

# Kinder aus suchtbelasteten Familien anhand des Beispiels Alkoholismus

## *Auszug aus einer Projektarbeit im Rahmen des dualen Studiums*

Aus dem Jahresbericht der deutschen Suchthilfe-statistik vom November 2020 geht hervor, dass sich im Jahr 2019 rund 300.000 Menschen in Deutschland in ambulante Suchtberatung begaben. Von diesen Hilfesuchenden haben 43,6 Prozent mindestens ein Kind und fast die Hälfte (49 Prozent) leidet an einer Alkoholkrankheit. Da der Alkoholismus in Deutschland von den stoffgebundenen Suchterkrankungen am weitesten verbreitet ist, wird im folgenden Artikel anhand dieses Beispiels untersucht, wie Süchte die Angehörigen, im Besonderen die Kinder, belasten.

Mitte der 1980er Jahre bildete sich ein Bewusstsein in Deutschland, Kinder und Jugendliche aus dysfunktionalen Familien als Zielgruppe der Sozialen Arbeit zu verstehen. Aus Berechnungen dieser Zeit, beruhend auf Schätzungen, ergab sich, dass ca. 2,65 Mio. Kinder in alkoholbelasteten Familien und 40.000-60.000 Kinder in der Obhut drogenabhängiger Eltern leben. Vor diesem Hintergrund lässt sich nur ein vages Bild vermitteln und eine wesentlich höhere Dunkelziffer vermuten. Diese Zielgruppe der Sozialen Arbeit in den Vordergrund zu rücken, erscheint zusätzlich vor dem Hintergrund der Coronapandemie, während welcher es zu einem Anstieg des Alkoholkonsums in der Gesellschaft kam, als angebracht.

### **Merkmale und Wirkung einer dysfunktionalen Familie anhand des Rollenmodells nach Wegscheider**

Die Alkoholkrankheit eines Elternteils lässt sich im Gesamtbild nicht als Einzelschicksal beschreiben.

Alkoholismus wird innerhalb eines Familienkonstrukts zu einer Familienkrankheit. Kolitzus vergleicht das Gebilde der Familie mit einem Mobile, welches in Kinderzimmern zu finden ist. Betrachtet werden die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Jede Bewegung, die extern oder durch eine der beteiligten Personen verursacht wird, löst eine Kettenreaktion im Mobile aus. Anhand dieses Beispiels lässt sich visuell verdeutlichen, dass nicht nur die von der Sucht betroffene Person einem enormen psychischen Leidensdruck ausgesetzt ist, sondern auch ihre Angehörigen.

Eine solche Rollenverteilung, wie die im Folgenden beschriebene, lässt sich in den meisten Familien feststellen. Im Gefüge einer dysfunktionalen Familie hingegen wirken Abhängigkeit und Co-Abhängigkeit gemeinsam auf die Kinder und ihre Rollen. Aus diesem Grund ist die Übernahme der Rollen „starrer [...] und sie werden mit größter Intensität, Zwanghaftigkeit und Selbsttäuschung gespielt“ (Wegscheider 1988, S. 92). Kolitzus bezieht sich bei der Rollenverteilung der Kinder in dysfunktionalen Familien auf den Begriff der Überlebensstrategie. „Im Zuge dessen entwickeln sie oft erstaunliche Ressourcen und Talente, allerdings um den Preis, auf ein bestimmtes Verhaltensrepertoire festgelegt zu sein und andere Facetten ihrer Persönlichkeit auszublenden“ (Quast 2006, S. 107).

In einem alkoholbelasteten Familiengefüge wirken unterschiedliche Faktoren auf die Kinder und ihre Rollenverteilung in der Familie und setzen sie einer angespannten Atmosphäre aus (Quast 2006, S. 105). Quast bezieht sich dabei beispielsweise auf die „Unberechenbarkeit der Eltern“ (ebd.) oder die „Wachsamkeit bezüglich der häuslichen Atmosphäre und [ein] fehlendes Geborgenheitsgefühl“ (ebd.).



