zur Erfüllung eines gemeinsamen Auftrages. Die Hauptvorteile von solchen Netzwerkteams liegen in der Dialogerweiterung, der Objektivitäts- und Leistungssteigerung sowie in der Methodenflexibilität (vgl. Piazzini 1999). Im Hinblick auf die geforderte stete Professionalisierung in der Alkoholhilfe ist der Aufbau von interdisziplinären Netzwerken unabdingbar. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit der Sozialen Arbeit spielt sich im Alkoholbereich in der Regel mit Ärzten / Psychiatern, Psychologen, Heilpädagogen und Pflegefachkräften ab. Diese Berufsgruppen verteilen sich auf ambulante und stationäre Organisationen.

Zusammenfassend kann zu diesem ersten Kapitel gesagt werden, dass die Soziale Arbeit im Praxisfeld Alkoholhilfe im ambulanten wie im stationären Bereich eine lange Tradition hat. Die hoch gesetzten Ziele und die einzelnen Aufgabenfelder zeigen die Ansprüche auf, die an die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen gestellt werden. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden und um die entsprechende Verantwortung übernehmen zu können, ist eine ständige Weiterbildung dieser Fachpersonen notwendig. Die Arbeit in interdisziplinären Teams trägt bereits dazu bei. Durch die praktische Zusammenarbeit mit anderen

Berufsgruppen können Wissenslücken geschlossen, sogenannte „blinde Flecken“ aufgedeckt und aktiv bearbeitet werden. So werden natürlich auch Weiterbildungsangebote generiert.

## **2 Die Soziale Arbeit im Praxisfeld *Kinder von alkoholabhängigen Vätern***

Die Notwendigkeit, Kinder aus Alkoholikerfamilien in beraterische und therapeutische Prozesse miteinzubeziehen, ergibt sich schon daraus, dass sie im Familiengefüge die schwächsten Mitglieder sind. Ihre Artikulierungsmöglichkeiten sind begrenzt, die Loyalität zum familiären Beziehungsgefüge und damit auch zum Alkoholabhängigen führt zur Unterdrückung eigener Bedürfnisse, zur Hemmung der Entwicklungs- und Ausdrucksfähigkeit eigener Wünsche, Probleme und Emotionen (vgl. 3 / Teil 2).

In diesem Kapitel will ich zu Beginn auf die Entwicklung der Arbeit mit den betroffenen Kindern eingehen. Anschliessend daran kommen organisatorische Gegebenheiten zur Sprache, wie sie in der aktuellen Arbeitspraxis zu finden sind. Im nächsten Abschnitt befasse ich mich mit potentiellen Aufgaben und Zielen der Sozialen Arbeit in diesem Arbeitsfeld. Der Prävention ist aufgrund ihrer herausragenden Bedeutung in diesem Kontext ein eigener Abschnitt gewidmet. Im Anschluss beschreibe ich konkrete (Präventions-)Methoden, die in der Sozialen Arbeit mit Kindern einsetzbar sind. Mit dem Beschrieb des Projektes MAKES will ich einen Einblick in die Praxis der Sozialen Arbeit vermitteln.

### **2.1 Allgemeine Entwicklung – Ein kurzer Ueberblick**

Trotz langer Tradition familienorientierter und systemischer Ansätze hat man in Deutschland und in der Schweiz relativ spät damit begonnen, die Angehörigen von Alkoholabhängigen in die Suchtarbeit miteinzubeziehen. Zunächst ging es der Sozialen Arbeit dabei darum, diesen Personen Hilfestellungen zu geben, wie sie mit dem Abhängigen z. B. im Anschluss an eine Therapie umgehen sollten. Schon bald wurde aber deutlich, dass die Angehörigen selbst spezifische Hilfen brauchen. Man begann, die Familie als Einheit zu sehen. Anlässlich verschiedener Fachkonferenzen wurde die Thematik „Sucht und Familie“ aufgegriffen.

Die ersten familienorientiert arbeitenden Projekte waren in den 70er Jahren an stationäre Einrichtungen angegliedert. Im stationären Bereich gibt es mittlerweile eine Reihe von Angeboten, die die Kinder von alkoholabhängigen Vätern nicht nur mit aufnehmen, sondern für diese auch spezielle Hilfsangebote machen. Erst seit Ende der 80er Jahre liegen auch gewisse Erfahrungen für den ambulanten Suchtberatungsbereich mit der Zielgruppe Kinder vor. Auffallend ist, dass es in der praktischen Arbeit mit Alkoholabhängigen im ambulanten Bereich vorher fast ausschliesslich nur Erfahrungen mit den Eltern der Abhängigen gab. Die

Partner und insbesondere die Kinder fanden bis Ende der 80er Jahre kaum Berücksichtigung (vgl. Puxi / Kremer-Preiss 1999, 19ff).

## **2.2 Organisatorische Rahmenbedingungen**

Schwergewichtig wird im Bereich der Arbeit mit Kindern in Projektform gearbeitet. Dabei zeigt sich, dass eine Vielzahl von den zeitlich begrenzten Projekten sich nicht als feste Angebote etablieren können; dies meist aufgrund finanzieller Unsicherheiten. Organisatorisch angesiedelt sind die meisten Projekte aus dem ambulanten Bereich in psychosozialen Beratungsstellen. Die räumliche Anbindung an bestehende Beratungsstellen ermöglicht einen engen Austausch und die Unterstützung durch Kollegen, die teilweise auch anderen (verwandten) Berufsgruppen angehören (vgl. 1.2). Erfahrungsgemäss ermöglicht erst diese interdisziplinäre Zusammenarbeit überhaupt eine dauerhafte, erfolgreiche Arbeit mit den Kindern. Die Erfahrung zeigt, dass eigene Räumlichkeiten für die Beratungs- sowie für therapeutische Aufgaben der Sozialen Arbeit notwendig sind. So sind integrierte Büros sowie Räume für Gruppenarbeit und allenfalls Werkräume für die therapeutische Arbeit erforderlich. In Deutschland laufen Bestrebungen, eine zukünftige Arbeit mit Kindern aus Suchtfamilien in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe überzuführen. Dies aus dem Grunde, weil Suchtprävention dort zunehmend als kommunale Aufgabe gesehen wird und der Kinder- und Jugendschutz im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) gesetzlich verankert worden ist. Dies soll einerseits die Integration der Kinder in bestehende Jugendhilfemassnahmen ermöglichen, andererseits soll es die Kinder eher vor einer drohenden Stigmatisierung als potentielle spätere Alkoholabhängige schützen. Erfahrungen der Alkoholberatungsstellen und der Jugendarbeit sollen miteinander vernetzt werden und müssten in die fachliche und methodische Ausgestaltung der Hilfsangebote einfließen. Der Vernetzungsarbeit kommt generell eine grosse Bedeutung zu. Wie kaum ein Arbeitsfeld ist die Suchtarbeit mit ihren unterschiedlichen und vielschichtigen Anforderungen auf Interdisziplinarität, Koordination, Kooperation und Vernetzung mit anderen Arbeitsfeldern angewiesen (vgl. 1.2).

Zusatzqualifikationen / Weiterbildungen der vertretenen Berufsgruppen in den Bereichen der Familientherapie oder der systemischen Therapie sind insbesondere für die spezifisch therapeutische Arbeit mit den Kindern zunehmend notwendig. Ebenfalls werden managementorientierte Aus- und Weiterbildungen immer wichtiger (vgl. Puxi / Kremer-Preiss 1999, 26ff).

## **2.3 Ziele und Aufgaben der Sozialen Arbeit mit den Kindern**

Gewisse der nachstehend aufgeführten Ziele und Aufgaben können aus denjenigen der Alkoholhilfe (vgl. 1.1) abgeleitet werden; andere wiederum sind anzupassen und zu