Rolle	Motivation	Symptome	Lohn für den Einzelnen	Lohn für die Familie	Preis
<b>Abhängige</b>	Schamgefühl	Sucht	Erleichterung	keiner	Abhängigkeit
<b>Enabler</b>	Wut	Ohnmacht	Wichtigkeit Selbstgerechtigkeit	Verantwortung	Krankheit Martyrium
<b>Held*in</b>	Unzulänglichkeit Schuld	Höchstleistung	Aufmerksamkeit (positiv)	Selbstachtung	Leistungszwang
<b>Schwarzes Schaf</b>	Verletztheit	Kriminalität	Aufmerksamkeit (negativ)	Ablenkung vom Suchtkranken	Selbstzerstörung Sucht
<b>Stilles Kind</b>	Einsamkeit Schüchternheit	Einzelgängertum	Flucht	Erleichterung	Außenseitertum
<b>Clown</b>	Angst	Herumkaspern Hyperaktivität	Aufmerksamkeit (man amüsiert sich)	Spaß	Unreife, emotionale Störungen

Abb. 1 Rollenmodell nach Wegscheider (1988) (Ripke 2003, S. 41)

Der\*die Erstgeborene einer Familie mit mehreren Kindern nimmt am häufigsten die Rolle des\*der *Held\*in* ein. Das *Heldenkind* ist bestrebt immer in allem die besten Ergebnisse zu erzielen und dadurch die Familie retten zu können. Sie\*er möchte die Familie stolz machen und dadurch, wenn auch nur kurzfristig, positive Aufmerksamkeit erlangen. Doch da die eigens auferlegten Ziele meist nicht erreicht werden können, fühlt sich dieses Kind fehlerhaft, erfolglos und vor allem schuldig. Dass die illusionären Erwartungen an sich selbst nicht zu erfüllen sind, weiß das Kind nicht, weshalb die negativen Emotionen einsetzen. Nach außen scheinen diese Kinder, als hätten sie die Kontrolle über alles und eigene Probleme würden sie nicht belasten. Dass diese Kinder grundsätzlich einen erhöhten Bedarf an Unterstützung haben, zeigt sich oft erst im Erwachsenenalter. Ein mögliches Resultat sind ernste, perfektionistische Erwachsene mit schwerwiegenden Bindungsproblemen. Oftmals entwickeln sie eine Arbeitssucht oder suchen sich einen suchtkranken Partner, um weiterhin die Kon-

trolle zu behalten. Dabei verdrängen sie jegliche Gefühlsregungen und fokussieren sich auf zu erledigende Dinge. Mögliche verdrängte Gefühlsregungen wie beispielsweise Wut oder Verletzlichkeit, zeichnen sich bei der im Folgenden beschriebenen Rolle des schwarzen Schafs im Gegensatz deutlich ab. (Ripke 2003, S. 42 ff) (Kolitzus 2004, S. 69-70)

Diese wird meist vom zweitgeborenen Geschwisterkind eingenommen. Das *schwarze Schaf* wird von einer ständigen Eifersucht auf den\*die *Held\*in* angetrieben. Da die positive Aufmerksamkeit sich schon auf das Erstgeborene richtet, findet beim Zweitgeborenen eine Verschiebung statt und es versucht mit negativem Verhalten die Aufmerksamkeit der Eltern auf sich zu lenken. Kinder, welche die Rolle des schwarzen Schafs einnehmen, orientieren sich oft vermehrt im Außen und suchen dort nach Zuneigung und Liebe, welche sie im Elternhaus nicht bekommen. Durch diese Verhaltensweisen lenkt das *schwarze Schaf* möglicherweise zeitweise von der Sucht des kranken Elternteils ab (Kolitzus, 2004, S. 70, 71). Dabei erlebt das Kind eine selbstzerstörerische Lebenseinstellung, die im schlimmsten Fall zum Suizid führen

kann (Ripke 2003, S. 43). „Tiefe Enttäuschung und tiefe Verletztheit, die es in der Familie erfahren hat, lässt viel Wut entstehen, die zu einem schrecklichen Masochismus führen kann“ (Ripke 2003, S. 43).

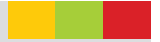
Später kann es sein, dass beide Rollen vertauscht werden oder von dem einen Kind die Rolle des anderen übernommen wird, beispielsweise nach dem Auszug eines der Kinder. Beide Rollen sind jeweils die Ergänzung zueinander, denn sie erleben die nicht ausgelebten Gefühle der anderen. Das *schwarze Schaf* ist jedoch noch gefährdeter, eine eigene Suchtproblematik zu entwickeln als das *Heldenkind* (Kolitzus 2004, S. 71).

In einer Familie mit mehr als zwei Kindern kann es passieren, dass das dritte die Rolle des *stillen Kindes* einnimmt, da die Aufmerksamkeitsspanne der Eltern möglicherweise bereits erschöpft ist. *Verlorene* oder *vergessene Kinder*, wie sie auch genannt werden, sind charakteristisch introvertiert und besinnen sich weitestgehend auf sich selbst. Sie spüren, dass sie in der familiären Situation keine Änderung hervorrufen können, und ziehen sich daher zurück in eine eigens erschaffene Traumwelt. Dadurch, dass sie sich hauptsächlich mit sich selbst beschäftigen, geben sie ihren Eltern wiederum Sicherheit. Denn diese können sich darauf verlassen immer zu wissen, wo das *stille Kind* sich aufhält, meist an einem eigens erschaffenen sicheren Ort. *Stille* oder *vergessene Kinder* neigen dazu, sich der Realität zu entziehen, weshalb auch sie einem erhöhten Risiko zur Entwicklung einer eigenen Suchtkrankheit ausgesetzt sind. Sie leiden an Minderwertigkeitsgefühlen, ausgeprägten Selbstzweifeln und Einsamkeit, weshalb sie oftmals eine Esssucht oder Alkoholabhängigkeit entwickeln, um die dadurch entstehende innere Leere zu füllen. Die psychischen Belastungen des *stillen Kindes* können sich jedoch auch körperlich äußern, beispielsweise in Form von

Asthma oder Allergien. Diesen Kindern fällt es aufgrund ihres „Unglücklichseins“ (Ripke 2003, S. 44) schwer, Bindungen zu anderen Menschen aufzubauen und zu halten. (Ripke 2003, S. 44) (Kolitzus 2004, S. 71, 72)

So wie die vorangegangenen beschriebenen Rollenbilder einer dysfunktionalen Familie, macht auch das Kind, welches die Rolle des *Clowns* vertritt, keine regulären Entwicklungsschritte. Meist nimmt diese Rolle das jüngste Kind der Familie ein. Dabei positioniert es sich nicht nur zuhause so, sondern auch in der Schule und bei Freunden, wo er\*sie dadurch nicht ernstgenommen wird. Die Rolle des *Clowns* äußert sich in stark aktivem und andere erheiterndem Verhalten. Grundlage für diese Verhaltensweisen bilden aufgestaute Gefühle der Schuld, Unzulänglichkeit, Einsamkeit, aber vor allem der Angst. Wird versucht, dem *Clowns-Kind* zur Beruhigung zu vermitteln, es brauche keine Angst zu haben und alles sei in Ordnung, so fördert dies das Gegenteil und das Kind bekommt noch mehr Angst. Diese Kinder sind ebenfalls hochsensibel. Sie spüren die Spannungen innerhalb der Familie so stark, dass sie versuchen, diese mit ihrem Verhalten aufzulösen. Dies gelingt ihnen kurzfristig, indem sie die Familienmitglieder zum Lachen bringen und dadurch ablenken (Ripke 2003, S. 44, 45). Beispielsweise schaffen es diese *Clowns-Kinder*, „genau in dem Moment, wenn die Spannung nicht mehr auszuhalten ist, mit dem Stuhl umzufallen“ (Kolitzus 2004, S. 73).

In den unterschiedlichen Familienkonstellationen lassen sich Rollen in doppelter Besetzung finden und können von den unterschiedlichen Familienmitgliedern vertreten werden. So kann ein Einzelkind beispielsweise alle Rollen vertreten und ein Geschwisterpaar sich die unterschiedlichen Rollen teilen und diese, wie bereits beschrieben, tauschen.