spezifizieren. Grundsätzlich müssen die Ziele der Arbeit mit Kindern aus Alkoholikerfamilien aus präventiver Sicht formuliert werden. Das Hauptziel dabei ist, eine möglicherweise sich entwickelnde eigene Suchtgefährdung der betroffenen Kinder zu verhindern und deren Persönlichkeit zu stärken. Unter präventiven Gesichtspunkten geht es vor allem um die Aufarbeitung der Entwicklungserfahrungen durch die besondere Familiensituation bei Alkoholabhängigen und um die Schaffung neuer Anregungsbedingungen für eine persönlichkeitsstärkende Entwicklung. Ebenfalls sollen eventuelle, bereits bestehende Auffälligkeiten der Kinder bearbeitet werden. Die Kinder sollen so eine bessere Selbstfindung und Selbstverwirklichung erreichen können und ihre sozialen Kompetenzen sollen gefördert werden (vgl. Ehrenfried u.a. 2000, 41 / 158f). Gemäss Arenz-Greiving ist das Hauptziel der Angebote für die Kinder ebenfalls die Unterbrechung des Teufelskreises der Abhängigkeit. Die Sozialarbeitenden sollen einen Rahmen schaffen, in dem die Kinder einfach Kinder sein dürfen. Hierfür sind klare Strukturen und klare Rollendefinitionen notwendig. Zuverlässigkeit ist das oberste Gebot für die Arbeit mit den Kindern, da diese in ihren Familien oft Orientierungslosigkeit erfahren. Die Kinder sollen erkennen können, dass es möglich ist, über das Problem Sucht zu sprechen und dass nicht sie die Situation in der Familie verschuldet und verursacht haben. Darüber hinaus kann es wichtig sein, dass sie Regeln erlernen können, die ihre persönliche Entwicklung ermöglichen und fördern. Die Angebote der Sozialen Arbeit für diese Kinder sollten darauf abzielen, dass deren personale Ressourcen<sup>13</sup> wie Flexibilität, soziale Intelligenz, Temperament und Sensitivität gefördert und ihnen soziale Ressourcen wie Bindungsfähigkeit, stabile emotionale Beziehungen, offen unterstützendes Erziehungsklima, Modelle positiver Bewältigung und Wertorientierung zukommen können. Der Sozialen Arbeit soll es bei der Arbeit mit den Kindern von alkoholabhängigen Vätern nicht darum gehen, diese als „neue Klientel“ in der Alkoholhilfe zu entdecken. Vielmehr muss es ihr darum gehen, gerade dies zu verhindern. Es ist hier nicht nur das Arbeitsfeld der Suchtkrankenhilfe gefordert, aktiv zu werden. Sie kann und sollte aber der treibende Motor für die Sensibilisierung der Bevölkerung und für die Initiierung von Hilfen sein. Sie kann auch ein Stück Lobbyarbeit für die Kinder übernehmen und andere - insbesondere die Sozialarbeitenden in der Jugendhilfe - die über Kompetenzen in der Kinder- und Jugendarbeit verfügen, in der Entwicklung von Konzepten und in der eigenen Qualifizierung zum Thema Sucht unterstützen und beraten. Innerhalb von Alkoholberatungsstellen muss eine Angebotserweiterung dahingehend stattfinden, dass schon allein durch die äussere Umgestaltung der Räumlichkeiten die Einbeziehung der Kinder möglich wird (Spielecken, Beschäftigungsmöglichkeiten etc.). Selbstverständlich

---

<sup>13</sup> An dieser Stelle verweise ich auf die Fachpublikationen von Stark (1996) und Herriger (1997) zum Thema Ressourcenorientierung / Empowerment.

muss mit den Eltern der Kinder zusammengearbeitet werden können. Nur so kann langsam auch die Aufmerksamkeit der alkoholabhängigen Väter auf die Mitbetroffenheit ihrer Kinder gelenkt werden. Im ambulanten Bereich der Alkoholhilfe stellen Angebote für Kinder immer noch die Ausnahme dar. Trotz aller Erkenntnisse ist die Arbeit mit den Kindern längst noch kein offizieller Bestandteil des Aufgabenfeldes der Alkoholhilfe, obwohl es sich gerade hier um originäre präventive Arbeit handelt (vgl. Arenz-Greiving 1994, 8ff). Um solche Ansätze zu realisieren und um die Arbeit mit Kindern zu etablieren, ergeben sich für die Soziale Arbeit folgende konkrete Aufgabengebiete und Ziele:

- Es ist ein Umdenken erforderlich: Kinder dürfen nicht nur als Teil eines Systems / einer Familie gesehen werden. Es müssen offensive, spezielle Angebote für sie geschaffen werden und sie dürfen nicht länger „unter anderem“ behandelt werden. Diese Arbeit muss als eigenes Aufgabenfeld in den Alkoholeinrichtungen etabliert werden. Hierzu ist es von Nöten, dass die Alkoholhilfe überhaupt ein Bewusstsein dafür bekommt, dass ihre Klienten Kinder haben können und dass diese nicht nur alkoholabhängige Menschen, sondern eben auch Eltern sind.
- Die Arbeit mit den Kindern soll nicht das Hobby einzelner Sozialarbeitender sein. Die Kinder müssen Bestandteil der Konzepte der jeweiligen Alkoholberatungsstelle werden. Die Angebote müssen kinder- und elternorientiert sein. Es bedarf grundsätzlich Konzeptentwicklungen für die Bereiche Suchtprävention, Beratung und Therapie. Dabei müssen fachliche Standards formuliert werden.
- Die Finanzierung muss nach betriebswirtschaftlichen Kriterien sichergestellt werden. Allfällige laufende und erfolgsversprechende Projekte sollen abgesichert werden, damit ein langfristig angelegtes Angebot geschaffen werden kann und die entsprechenden Arbeitsplätze erhalten werden können. Es muss ein Qualitätsmanagement aufgebaut werden.
- Die Arbeit mit den Kindern soll durch übergeordnete Gremien (institutionelle, kommunale, kantonale und nationale Ebene) getragen werden. So soll Akzeptanz und Unterstützung gewonnen werden und einer Lobby Vorschub geleistet werden.
- Die Kooperation, Koordination und Vernetzung der Sozialarbeitenden mit den Eltern und anderen involvierten Organisationen und Fachleuten ist Grundvoraussetzung für eine sinnvolle, familienorientierte und erfolgsversprechende Arbeit (vgl. 1.2).

- Regelmässiger Gedanken- und Erfahrungsaustausch (regional, kantonal, national), spezifische Weiterbildungsangebote und Supervisionsmöglichkeiten für die Mitarbeiter in diesem Arbeitsfeld müssen organisiert werden.
- Massive zielgruppenspezifische Oeffentlichkeitsarbeit muss aufgebaut und geleistet werden, um betroffene Familiensysteme überhaupt zu erreichen und über die Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Dazu müssen Konzepte erarbeitet werden, die konkrete Aussagen darüber machen, mit welchen Worten und mit welchen Medien die betroffenen Familien angesprochen werden sollen.
- Um eine Lobby für die Kinder aufzubauen, ist Oeffentlichkeitsarbeit von Nöten, die möglichst breit über die Situation von Alkoholikerkindern aufklärt und informiert. Die Adressaten können hier, je nach Konzeption, die Gesamtbevölkerung, aber auch Berufsgruppen (Kinderärzte, Kinderpsychiater, Kinderpsychologen, Jugendarbeiter, Lehrer, Kindergärtnerinnen etc.) oder andere Bevölkerungsschichten sein. Je nach Zielgruppe ist über die wirksamste Methode zur Sensibilisierung nachzudenken.
- Der Aufbau von (angeleiteten) Selbsthilfegruppen und die Zusammenarbeit mit bestehenden Selbsthilfegruppen (z. B. Alateen<sup>14</sup>) muss gefördert und intensiviert werden.
- Es müssen mehr Therapie- und Nachsorgeplätze für Eltern *und* Kinder geschaffen werden. Für die in stationären Programmen involvierten Kinder sollen ebenfalls Entlassungsberichte erstellt werden, um eine effektive weitere ambulante Betreuung, Begleitung und Beratung zu gewährleisten.
- Nicht zu vergessen ist, dass engagierte, initiative Sozialarbeitende, die Mut, neue Ideen, Kreativität, Experimentierfreude (nicht mit den Kindern, sondern bezüglich der Aufbau- und Ablauforganisation), Visionen und Utopien mitbringen, aktiviert werden sollen, um in diesem fordernden Arbeitsfeld tätig zu werden.

## 2.4 Prävention / Gesundheitsförderung

Ich will an dieser Stelle einen Einblick in die Prävention geben. Vor allem befasse ich mich mit der Primärprävention / Gesundheitsförderung und mit der Sekundärprävention, da diese in der Sozialen Arbeit mit den Kindern zentral sind.

Durch die Verwendung verschiedener Begrifflichkeiten für die gleiche oder zumindest eine ähnliche Sache kann Verwirrung entstehen. Eine kurze Klärung scheint hier deshalb sinnvoll. Mit der Zunahme der Bedeutung der Gesundheitswissenschaften in den vergangenen zehn

---

<sup>14</sup> Alateen ist eine Gemeinschaft von jugendlichen Angehörigen und Freunden von Alkoholikern. Alateen ist eine Subgruppierung von Al-Anon und diese wiederum von den Anonymen Alkoholikern. Bücher, Broschüren und Infos können bei Al-Anon, Postfach 103, CH-4601 Olten, bestellt werden.

Jahren hat sich der Blick von der Vermeidung von Gesundheitsrisiken (= Prävention und Prophylaxe) auf die Förderung, Stärkung und Erhaltung von Gesundheitsressourcen (= Gesundheitsförderung) hingewendet (vgl. Stimmer / Müller-Teusler 1999, 100). Der aktuelle Ansatz in der Präventionsarbeit orientiert sich laut Grundmann / Nöcker (vgl. Suckfüll / Stillger 1999, 14f) an einer salutogenen Perspektive, bei der der Blick weniger auf potentielle Risiken gerichtet ist, sondern vielmehr auf diejenigen personalen und sozialen Ressourcen, die den Menschen gesund erhalten.

Gemäss Stimmer / Müller-Teusler (vgl. 1999, 100) sind die beiden Prinzipien Prävention / Prophylaxe und Gesundheitsförderung aber nicht im Sinne von „Entweder-oder“, sondern von „Sowohl-als-auch“ zu verstehen. Dies gilt insbesondere im Bereich süchtiger Verhaltensweisen. Eine breit bekannte Differenzierung hat Caplan bezüglich des Begriffes vorgenommen, wenn er drei Arten von Prävention unterscheidet:

- Die primäre Prävention, deren Ziel die Verhinderung psychosozialer Störungen ist und die gleichzeitig auf die Herstellung und Erhaltung psychischer Gesundheit ausgerichtet ist
- Die sekundäre Prävention, deren Ziele eine möglichst frühzeitige Behandlung (Therapie) und kurze Dauer der Behandlung sind
- Die tertiäre Prävention, deren Ziele die Vermeidung von Rückfällen und die Verhinderung oder auch Milderung von Spätfolgen sind (Nachsorge)

Durch diese Gliederung bekommen auch Therapie und Nachsorge präventiven Charakter. Die sekundäre Prävention beim alkoholabhängigen Vater kann dann nämlich zugleich ein Aspekt der primären Prävention für seine Kinder sein. Grundsätzlich haben primäre Prävention und Gesundheitsförderung ähnliche Inhalte, so z. B. die Entwicklung persönlicher Kompetenzen und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten. Die Präventionsbestrebungen im Suchtbereich haben sich von der Drogenprävention mit ihren Verhinderungsstrategien hin zu einer ursachenorientierten Suchtprävention und heute weiter zur noch allgemeineren Gesundheitsförderung entwickelt, wobei die beiden letztgenannten sich wechselseitig ergänzen. Als Handlungsmöglichkeiten für die primäre Prävention / Gesundheitsförderung gelten Aufklärung, Beratung, Training, Erziehung und Bildung (vgl. Stimmer / Müller-Teusler 1999, 100ff). Die Sekundärprävention zielt auf die Senkung der Prävalenzrate und setzt dann ein, wenn Symptome im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch auftreten. Die Aufmerksamkeit richtet sich auf latente oder auch manifeste Risikogruppen und -personen. Sekundärprävention bedeutet einzelne Gefährdete oder Gruppen von Gefährdeten zu erkennen und ihnen spezielle Hilfen bei ihren Problemen zu geben. Sie bedeutet aber auch direkte Hilfe und Beratung für Familienmitglieder und

Bezugspersonen zu ermöglichen. Das ist natürlich für Kinder von Alkoholabhängigen wichtig, da sie sehr früh mit dem Suchtmittel Alkohol in Kontakt kommen und als Hochrisikogruppe gelten. Früh einsetzende präventive Massnahmen in den Organisationen der Sekundärsozialisation (Kindergarten und Schule), bei weiteren Berufsgruppen, die im direkten Kontakt mit Kindern stehen (Kinderärzte, -Psychiater, -Psychologen, Jugendarbeiter etc.), im Freizeitbereich und wenn irgendwie möglich natürlich im Elternhaus können dazu beitragen, das Risiko einer Suchtentwicklung dieser Kinder einzudämmen (vgl. Stimmer 2000, 447). Die oben genannten Berufsgruppen, die tagtäglich in direktem Kontakt zu Kindern stehen, gilt es zu sensibilisieren und über die Situation von Kindern in Alkoholikerfamilien vertieft aufzuklären. Diese Fachpersonen können ideale Partner für die Soziale Arbeit sein, wenn es um die Zugangseröffnung (erste Phase im Case Management / vgl. 2.5.1) zu allfällig betroffenen Kindern geht. Prävention in diesem Sinne heisst, dass ein Netzwerk entstehen muss, an dessen Entwicklung beispielsweise Berufsgruppen wie Kindergärtnerinnen und Lehrer an vorderster Front stehen können. Diese können für die Suchtprävention sozusagen eine Schlüsselstellung innehaben, müssen aber, zur eigenen Entlastung, in erweiterte Präventionssysteme eingebunden werden.

Die Tertiärprävention will ich hier nur kurz streifen, da diese für die Kinder von Alkoholabhängigen nicht im Vordergrund steht (vgl. Klein 2000, 157). Bei der Tertiärprävention steht eine Verhütung der Krankheitsverschlechterung im Zentrum. Sie verfolgt das Ziel, Folgeerkrankungen und Verschlechterungen, die vom Suchtmittelkonsum herrühren oder Chronifizierungen der Suchtkrankheit zu verhindern (Rückfallprävention). Sie richtet sich an Personen und Gruppen, die also bereits erkrankt sind. Heute wird in der Praxis weitgehend mit den Termini *Rehabilitation* und *Nachsorge*, anstelle von Tertiärprävention, operiert (vgl. Stimmer 2000, 448).

Wolin / Wolin (vgl. 1995, 415ff / 1996, 243ff) haben aufgrund von klinischen Interviews sieben Resilienzen<sup>15</sup> herausgefunden, die die Kinder von Alkoholikern vor den negativen Folgen der Familienumwelt schützen können. Diese heissen: Einsicht, Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit, Initiative, Kreativität, Humor und Moral (vgl. Zobel 2000, 52ff). Für die praktische Präventionsarbeit der Sozialen Arbeit bedeutet dies, dass verstärkt an diesen Resilienzen gearbeitet werden muss, damit die Kinder „stark genug werden“, um die familiäre Situation bewältigen zu können und um nicht psychopathologisch auffällig oder körperlich krank zu werden. Die im zweiten Teil der Arbeit beschriebene Situation der Kinder von alkoholabhängigen Vätern zeigt die Notwendigkeit eines möglichst früh einsetzenden Hilfsangebotes auf. Laut Klein (Kruse u.a. 2000, 157) ist diese Frühintervention wichtig, um „eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen bzw. erste auftretende Störungen

---

<sup>15</sup> Mit Resilienz ist jene Fähigkeit gemeint, trotz widriger Umstände psychische Gesundheit zu bewahren oder zu entwickeln. Es gibt hierzu eine bemerkenswerte Studie von E. E. Werner aus dem Jahre 1986.

schnell zu behandeln. Daher bewegt sich Frühintervention für Kinder aus alkoholbelasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühintervention umfasst meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um sowohl die Präventionsplanung als auch die Frühintervention effektiver gestalten zu können“.

## **2.5 Konkrete Methoden für die Arbeit mit den Kindern**

Ist es bisher darum gegangen, aufzuzeigen welche Ziele und Aufgaben („was“) die Soziale Arbeit in diesem Fachbereich übernehmen kann und soll, geht es nun um das „wie“. Ich will hier auf zwei beispielhafte Methoden aufmerksam machen, die der Sozialen Arbeit zur Verfügung stehen. Es handelt sich dabei keinesfalls um eine abschliessende Auflistung, sondern um eine Auswahl von zwei gängigen und in der modernen Sozialen Arbeit angewendeten Möglichkeiten.

### **2.5.1 Case Management**

Das Case Management will ich hier deshalb vorstellen, weil es meiner Meinung nach eine Methode ist, die einen besonders geeigneten systematischen, ablauforganisatorischen Rahmen für die Arbeit mit den Kindern bieten kann. Dadurch können „Behandlungsprozesse“ ergebnisorientiert gesteuert werden. Das Case Management kann in einem übergeordneten Sinne eingesetzt werden, weil innerhalb dieses Verfahrens problemlos weitere Methoden, die der Prävention dienen, eingebettet und verortet (insbesondere in der Phase der Intervention) werden können. So hat Case Management gewissermassen eine „Mantelfunktion“. Das Verfahren will ich im Kontext dieser Arbeit und dem „Social Work Dictionary“ von Robert Barker (vgl. Wendt 1997, 48) folgendermassen definieren:

Case Management ist ein Verfahren, in dem die Leistungen einer Vielfalt von Diensten und Mitarbeitern für einen Klienten (gemeint soll hier und in der weiteren Verwendung des Terminus *Klient* immer das *betroffene Kind* sein) geplant, ausfindig gemacht und steuernd begleitet werden. Gewöhnlich übernimmt eine Dienststelle die Hauptverantwortung für den Klienten und benennt einen Case Manager, der die Dienstleistungen koordiniert und anwaltlich für den Klienten eintritt. Manchmal ist der Case Manager auch derjenige, der den Ressourceneinsatz kontrolliert und Dienste für den Klienten einkauft. Das Verfahren gestattet verschiedenen Sozialarbeitern, die in einer Einrichtung oder bei verschiedenen Trägern tätig sind, ihre Bemühungen aufeinander abzustimmen, so einem bestimmten Klienten in professioneller Teamarbeit zu helfen und dabei die Bandbreite bedarfsgerechter Leistungen zu erweitern. Case Management kann die Ueberwachung der Fortschritte einschliessen, die

ein Klient macht, der von verschiedenen Fachkräften, Einrichtungen, von Gesundheits- und Sozialdiensten versorgt wird. Das Verfahren umfasst in der Regel das Herausfinden der Bedürftigen, eine umfassende, mehrdimensionale Abklärung und wiederholte Neueinschätzungen. Case Management kann beispielsweise innerhalb einer grossen Organisation oder im Rahmen eines kommunalen Programmes erfolgen, das die Koordinierung der Leistungen verschiedener Dienste bezweckt. Sozialarbeiter und Pflegefachkräfte sind die Berufsgruppen, denen diese Funktion am häufigsten übertragen wird. Case Management wird als ein zunehmend wichtiger Weg betrachtet, die Probleme zu bewältigen, die aus der Fragmentierung der Dienstleistungen, der Personalfuktuation und unzulänglicher Koordination unter Dienstleistern herrühren.