Aus der dargestellten Rollenverteilung einer dysfunktionalen Familie lässt sich eine stark ausgeprägte Überlastung und Überforderung der Kinder erkennen, die sich auf ihr gesamtes Wesen sowie auf alle Bereiche ihres Lebens auswirkt und weitreichende Konsequenzen bis ins Erwachsenenalter hinein nach sich ziehen kann. Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist es, Betroffene auf dem Weg in ein möglichst unbelastetes Erwachsenenleben zu begleiten und zu unterstützen.

### Handlungsempfehlungen

Im Vordergrund der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus dysfunktionalen Familien steht die „Förderung der Resilienzfaktoren“ (Barth 2016, S. 237). Die Handlungsempfehlungen wurden mithilfe des Modells nach Baer zum Umgang mit hochbelasteten Kindern und den Hilfestellungen nach Quast erarbeitet.


Eine der Hauptaufgaben der Kinder- und Jugendhilfe liegt nach Quast darin, Betroffene dabei zu unterstützen, einen Zugang zu ihren eigenen Bedürfnissen und Emotionen zu finden. Die Kontrolle über die persönlichen Empfindungen zu behalten, gehört zur Überlebensstrategie der meisten Klient\*innen, daher ist es im Rahmen einer Betreuung umso wichtiger, ihnen, einhergehend mit der anhaltenden Akzeptanz seitens der Fachkräfte, die Möglichkeit zum Loslassen zu geben. Daraus resultiert eine vermutlich nie erlebte Unbeschwertheit, die sich positiv auf die Entwicklung, besonders die des *Heldenkindes*, auswirken kann. Werden Freiräume geschaffen, die eigenen Emotionen wahrzunehmen, zu artikulieren und auszuleben, wird zusätzlich dem Risiko vorgebeugt, die Kontrolle über die Einnahme eines Suchtmittels abzugeben. Dabei sind Fachkenntnisse über Bindungstheorie und

Bindungsstörungen laut Quast ausschlaggebend. (Quast 2006, S. 165-172)

Damit betroffene Kinder und Jugendliche das nötige Vertrauen zum Loslassen aufbauen können, ist es notwendig den passenden Rahmen zu schaffen. Dies lässt sich anhand des Zusammenspiels verschiedener Rahmenbedingungen ermöglichen.

Grundlegend für die Arbeit mit Kindern aus hochbelasteten Familien ist die Entwicklung von Verständnis. Oftmals legen Betroffene ein im Betreuungsalltag störend oder unangebracht wirkendes Verhalten an den Tag, wobei der ursprüngliche Grund für dieses Verhalten in den Hintergrund rückt. Im Vordergrund steht die durch das Verhalten entstandene Störung. Im Umgang mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien ist es unentbehrlich, das eigentliche Bedürfnis zu ermitteln, um den Zusammenhang zum gezeigten Verhalten nachvollziehen und dafür Verständnis entwickeln zu können. Gleichzeitig ist es wichtig, mögliches Fehlverhalten der Klient\*innen, nicht zu entschuldigen, sondern zu reflektieren und Widersprüche anzunehmen. Das dadurch entstandene Verständnis wirkt sich auf die grundlegende Haltung der sozialpädagogischen Fachkraft gegenüber der zu betreuenden Person aus. (Quast 2006, S. 165-172) (Baer 2019)

Eine weitere zu erfüllende und ausschlaggebende Rahmenbedingung in der Arbeit mit Kindern aus alkoholbelasteten Familien sieht Quast in der Vorgabe klarer Strukturen. Die Klient\*innen haben in der Herkunftsfamilie aufgrund der Unberechenbarkeit des Alkoholismus oftmals keine klar ersichtlichen Regeln und Abläufe erfahren, woraus meist eine stark ausgeprägte Wachsamkeit hervorgeht. Eine feste Bezugsperson ist für den Aufbau von Vertrauen notwendig. Um ein Gefühl von Sicherheit entwickeln zu können, ist Transparenz bezüglich teaminterner Personalstruk-