Ich glaube, dass Case Management gerade in der Arbeit mit Kindern von Alkoholikern eine sehr sinnvolle Variante ist. Dies, weil es zum einen der geforderten Interdisziplinarität und zum anderen dem betroffenen Kind wie aber auch seiner Familie umfänglich Rechnung trägt. Im Zentrum dieses „Unterstützungsmanagements“ steht das Kind. Der Unterstützungsbedarf des gesamten Familiensystems mit dem alkoholabhängigen Vater wird aber ebenso mitgedacht und die Ressourcen der ganzen Familie werden berücksichtigt und miteinbezogen. In den sechs Phasen des Unterstützungsprozesses (1. Zugangseröffnung, 2. Einschätzung / Abklärung, 3. Planung / Helferkonferenz, 4. Durchführung, 5. Kontrolle, 6. Evaluation) sind drei Dimensionen als „Kerne“ zu bezeichnen, die in ihrer Funktion zur Stärkung des Netzwerkes an Unterstützung beitragen sollen: Selbstsorge (self care), professionelle Fürsorge (professional care), gegenseitige Anteilnahme im persönlichen Beziehungsnetz (mutual care / vgl. Ritter 2001).

Durch die in Case Management-Prozesse eingebundenen Fachleute verschiedener beruflicher Herkunft können meiner Meinung nach Projekte für die Arbeit mit Kindern initiiert werden. Solche interdisziplinären Netzwerkteams bergen ein erhebliches Potential, das genutzt werden kann, um spezifische Angebote auszuarbeiten. Falls sich solche Projekte realisieren lassen, muss versucht werden, diese entsprechend zu etablieren. Anzustreben wäre als nächster Schritt dann die fixe Installierung des Angebotes.

## **2.5.2 Soziale Gruppenarbeit**

Die Soziale Gruppenarbeit stelle ich vor, weil sie einerseits problemlos im Case Management (als Interventionsmethode) verortet werden kann und andererseits selbst ebenfalls eine sogenannte „Mantelfunktion“ hat. Das heisst, dass in der Praxis unter dem Begriff *Soziale Gruppenarbeit* ganz unterschiedliche Submethoden / Handlungsansätze zur Anwendung gelangen (siehe weiter unten). Geht es beim Case Management um eine ablauforganisatorische Methode, so handelt es sich bei der sozialen Gruppenarbeit um die konkrete Handlung, also um die direkte Arbeit mit den betroffenen Kindern. Grundbedingung

für Soziale Gruppenarbeit ist natürlich, dass der Zugang zu den betroffenen Kindern schon erfolgt ist und dass diese (und deren abhängiger Vater und die Mutter) überhaupt bereit sind, sich auf eine Zusammenarbeit einzulassen. Sind die Kinder (und damit wieder deren abhängiger Vater und die Mutter) bereit, kann ein wichtiger Schritt zum Hauptziel, der Vermeidung der Entwicklung einer eigenen Alkoholabhängigkeit des Kindes, getan sein. Durch die Soziale Gruppenarbeit kann dann mit dem Kind auf der persönlichen Ebene präventiv weiter gearbeitet werden. In der Praxis ist die Soziale Gruppenarbeit zur Zeit die wohl am häufigsten angewandte Methode.

In der Fachliteratur werden die Begriffe *Gruppenpädagogik* und *Soziale Gruppenarbeit* häufig synonym verwendet. Dies liegt vor allem daran, weil Soziale Gruppenarbeit die erzieherischen Intentionen der Gruppenpädagogik teilt. Die Soziale Gruppenarbeit besitzt dennoch ein eigenständiges Profil in ihrem Fokus als problemzentrierte Gruppenarbeit (vgl. Schmidt-Grunert 1997, 63f). Die eigentlichen Wurzeln der Sozialen Gruppenarbeit entspringen aus dem amerikanischen *social group work*. Die Soziale Gruppenarbeit enthält alle Elemente von Gruppenarbeit, so z. B. Gemeinsamkeit im Tun / Handeln und in der Zielbestimmung, ebenso Elemente der Gruppenpädagogik; hier insbesondere deren erzieherische Komponenten. Sie beschränkt sich aber nicht nur auf die Wahrnehmung von Sozialisationsaufgaben. Vielmehr wird sie auch als Möglichkeit gesehen, um abweichendes Verhalten in und durch Gruppen zu bearbeiten. Das Ziel dieser Methode ist die Vermittlung, Erweiterung und Festigung sozialer Kompetenzen für Menschen (vgl. Schmidt-Grunert 1997, 63). Dieses Ziel kann mit den heutigen Strategien der Sozialen Arbeit in der Alkoholhilfe angepeilt werden. Laut Hey (vgl. Stimmer 2000, 538) heissen diese Strategien: Ressourcenmobilisierung, Bewusstseinsbildung, Modellveränderung, Handlungstraining, Sozialkompetenztraining, soziale Vernetzung, Neuorganisation sozialer Anordnungen von Mensch und Teilsystemen sowie Öffentlichkeits- und Kriterienarbeit.

Die Aufgabenfelder der Sozialen Gruppenarbeit in der Alkoholhilfe für Erwachsene sind vielfältig. So sind im ambulanten Bereich Gruppenangebote mit unterschiedlichen Adressaten und Zielvorstellungen durchführbar. Mögliche Angebote sind hier z. B. (angeleitete) Selbsthilfegruppen, Freizeitgruppen, offene Gruppen, Angehörigengruppen etc.. Für Kinder von Alkoholabhängigen kann die Soziale Gruppenarbeit im ambulanten Bereich bei der Ueberwindung von Entwicklungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen helfen. Diese Arbeit soll auf der Grundlage von pädagogischen Konzepten die Entwicklung der Kinder durch soziales Lernen fördern (vgl. § 29 SGB VIII Deutschland). Gemäss Münder (vgl. 1993, 91f) handelt es sich dabei um ein zeitlich befristetes sozialpädagogisches Angebot für Minderjährige in Krisenzeiten während ihrer Entwicklung. Das Angebot richtet sich im Besonderen an Kinder aus sozial benachteiligten Familien- und Lebensverhältnissen (wie dies bei Kinder von Alkoholabhängigen sehr oft der Fall ist), die noch über genügend

eigene Ressourcen verfügen, welche ihnen ein weiteres Aufwachsen in der Familie ermöglichen können. Die Anstöße für die Etablierung von Sozialer Gruppenarbeit mit Kindern resultieren vor allem aus den Beobachtungen, dass eine hohe Anzahl von Alkoholabhängigen selbst in einer Familie mit einem alkoholabhängigen Vater aufgewachsen sind (vgl. Ehrenfried u.a. 2000, 41).

In der einschlägigen Literatur findet sich eine Reihe unterschiedlicher methodischer Ansätze, die in der Sozialen Gruppenarbeit mit Kindern verortet werden können. Einige davon will ich hier aufzählen: Psychodrama (Moreno), Gestaltherapie (Perls), Sozialtherapeutisches Rollenspiel (Stein), Themenzentrierte Interaktion (Cohn), verschiedene Formen von Spieltherapien, Bewegungstherapien, Musiktherapien, Verhaltenstherapien und Erlebnispädagogik. Medien wie Fotografie, Video, Computer, Internet etc. können ebenfalls attraktive Möglichkeiten bieten, sich einem zu bearbeitenden Themenschwerpunkt (z. B. in Form eines Projektes) zu nähern. Ich verzichte hier darauf, die einzelnen Methoden detailliert zu erklären. Dies würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen; dafür werde ich aber unter 2.6 anhand des Projektes MAKS einen konkreten Einblick in die Arbeit mit betroffenen Kindern geben.

Ich glaube, dass es grundsätzlich sehr wichtig ist, die Methodik oder den Methodenmix auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder abzustimmen und Kriterien wie Altersklassen und Gruppenzusammensetzungen<sup>16</sup> sorgfältig zu prüfen. Zudem ist es unerlässlich, dass Sozialarbeitende sich spezifisch weiterbilden oder weitergebildet haben, um in diesem Bereich zu arbeiten. Sicher sind die Fähigkeiten und persönlichen Neigungen der jeweiligen Gruppenleiter für die Wahl der Methodik oder des Methodenmixes mitentscheidend und auf jeden Fall zu berücksichtigen.

## **2.6 MAKS – Das Modellprojekt „Arbeit mit Kindern von Suchtkranken“**

An dieser Stelle will ich MAKS vorstellen und so einen konkreten Einblick in ein sehr erfolgreiches Projekt geben, in dem mit Kindern von Suchtkranken gearbeitet wird. Die folgenden Daten und Fakten habe ich aus verschiedenen Fachbüchern zusammengetragen, in welchen über MAKS berichtet wird (vgl. Ehrenfried u.a. 2000, Arenz-Greiving, 1994, Landesstelle gegen die Suchtgefahren Baden-Württemberg 1997)<sup>17</sup>.

MAKS entstand im Jahre 1990 in Deutschland. Die Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenhilfe und Jugendschutz in der Erzdiözese Freiburg e. V., die als katholischer Fachverband in ambulanten und stationären Einrichtungen der Gefährdetenhilfe und insbesondere der Suchtkranken- und Wohnungslosenhilfe tätig ist, fungiert als Träger des Projekts. Das spezielle ambulante Angebot von MAKS richtet sich an Kinder von aktuell oder ehemals

---

<sup>16</sup> Auskunft über Altersklassen und Gruppenzusammensetzungen in diesem Kontext geben Puxi / Kremer-Preiss in ihrer Publikation (1999).