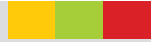
turen, wie bevorstehende Betreuungswechsel, für das Kind oder den Jugendlichen von Bedeutung. Zusätzlich ist es für sie wichtig, klare Grenzen in Form von Regeln aufgezeigt zu bekommen, es bedarf in diesem Fall der notwendigen Transparenz, nach welchem Leitfaden diese sich richten. Stark belastete Kinder und Jugendliche weisen oft ein gutes Gespür dafür auf, wann Manipulation zielführend sein kann. Daher ist es hilfreich, teaminterne Absprachen zu treffen, welche Regeln konsequent durchgesetzt werden und welche sich aufweichen lassen. (Quast 2006, S. 165-172) (Baer 2019)

Oft mangelt es Kindern aus dysfunktionalen Familien an einem Gespür für Gerechtigkeit. In ihrer Biografie waren sie des Öfteren Ungerechtigkeiten ausgesetzt und kennen daher nicht den Unterschied zur Gerechtigkeit. Andererseits kann es der Fall sein, dass ein\*e Klient\*in aufgrund seiner\*ihrer Erfahrungen einen ausgeprägten Sinn für Gerechtigkeit entwickelt hat. Aus diesem Grund ist es zur Vermeidung einer Entwicklungsstörung und für den pädagogischen Erfolg unerlässlich, ungerechtes Verhalten, ausgehend vom Betroffenen oder anderen, gemeinsam zu reflektieren. (Quast 2006, S. 165-172)

Grenzen aufzuzeigen ist auch notwendig in Bezug auf die eigene Person der Fachkraft, denn nur so kann der junge Mensch eine Regulierung des Nähe-Distanz-Verhältnisses entwickeln. Aufgrund der in der Familie herrschenden ständigen Bereitschaft für den Notfall kennen die Klient\*innen es nicht, sich zurückziehen zu können, ohne Schuldgefühle zu entwickeln. „Transparenz, Offenheit und Erklärung“ (Baer 2019, S. 59) sind bei der Kommunikation der eigenen Grenzen zu beachten. Um möglichen psychischen Belastungen entgegenzuwirken, ist der Lernprozess, Abgrenzung nicht gleichbedeutend mit Ablehnung zu verstehen, von großer Bedeutung. (Quast 2006, S. 165-172) (Baer 2019)

Um Vertrauen zur Bezugsperson entstehen zu lassen, sehen sowohl Quast als auch Baer die Notwendigkeit einer Kontinuität, denn der Prozess mit solch hochbelasteten Klient\*innen kann sich langwierig gestalten. Die ersten Schritte in der Zusammenarbeit müssen von der sozialpädagogischen Fachkraft ausgehen. Kinder mit tiefen Verletzungen benötigen beispielsweise dringend Trost, welchen sie im ersten Moment möglicherweise gar nicht annehmen können. Kommt es zur Ablehnung des Angebotes, darf keine Reaktion auf der persönlichen Ebene erfolgen. Zeit und Geduld stehen im Zentrum der Arbeit mit alkoholbelasteten Klient\*innen. Angebote werden registriert und bei Kontinuität wahrgenommen. (Quast 2006, S. 165 – 172) (Baer 2019)

Sind die Rahmenbedingungen für ein sicheres Umfeld gegeben, in dem sich das Kind oder der\*die Jugendliche fallen lassen kann, ist es notwendig, ein für sie schwerwiegendes Tabu zu brechen. Die Alkoholkrankheit der Familie muss thematisiert werden. Zu beachten ist, die Eltern in keinem Fall abzuwerten, weder gegenüber dem Kind, noch in der inneren Haltung. Kinder mit schweren seelischen Verletzungen haben eine intensive Wahrnehmung für zwischenmenschliche Schwingungen und erkennen sofort, wenn ihre Eltern abgewertet werden. Aufgrund ihrer uneingeschränkten Loyalität dem kranken Elternteil gegenüber, wäre eine Abwertung der Eltern kontraproduktiv für den Betreuungsprozess. Sollte die notwendige Distanz nicht gewährleistet werden können, ist die Teamsupervision ein mögliches Hilfsmittel aus dem sozialpädagogischen Methodenrepertoire. Ausschlaggebend ist auch an dieser Stelle die eigene Abgrenzung der Klient\*innen. Für sie kann es entwicklungsfördernd sein zu lernen, ihre negativen Gefühle bezüglich dem in der Familie vorherrschenden Alkoholismus wahrzunehmen und zu verbalisieren, ohne