<sup>17</sup> Zudem habe ich ein Telefongespräch mit Frau Kammbach, einer Mitarbeiterin von MAKS, geführt.

suchtmittelabhängigen Eltern (Alkohol und illegale Drogen) und seit 1997 auch an abhängige Schwangere. Das Projekt wird seit 1994 im Rahmen der Förderung der psychosozialen Beratungsstellen regel- sowie durch Spenden und durch Eigenmittel des Trägers co-finanziert. Die direkte Arbeit mit den Kindern steht im Vordergrund. Begleitende Elternarbeit wird zusätzlich als sinnvoller und notwendiger Bestandteil der sozialpädagogischen Arbeit bewertet. Personell ausgestattet ist MAKS mit einer Sozialpädagogin / Supervisorin, einer Sozialarbeiterin mit theaterpädagogischer Zusatzausbildung (zusammen 125 Stellenprozent) und einem Sozialarbeiter (25 Stellenprozent). Ebenfalls gehören Praktikanten und langfristige, ehrenamtliche Mitarbeitende zum Team. Die räumliche Ausstattung umfasst einen Gruppenraum, zwei Büroräume, Abstellräume und einen Garten. Bei MAKS finden ambulante Angebote in Form von Einzel- und Gruppengesprächen für die Kinder statt. Die wöchentlich stattfindenden Gruppenstunden dauern circa eineinhalb Stunden und werden auch während der Ferien fortgeführt. Die Beziehungsebene der Mitarbeiter zu den Kindern und Jugendlichen ist gekennzeichnet durch Stabilität, Verlässlichkeit, Sicherheit und Klarheit. Diese Kriterien sind laut MAKS dringend erforderlich, da Kinder aus Suchtfamilien häufig ein grosses Mass an Inkonsequenz und Unzuverlässigkeit erleben. Es bestehen zur Zeit fünf nach Alter gestaffelte Gruppen. Als Besonderheit existiert bei MAKS seit 1999 ein spezielles Angebot für Vorschulkinder. In dieser Gruppe werden Kinder ab vier Jahren pädagogisch betreut. Kontinuierliche Gruppenkontakte, die Verbindlichkeit der Termine sowie die Pünktlichkeit aller Teilnehmer schaffen einen straffen Rahmen für die Arbeit. Auch der Ablauf der Gruppenstunden ist klar strukturiert. Verbindliche Regeln und Grenzen werden von den Gruppen gemeinsam festgelegt. Das Programm wird von den Kindern und Gruppenleitern gemeinsam geplant und durchgeführt. Es bestehen aber auch Angebote, die nur von den Leitern gestaltet werden. Um das Gemeinsamkeitsgefühl zu stärken und die Beziehungen der Kinder untereinander zu vertiefen, werden ein- bis zweimal im Jahr Gruppenfreizeiten angeboten. Diese dauern in der Regel fünf Tage. Die Kinder haben dadurch die Möglichkeit, ihre eigene Gruppe in einem anderen Rahmen zu erleben und Freundschaften zu intensivieren. Der Wechsel in eine andere Gruppe ist nach Absprache immer möglich.

Das Hauptziel von MAKS ist die Prävention und die Bearbeitung bereits sichtbarer Problematiken bei den Kindern. Im Rahmen des *Gruppenangebotes* werden folgende Bereiche schwerpunktmässig bearbeitet:

- Entlastung der Kinder von ihren Schuldgefühlen
- Entlastung der Kinder von ihren „Elternfunktionen“ („Ent-Parentifizierung“)
- Ermöglichung von „Kind-sein“ im strukturierten Rahmen

- Stärkung der Kinder in ihrer situativen, emotionalen Wahrnehmung
- Altersgerechte Erklärung von Suchtmittelgebrauch, -missbrauch und -abhängigkeit
- Unterstützende Elternarbeit

Im Bereich der *Oeffentlichkeitsarbeit* führt MAKS zahlreiche Veranstaltungen durch. Die Mitarbeiter sind in regelmässig stattfindende interdisziplinäre Arbeitskreise eingebunden. Hier werden Erfahrungen und Ideen ausgetauscht und konkrete Fallsituationen reflektiert. Mit anderen sozialen Organisationen wird eine gute Vernetzung angestrebt. Es finden immer wieder Helferkonferenzen mit Vertretern verschiedener Einrichtungen statt (Mitarbeiter Jugendamt, Mitarbeiter Suchtberatungsstellen, Aerzte / Kinderärzte, Psychiater, Psychologen, Lehrer etc.).

Die kontinuierliche, begleitende *Elternarbeit* findet in Form von regelmässigen Gesprächen (im Abstand von vier bis sechs Wochen und nach individuellem Bedarf) statt und gelten als wichtiger, tragender Bestandteil der Arbeit. Bei diesen Beratungen geht es insbesondere darum, neue Kommunikationsformen zwischen den Eltern und den Kindern zu erarbeiten, Erziehungsmethoden zu reflektieren und Unterstützung bei Erziehungsfragen zu geben. Bei Bedarf werden auch Eltern-Kind-Gespräche durchgeführt.

Aus der Jahresstatistik 1999 geht hervor, dass in jenem Jahr insgesamt 51 Kinder im Kontakt mit MAKS standen. Davon waren 41% Jungen und 59% Mädchen. Das Alter der betreuten Kinder liegt zwischen vier und 19 Jahren. Die Altersgruppen Sieben- bis Neunjährige und die Teenager in der Altersklasse 13 bis 15 Jahre sind dabei am stärksten vertreten. Der Hauptteil der Kinder findet den Zugang zu MAKS über Suchtberatungsstellen und stationäre Suchteinrichtungen. Ebenfalls werden Kinder laut Statistik auch von Bekannten / Freunden, vom Jugendamt, anderen sozialen Fachberatungsstellen und von Arztpraxen zu MAKS überwiesen. Diese Angaben lassen darauf schliessen, dass dieses Projekt im Raum Freiburg (Deutschland) gut vernetzt ist und einen ansehnlichen Bekanntheitsgrad hat.

Dieses Kapitel zusammenfassend will ich festhalten, dass es erstaunlich ist, dass die Fachpersonen im Arbeitsfeld Alkoholhilfe erst ab Ende der 80er Jahre nach und nach ambulante Angebote für Kinder von Alkoholabhängigen geschaffen haben. Die Hauptsache dabei ist aber, dass damit „ein Stein ins Rollen kam“, der grundsätzlich vieles in Gang setzte. Die hohe Bedeutung präventiver Arbeit mit den Kindern ist heute erkannt und Fachpersonen haben sich zu spezialisieren, zu vernetzen und organisatorisch zu strukturieren begonnen. Auch wenn die Arbeit mit den Kindern sozusagen noch „in den Kinderschuhen“ steckt und nach wie vor viel (Pionier-) Arbeit zu leisten ist, so darf doch gesagt werden, dass eine Sensibilisierung stattgefunden hat. Erfolgreiche Projekte wie MAKS lassen aufhorchen, bekommen allmählich Modellcharakter und finden Nachahmer.

### 3 Grenzen

In diesem Kapitel will ich über Grenzen der Sozialen Arbeit in der Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern schreiben. Dabei handelt es sich primär um persönliche Überlegungen. Aufzeigen will ich im Zusammenhang mit der Thematik folgende Grenzen:

- Zugangseröffnung
- Fachliche Grenzen
- Strukturelle Grenzen

Die wohl grösste Schwierigkeit der Sozialen Arbeit für die Arbeit mit den Kindern ist die *Zugangseröffnung* (im Sinne des Case Managements). Die Kinder in Alkoholikerfamilien werden angehalten, das Familiengeheimnis Alkohol zu hüten. Grundsätzlich begibt sich lediglich ein verschwindend kleiner Teil von Alkoholabhängigen in Beratung. Ohne dass der abhängige Vater und die Mutter (oder zumindest ein Elternteil) eines Kindes aber bereit sind, über ihre Problematik zu reden, kann eine Arbeit mit dem Kind nicht zustande kommen<sup>18</sup>. Bei den Eltern können eine Vielzahl von Ängsten und Schuldgefühlen aktiviert werden, die eine Öffnung erschweren oder gar unmöglich werden lassen. Die Bereitschaft der Eltern zur Mitarbeit ist nach Ehrenfried u.a. (vgl. 2000, 48) abhängig von:

- ihrem Integrationsgrad in vorhandene Beratungs- und Behandlungsangebote oder Selbsthilfegruppen,
- dem Auffälligkeitsgrad des möglichen symptomatischen Verhaltens ihrer Kinder,
- ihrem Ausmass eines empfundenen „Schuld-Komplexes“ im Zusammenhang mit der Alkoholkrankung,
- und nicht zuletzt von dem möglichen Drängen ihrer Kinder, an einem Gruppenangebot teilzunehmen.

Die Soziale Arbeit muss hier geschickte Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit leisten, um Hemmschwellen abzubauen und um den betroffenen Familien einen Zugang zu einem Angebot überhaupt zu ermöglichen. Natürlich muss dabei auch an weitere potentielle

---

<sup>18</sup> Ueber Elternarbeit findet sich eine ausführliche Abhandlung in der Publikation von Ehrenfried u.a. (2000).

Problemzuträger (Verwandte, Nachbarn etc.) gedacht werden. Ebenfalls muss sie sich mit Berufsgruppen vernetzen, die mit Kindern arbeiten (zum Beispiel mit Lehrern und Kindergärtnerinnen / vgl. 2.3 und 2.4). Es sollen aber auch Kontakte mit Vormundschaftsbehörden / Amtsvormundschaften (gesetzliche Sozialarbeit) gepflegt werden. Dies, um in Härtefällen Kinderschutzmassnahmen einleiten zu können. Wird die Soziale Arbeit von Drittpersonen über Kinder in Alkoholikerfamilien informiert, ist viel Fingerspitzengefühl und eine subtile Vorgehensweise bei der Intervention gefragt. Wichtig zu erwähnen ist natürlich die hohe Dunkelziffer. Ist es schon schwierig an die Kinder von Alkoholikern „heranzukommen“, die selbst in Beratung oder Behandlung stehen, so ist es eine noch weit grössere Schwierigkeit, die Kinder zu erreichen, deren Väter keine Fachhilfe in Anspruch nehmen. So können beispielsweise Kleinkinder, die noch nicht im Kindergarten- / Schulalter sind und in deren Familien das Geheimnis Alkoholabhängigkeit streng gehütet wird, kaum angesprochen werden. Die Alkoholabhängigkeit der Väter kann ausserhalb der Familie jahrelang unbemerkt bleiben. In der Realität findet sich kaum ein Zugang zu diesen Familien. Dies kann auch mit der mangelnden Zivilcourage und mit Loyalitätskonflikten allfälliger Mitwisser wie Verwandte oder Nachbarn einhergehen.

Bezüglich der *fachlichen Grenzen* will ich betonen, wie wichtig es für Fachleute der Sozialen Arbeit ist, ihren Wissenstand diesem spezifischen Aufgabengebiet anzupassen. Sozialarbeitende, die mit Kindern von Alkoholabhängigen arbeiten, müssen sich fachspezifisch weiterbilden (z. B. Seminare, Kurse, Nachdiplomstudien). Insbesondere für therapeutische Aufgaben in der Sozialen Gruppenarbeit, ist eine adäquate methodenspezifische Weiterbildung unabdingbar. Es geht hier einerseits um die Wahrung der eigenen Professionalität und andererseits auch um die Akzeptanz und Wertschätzung anderer Professionen, die in diesem interdisziplinären Feld arbeiten. Die Grenzen liegen im fachlichen Bereich dort, wo die eigene Fachlichkeit / Profession aufhört und eine andere anfängt. Diese Grenzen zu erkennen ist sicherlich nicht einfach, da es in der psychosozialen Arbeit Überschneidungen gibt. Letztendlich ist es aber eine Qualität, wenn Sozialarbeitende nicht „alles selber machen wollen“, ihre individuellen Fähigkeiten und damit ihr berufliches Handeln beurteilen können und sich so ihrer Grenzen bewusst sind. So können sie auch dem Ziel, den betroffenen Kindern eine möglichst optimale Betreuung im interdisziplinären Netzwerk zu gewährleisten, gerecht werden.

Mit *strukturellen Grenzen* meine ich die aktuelle Situation bezüglich der spärlichen Angebote für die Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern. Laut einer statistischen Erhebung über die Arbeit in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen am Max-Planck-Institut in München bieten etwa 12% der Beratungsstellen in Deutschland spezielle Angebote für Kinder von Suchtkranken an (für die Schweiz sind mir keine konkreten Zahlen bekannt). Hier stösst man also rasch an Grenzen. Gerade mit Kindern aber kann originäre

Präventionsarbeit geleistet werden. Die Kinder gelten als potentielle Multiplikatoren für den Alkoholismus. Diese Erkenntnis muss für die Politik und für die Soziale Arbeit Motivator genug sein, bestehende Beratungsstellen zu erweitern, indem erfolgsversprechende Projekte für die Arbeit mit Kindern zumindest geprüft, gefördert und bei Eignung angegliedert werden (vgl. 2.2). Zudem müssen zusätzliche Stellen für entsprechend ausgebildete Fachpersonen geschaffen werden. Beachtet man nämlich die Kosten, die dem Staat und letztlich dem einzelnen Bürger durch die umfassende Behandlung Alkoholabhängiger erwachsen können, ist ein finanzielles Engagement im Bereich der Kinder (als potentielle Multiplikatoren) langfristig lohnenswert. Die Soziale Arbeit muss sich hier aktiv politisch und lobbyistisch betätigen.

Um dieses Kapitel zu beenden, will ich betonen, dass ich den Terminus *Grenze* nicht mit *Ende* gleichsetzen will. An einer Grenze kann immer wieder etwas Neues entstehen. Gefragt sind dann neue, alternative Handlungswege, Fach- und Verweisungskompetenzen, aber auch Kreativität, Ideen und Visionen. Es gibt dennoch Grenzsituationen, die ganz einfach akzeptiert werden sollen – das bedeutet aber noch lange nicht, dass man an einem *Ende* steht.

#### **4 Zusammenfassung Teil 3**

Zum Abschluss dieses dritten Teiles will ich sagen, dass die Sozialarbeitenden, die mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern tätig sind, mit aufbau- und ablauforganisatorischen Fragen und Aufgaben konfrontiert sind. Da dieses Arbeitsfeld verhältnismässig jung ist, sind auf der strukturellen, organisatorischen Ebene sehr viele managementorientierte Aufgaben zu verrichten. Auf der Fachebene mit den Kindern werden der Sozialen Arbeit nochmals ganz andere Kompetenzen, wie beispielsweise (je nach Ausrichtung der Arbeit / Methodik) therapeutisches Know how, abverlangt, um der präventiven Arbeit gerecht zu werden. Beide Aufgaben erfordern von der Berufsgruppe entsprechende Weiterbildung. Als besondere Kompetenz hervorzuheben ist hier sicher auch das Verweisungswissen, konkret das Kennen von weiteren Fachleuten und Diensten, die in der Fallarbeit beigezogen werden können oder müssen. In diesem Zusammenhang erklärt sich auch die Notwendigkeit von interdisziplinären Netzwerkteams. Aus solchen können sich allenfalls auch Projekte entwickeln. Ein besonderer Stellenwert kommt der mehrdimensionalen Oeffentlichkeitsarbeit zu. Einerseits muss sie die breite Oeffentlichkeit über die Situation von Alkoholikerfamilien und die Stellung der Kinder in diesen Familien aufklären und informieren. Andererseits muss sie gerade diese betroffenen Familien und die Kinder überhaupt erreichen und diesen einen Zugang zu den Angeboten ermöglichen. Obschon es heute etablierte Modellprojekte (wie z. B. MAKS in Freiburg, Deutschland) gibt und sich weitere im Aufbau befinden, müssen

Grenzen erkannt werden. Diese Grenzen können insbesondere in der Zugangseröffnung liegen, aber auch fachlicher und struktureller Natur sein. Gerade diese Grenzen aber gilt es zu „bearbeiten“, um mit den betroffenen Kindern bedürfnisgerecht und in entsprechender Qualität arbeiten zu können.

## **Abschliessende Gedanken / Ausblick**

Die Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern stellt heute und in Zukunft eine besondere Herausforderung für die Soziale Arbeit dar. In der Debatte über die weitere Entwicklung, Gestaltung und Generierung von spezifischen Hilfsangeboten für diese Kinder scheint mir ein solides Basiswissen über die generelle Alkoholproblematik (vgl. Teil 1) und über die möglichen Lebenswelten der Kinder von alkoholabhängigen Vätern (vgl. Teil 2) unerlässlich.

Als zukünftige Kernaufgaben der Sozialen Arbeit erachte ich die berufsspezifische theoretische und praktische Fundierung des Arbeitsfeldes *Kinder von alkoholabhängigen Vätern*. Ebenfalls erforderlich ist eine massive Öffentlichkeitsarbeit, die schon beim Aufzeigen der kulturhistorischen Bedingtheit von Alkoholismusphänomenen und Alkoholhilfe beginnen kann. Angestrebt werden soll die gesellschaftliche Legitimation der Arbeit mit den betroffenen Kindern und damit die Schaffung einer Lobby für diese Kinder. Die Weiterentwicklung der Interdisziplinarität ist von hoher Bedeutung; ebenso die Organisationsgestaltung und / oder -Optimierung, die zukunftsorientierte, konzeptionelle Arbeit sowie der Aufbau von Qualitätsmanagement-Systemen. Innovationslust und Experimentierfreude, Durchhalte- und Ueberzeugungskraft scheinen mir für die Inangriffnahme dieser Aufgaben treffende Substantive. Nur mit diesen „Sonderqualifikationen“ können integrative, kinderspezifische Angebote geschaffen, neue Kooperations- und Vernetzungsformen gefördert und die dazu erforderliche Finanzierungsbasis erarbeitet oder verbreitert werden.