gleichbedeutend die alkoholranke Person abzuwerten. (Quast 2006, S. 165-172) (Baer 2019)

Als letzte aufgeführte, aber essenzielle Aufgabe wird die Stärkung des Ichs der Klient\*innen betont. Ihr Selbstwert leidet unter starken Verletzungen und benötigt Unterstützung beim Aufbau. Dazu ist es hilfreich, Ressourcen zu erörtern und zu bestärken. Der\*die Klient\*in soll sich im Zentrum des Geschehens mit seinen\*ihren Bedürfnissen wahrnehmen und vor allem wichtig nehmen lernen. Begleitend ist die Stärkung der eigenen Wirksamkeit der Kinder und Jugendlichen erforderlich. Hilflosigkeit ist eines der beherrschenden Gefühle aufgrund der Unwirksamkeit auf den Alkoholkonsum des kranken Elternteils, daher ist es von essenzieller Bedeutung, dass die Kinder und Jugendlichen die Wirksamkeit auf das eigene Leben erkennen. (Quast 2006, S. 165-172) (Baer 2019)

Rückblickend auf die Literaturrecherche lässt sich feststellen, dass die Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familien noch zu gering erforscht ist und in höherem Maße in den Fokus gerückt werden sollte.

### Hannah Oppong-Nketiah

Sozialarbeiterin BA

### Literaturverzeichnis

Alanon, (1999). *So wirkt Al-Anon für Angehörige und Freunde von Alkoholikern*. (3. Auflage) Alanon Familiengruppe

Baer U., (2019). *Was hochbelastete Kinder brauchen – Praxishandbuch für die Begleitung und Betreuung*. J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Barth V., (2016). *Sucht und Komorbidität – Grundlagen für die Stationäre Therapie* (2. Auflage). ecomed MEDIZIN

Bundeszentrale für politische Bildung, (2009). *Familie und Familienpolitik*. Abgerufen am 30.07.2021 von <https://www.bpb.de/publikationen/7XXA8D>

*Diversity Arts Culture, Queer*. Abgerufen am 30.07.2021 von <https://diversity-arts-culture.berlin/woerterbuch/queer>

Haasen C., Kutzer A., Schäfer I., (2010). *Was verstehen wir unter Sucht?* Springer Verlag  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00103-010-1034-y.pdf>

Hallmaier R., (1985). *Alkoholismus und Co-Alkoholismus in Suchtgefahren*

Kolitzus H., (2004). *Die Liebe und der Suff... Schicksalsgemeinschaft Suchtfamilie*. (7. Auflage). Kösel-Verlag

Koltzus H., (2007). *Ich befreie mich von deiner Sucht – Hilfen für Angehörige von Suchtkranken*. (6. Auflage) Kösel-Verlag

Quast A., (2006). *Empfehlungen für die Arbeit mit alkoholbelasteten Familien im Handlungsfeld der Kinder- und Jugendhilfe*, in: Hinze K., Jost A. (Hrsg.) *Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe*. Lambertus-Verlag

Ripke M., (2003). „... ich war gut gelaunt, immer ein bisschen witzig.“ Psychosozial-Verlag

Rummel Ch., Lehner B., Kepp J. (2021). *Daten, Zahlen und Fakten*, in: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. DHS Jahrbuch Sucht 2021* (S. 9-35). Pabst Science Publishers

Teske K., (2016). *Wie erleben Kinder die Alkoholabhängigkeit in der Familie*. (4. Auflage). Verlag Dietmar Klotz GmbH