Bezüglich des eingangs erwähnten Basiswissens über die Lebenswelten von Alkoholikerkindern gilt, dass aktuell bereits ein interessanter Stock von Forschungsarbeiten (vorab aus der Psychologie) vorhanden ist. Dennoch aber scheinen gewisse Bereiche noch unzureichend erforscht. Differenzielle Studien, z. B. bezüglich der Spezifitäten der Auswirkungen des väterlichen gegenüber dem mütterlichem Alkoholismus, weitergehende Erforschung der diesbezüglichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Söhnen und Töchtern sowie der Transmission von Alkoholabhängigkeit über eine oder mehrere Generationen (Kinder mit bzw. ohne genetisches Risiko) sind wünschenswert. Ausserdem sind eine Vielzahl von Symptomen der Kinder mit einem alkoholabhängigen Vater nicht spezifisch, sondern kovariieren mit Symptomen, die z. B. auch in sogenannten Multiproblemfamilien (ohne vordergründige Alkoholproblematik) auftreten. Dies erzeugt erhebliche Schwierigkeiten bezüglich der Abgrenzbarkeit der Symptome von Alkoholikerkindern im Vergleich zu Kindern aus anderen dysfunktionalen Familien. Durch prospektive Längsschnittuntersuchungen mit unterschiedlichen Risikogruppen und elterlichen Konstellationen könnte mehr Wissen über die Spezifität bzw. Unspezifität einzelner „Störungen“ erlangt werden. Zu wünschen ist in diesem Zusammenhang

meiner Meinung nach aber auch, dass sich die Soziale Arbeit als Fachdisziplin selber aktiv in der interdisziplinär besetzten Entwicklung und Forschung engagiert und so ihren Blickwinkel einbringt. Damit kann sie sich nämlich eine solide berufsspezifische Arbeitsplattform schaffen und sich ihrer Anknüpfungspunkte im Arbeitsfeld *Kinder von alkoholabhängigen Vätern* gewahr werden. Die wissenschaftliche Evaluation und Aufarbeitung von gewonnenem Datenmaterial in und für fachspezifische Literatur würde der Sozialen Arbeit gut anstehen; derzeit stösst man hier nämlich auf erhebliche Lücken! Betonen will ich aber auch, dass nicht immer nur theoretische Ueberlegungen ausschlaggebend für die Weiterentwicklung der Praxis sind. Gerade die Soziale Arbeit als Disziplin mit einer starken praktischen Prägung kann wertvolle Anregungen und Forderungen für die Entwicklung von Konzepten anbieten.

Ganz zum Schluss will ich nochmals die betroffenen Kinder ins Zentrum stellen. Die nachstehenden vier Forderungen (in Anlehnung an Ingrid Arenz-Greiving) sollen zusammenfassend nochmals beleuchten, welche Ueberlegungen zur Arbeit mit den Kindern gehören:

1. Wer in diesem Arbeitsfeld arbeiten will, braucht als Fachkraft sowohl Kompetenzen im Umgang mit Kindern, ein fundiertes Wissen um die Entwicklung von Alkoholabhängigkeiten und der Vielschichtigkeit der möglichen Auswirkungen als auch ein entsprechendes Know how im organisatorischen und konzeptionellen Bereich. Die Träger von Organisationen in der Alkoholhilfe wie in der Jugendhilfe müssen entsprechende Fortbildungsprogramme etablieren.
2. Die Arbeit ist so auszugestalten, dass nicht nur die Kinder von „beratungs- / behandlungsfähigen“ und einsichtigen Eltern Hilfe bekommen können, sondern auch Kinder, deren Väter noch in einer Abhängigkeit verstrickt sind und (noch) keine Aenderungsmotivation haben. Dies kann nur durch eine konsequente Vernetzung und Kooperation verschiedener Organisationen und sozialer Fachdienste geschehen.
3. Eine Arbeit mit Kindern von alkoholabhängigen Vätern ist nur sinnvoll, wenn solide organisatorische und finanzielle Konzeptionen vorliegen. Massnahmen müssen längerfristig angelegt und mit bereits bestehenden Jugendhilfemassnahmen verknüpft werden. Einmalige „Feuerlöschübungen“, die aus aktuellen Betroffenheiten heraus eingeleitet werden, sind gegenüber den Kindern nicht zu verantworten. Das bedeutet, dass diese Arbeit über die Institutionen hinaus auf Kommunal-, Kantonal- und Bundesebene Unterstützung finden muss.

4. Multiplikatoren und Mediatoren, die mit den betroffenen Kindern in Arztpraxen, Beratungsstellen, Kindergärten, Schulen, Jugendämtern usw. zu tun haben, sollen darauf sensibilisiert werden, dass sie Kinder mit einer auffälligen Symptomatik auf dem Hintergrund ihres familiären Milieus zu sehen versuchen. Es gilt Verständnis zu wecken und nicht zu pathologisieren oder zu stigmatisieren. Nur dadurch können tragfähige Beziehungsangebote erreicht werden.

Die Soziale Arbeit kann meiner Ansicht nach im Arbeitsfeld *Kinder von alkoholabhängigen Vätern* eine herausragende Stellung einnehmen und sich entsprechend profilieren. Dies kann sie durch konsequent qualitative Arbeit, die auf ebenso konsequenter Weiterbildung, Innovationskraft und auf einer kritisch reflektierten und dokumentierten Berufspraxis beruht.

# Literaturverzeichnis

- Affemann, R. (1981): Drogenprophylaxe als Element umfassender Gesundheitserziehung. In: AJS-Informationen 3, 2-4.
- Alterman, A. I. / Bridges, K. R. / Tarter, R. E. (1986): Drinking behavior of high-risk college men; Contradictory preliminary findings. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 10, 1-6.
- Antons, Klaus / Schulz, Wolfgang (1976): Normales Trinken und Suchtentwicklung – Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus. Band 1. Hogrefe Verlag. Göttingen.
- Arenz-Greiving, Ingrid (1998): Die vergessenen Kinder; Kinder von Suchtkranken. Hoheneck-Verlag. Hamm.
- Arenz-Greiving, Ingrid / Dilger, Helga (1994): Elternsüchte – Kindernöte: Berichte aus der Praxis. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Ballard, M. / Cummings, E. M. (1990): Response to adults angry behavior in children of alcoholic and non-alcoholic parents. In: Journal of Genetic Psychology 151, 195-209.
- Barker, Robert L. (1991): The Social Work Dictionary. NASW Press. Washington, DC.
- Bennett, L. A. / Wolin, S. J. / Reiss, D. (1988): Cognitive, behavioral and emotional problems among school-age children of alcoholic parents. In: American Journal of Psychiatry 145, 185-190.
- Berger, Herbert / Legnaro, Aldo / Reuband, Karl-Heinz (1980): Jugend und Alkohol. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Berkowitz, A. / Perkins, H. W. (1988): Personality characteristics of children of alcoholics. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology 56, 206-209.
- Bertling, Annette Agnes (1993): Wenn die Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Mona Bögner Kaufmann. Berlin.
- Black, Claudia (1988): Mir kann das nicht passieren! Mona Bögner Kaufmann. Wildberg, Berlin.
- Böhmert, Victor (1903): Die Alkoholfrage in der Vergangenheit und Gegenwart. In: Der Alkoholismus. Dresden.

- Calder, P. / Kostyniuk, A. (1989): Personality profiles of children of alcoholics. In: Professional Psychology; Research and Practice 20, 418.
- Clair, D. / Genest, M. (1987): Variables associated with the adjustment of offspring of alcoholic fathers. In: Journal of Studies on Alcohol 48, 345-355.
- Cloninger, C. R. (1987): Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. In: Science 236, 410-416.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1980): Alkoholismus – Bedingungen, Auswirkungen, Behandlung. DHS. Hamm.
- Ehrenfried, Theresa u.a. (2000): Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. Balingen.
- Eidgenössische Alkoholverwaltung (1996): Alkoholverbrauch 1880-1995. Broschüre EAV. Bern.
- Eisenburg, Josef (1988): Sucht; Ein Massenphänomen als Alarmsignal. Patmos-Verlag. Düsseldorf.
- Feuerlein, Wilhelm (1989): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung - Folgen - Therapie. Thieme. Stuttgart.
- Feuerlein, Wilhelm (1999): Alkoholismus. Verlag C. H. Beck. München.
- Feuerlein, Wilhelm / Dittmar, Franz (1978): Wenn Alkohol zum Problem wird. Ein Ratgeber für Betroffene und Interessierte. Trias Verlag. Stuttgart.
- Finn, P. R. / Pihl, R. O. (1987): Men at high risk for alcoholism: The effect of alcohol on cardiovascular response to unavoidable shock. In: Journal of Abnormal Psychology 96, 230-236.
- Fox, R. (1966): Gruppenpsychotherapie mit Alkoholikern. In: Preuss, H. G. (Hrsg.): Analytische Gruppenpsychotherapie, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 141.
- Gmel, Gerhard (1996): Soziodemographien des Alkoholkonsums in der Schweiz. In: Gmel, G. / Schmid, H. (Hrsg.): Alkoholkonsum in der Schweiz – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992 / 1993, Dr. Kovac, Hamburg, 17-54.
- Groenemeyer, Axel (1999): Alkohol, Alkoholkonsum und Alkoholprobleme. In: Albrecht, Günter / Groenemeyer, Axel / Stallberg, Friedrich W. (Hrsg.): Handbuch soziale Probleme, Westdeutscher Verlag, Opladen, 174-235.
- Grundmann, D. / Nöcker, G. (1999): Suchtprävention. Drei handlungsleitende Thesen zu einem gemeinsamen Anliegen. In: Suckfüll, T. / Stillger, B. (Hrsg.): Starke Kinder

brauchen starke Eltern; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, BzGA, Köln, 14-20.

- Gute Nachricht Bibel (1997): Das alte Testament; 1. Buch Mose (Genesis). Deutsche Bibelgesellschaft. Stuttgart.
- Haushahn, Hermann (1996): Jugendalkoholismus. Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften. Frankfurt am Main.
- Herriger, Norbert (1997): Empowerment in der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Hey, G. (2000): Soziale Arbeit. In: Stimmer, F. (Hrsg.): Suchtlexikon, Oldenbourg Verlag, München, 536-542.
- Hüllinghorst, R. (1997): Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 98, Neuland, Geesthacht, 123-141.
- Klein, Michael (1999): Praxisfeld Suchthilfe. In: Badry, E. / Buchka, M. / Knapp, R. (Hrsg.): Pädagogik; Grundlagen und Arbeitsfelder, Luchterhand, Neuwied, 495 – 505.
- Klein, Michael (2000): Forschung und Forschungslücken. In: Kruse, G. / Körgerl, J. / Schalz, U. (Hrsg.): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln, Psychiatrieverlag, Bonn, 139-158.
- Klein, Michael / Zobel, Martin (1997): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie 6, Heft 3, 133-140.
- Kielholz, Paul / Ladewig, Dieter (1972): Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen. JF Lehmanns Verlag. München.
- Kos, M. / Kryspin-Exner, K. / Zapotoczky, H. G. (1968): Untersuchungen zur psychischen Situation der Kinder Alkoholkranker. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 2, 197-212.
- Köppl, Barbara / Reiners, Werner (1987): Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Krämer, H. (1980): Helft mir – meine Eltern trinken. DHS. Hamburg.
- Lambrou, Ursula (2000): Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH. Reinbek bei Hamburg.

- Landesstelle gegen die Suchtgefahren Baden Württemberg (1997): Kinder von Suchtkranken; Probleme und Hilfemöglichkeiten. Eigenverlag der Landesstelle. Stuttgart.
- Liptow, W. (1974): Elterlicher Alkoholismus als Gefährdung kindlicher Entwicklung. In: Jugendschutz 19, 177-181.
- Liptow, W. (1975): Hilfe für Kinder aus Alkoholikerfamilien als ein Motiv der Alkoholpolitik. In: Alkohol – Erziehung – Verkehr 1, 1-7.
- Lürssen, Ernst (1976): Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. In: Eicke, Dieter (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Kindler Verlag, Zürich, München, 838-867.
- Mayer, R. (1998): Kinder aus Suchtfamilien – Was ist denn da so Besonderes? In: Ehrenfried T. u. a. (Hrsg.): Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. Balingen, 1-37.
- McKenna, T. / Pickens, R. (1981): Alcoholic children of alcoholics. In: Journal of Studies on Alcohol 42, 1021-1029.
- Murphy, R. T. u. a. (1991): School adjustment of children of alcoholic fathers: Comparison to normal controls. In: Addictive Behaviors 16, 275-287.
- Müller, Norbert-Wolfgang (1991): Ein alkoholkranker Patient in der Familie – Auswirkungen auf Partnerschaft und Eltern-Kind-Beziehung. Dissertation. Erlangen, Nürnberg.
- Münder, J. (1993): Familien- und Jugendrecht. Eine sozialwissenschaftlich orientierte Darstellung des Rechts der Sozialisation. Band 2: Jugendhilferecht. Beltz Verlag. Weinheim.
- Piazzini, Tina (1999): Interdisziplinäre Zusammenarbeit. HFS Ostschweiz; Soziale Arbeit. Unterrichtsunterlagen Baustein E.
- Pittmann, David Joshua (1964): Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren der Struktur des Trinkens, pathologischen und nichtpathologischen Ursprungs. Eine internationale Uebersicht. Vortrag; Internationaler Kongress über Alkohol und Alkoholismus. DHS. Hamburg.
- Puxi, Marco / Kremer-Preiss, Ursula (1999): Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile. Kohlhammer. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Rennert, Monika (1989): Co-Abhängigkeit – Was Sucht für Familien bedeutet. Lambertus-Verlag. Freiburg im Breisgau.

- Ritter, Edi (2001): Case Management. FHS Ostschweiz; Soziale Arbeit. Unterrichtsunterlagen Baustein J.
- Schmidt, Lothar (1997): Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Schmidt-Grunert, M. (1997): Soziale Arbeit mit Gruppen; Eine Einführung. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Schmidtbreich, U. (1974): Die Familie des Suchtkranken unter der Berücksichtigung des Verhaltens des Kindes. In: Jugendwohl 9, 330 – 337.
- Schneider, B. (1996): Soziale Aspekte der Suchtmittelabhängigkeit: Das soziale Umfeld leidet mit! In: Fachklinik Bad Tönisstein (Hrsg.): Alkohol und Familie. Probleme erkennen und lösen, 8.
- Schönplflug, Wolfgang / Schönplflug, Ute (1989): Psychologie: Allgemeine Psychologie und ihre Verzweigungen in die Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Sozialpsychologie; Ein Lehrbuch für das Grundstudium. Psychologie Verlagsunion. München.
- Schulenburg, Ch. (1982): Persönlichkeitsstörungen bei Kindern alkoholabhängiger Väter. Universitätsskriptum. Köln.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1983): Abstinenzbewegung und Entwicklung des Behandlungssystems für Alkoholabhängige in der Schweiz. Arbeitsbericht Nr. 12. SFA / ISPA. Lausanne.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1996): Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994 - 1996. SFA / ISPA. Lausanne.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1999): Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1999. SFA / ISPA. Lausanne.
- Sher, K. J. (1991): Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research. University of Chicago Press. Chicago.
- Sidler, Niklaus (1989): Am Rande leben – abweichen – arm sein. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Sklavin, R. E. u. a. (1992): Personal and parental problem drinking; Effects on problem-solving performance and self appraisal. In: Addictive Behaviors 17, 191-199.
- Stahl, C. D. (1967): Seelische Schäden bei Kindern in Alkoholikerfamilien. In: Der Wanderer 4, 11, 51-52.

- Stark, Wolfgang (1996): Empowerment - Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Stimmer, Franz (1978): Jugendalkoholismus; Eine familiensoziologische Untersuchung zur Genese der Alkoholabhängigkeit männlicher Jugendlicher. Duncker & Humblot. Berlin (-West).
- Stimmer, Franz (2000): Suchtlexikon. Oldenbourg Verlag. München.
- Stimmer, Franz / Müller-Teusler, Stefan (1999): Jugend und Alkohol. Blaukreuz-Verlag. Wuppertal und Bern.
- Teusch, R. (1980): Der Alkoholismus von Jugendlichen im Zusammenhang mit dem Erziehverhalten der Eltern. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht 4, 193-201.
- Vellemann, R. (1992): 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. In: The International Journal of the Addictions 27, 367-389.
- Wegscheider-Cruse, Sharon (1988): Es gibt doch eine Chance. Mona Bögner Kaufmann. Wildberg, Berlin.
- Wendt, Wolf Rainer (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Werner, E. E. (1986): Resilient offspring of alcoholics; A longitudinal study from birth to age 18. In: Journal of Studies on Alcohol 47, 34-40.
- West, M. O. / Prinz, R. J. (1987): Parental alcoholism and childhood psychopathology. In: Psychological Bulletin 102, 204-218.
- Wieser, Stefan (1973): Das Trinkverhalten der Deutschen; Eine medizinsoziologische Untersuchung. Nicolai. Herford.
- Wolin, S. / Wolin, S. (1995): Resilience among youth growing up in substance-abusing families. In: Substance Abuse 42 / 1995, 415-429.
- Wolin, S. / Wolin, S. (1996): The challenge model. Working with strengths in children of substance abusing parents. In: Adolescent Substance Abuse and Dual Disorders 5, 243-256.
- World Health Organization (1952): WHO-Expert Committee on Dependence Producing Drugs. WHO techn. Rep. Ser. 48, WHO, Genf 1952.
- Zeitlin, H. (1994): Children with alcohol misusing parents. In: British Medical Bulletin 50, 139-151.

- Zimbardo, Philip G. (1995): Psychologie. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Tokyo.
- Zobel, Martin (2000): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Hogrefe Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

# Anhang

- EAV-Statistik: Verbrauch alkoholischer Getränke pro Kopf der Bevölkerung in der Schweiz
- EAV-Statistik: Verbrauch alkoholischer Getränke pro Kopf der Bevölkerung ab 15 Jahren in der Schweiz
- SFA Lausanne: Alkohol-pro-Kopf-Konsum im internationalen Vergleich

Noach trieb Ackerbau. Er war der erste, der einen Weinberg anlegte. Als er von dem Wein trank, wurde er betrunken, und in seinem Rausch lag er unbedeckt in seinem Zelt.

Ham, der Vater Kanaans, sah es und liess seinen Vater nackt daliegen, er ging sogar zu seinen Brüdern und erzählte es ihnen. Da nahmen Sem und Jafet eine Decke, legten sie über ihre Schultern, gingen rückwärts ins Zelt und deckten ihren Vater damit zu. Sie hielten dabei das Gesicht von ihm abgewandt, um ihn nicht nackt zu sehen.

Altes Testament, 1. Buch Mose (Genesis) 9, 20-23

## **Alle Traditionen der Erde**

**sind zu betrachten als Traditionen**

**einer grundlegenden Mutter-**

Tradition, die von Anfang an dem schuldigen Adam und seinen ersten Sprösslingen anvertraut worden war.

Louis-Claude de Saint Martin, «De l'esprit des choses», Paris, Laran, 1800, II, «De l'esprit des traditions en général»

Ich erkläre hiermit,  
dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benützung anderer als der  
angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

---

Unterschrift

Sargans, 29. September 2001